

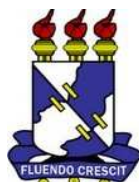


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE:
AS PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ITABAIANA-SE**

FLÁVIA PRISCILA SOUZA TENÓRIO

São Cristóvão-SE
Dezembro, 2011



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE:
AS PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ITABAIANA-SE**

FLÁVIA PRISCILA SOUZA TENÓRIO

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe como exigência parcial para obtenção do Título de Mestra em Educação.

Orientadora: Prof. Dr^a. Ana Maria Freitas Teixeira.

São Cristóvão-SE
Dezembro, 2011

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

T313e Tenório, Flávia Priscila Souza
Educação profissional em saúde : as percepções dos
Agentes Comunitários de Saúde no município de Itabaiana-
SE / Flávia Priscila Souza Tenório ; orientadora Ana Maria
Freitas Teixeira. – São Cristóvão, 2011.
172 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade
Federal de Sergipe, 2011.

1. Educação profissional. 2. Agentes comunitários de
saúde – Formação – Itabaiana (SE). 3. Serviços de saúde
comunitária. I. Teixeira, Ana Maria Freitas, orient. II.
Título.

CDU 377.36:614.2(813.7)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



FLÁVIA PRISCILA SOUZA TENÓRIO

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE:
AS PERCEPÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO
DE ITABAIANA-SE

APROVADA EM: 05/12/2011

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Educação da
Universidade Federal de Sergipe e
aprovada pela Banca Examinadora.

PROF.ª DR.ª ANA MARIA FREITAS TEIXEIRA

PROF. DR. RICARDO BURG CECCIM

PROF. DR. BERNARD CHARLOT

São Cristóvão (SE)
2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Assinatura: 

data: 05-12-2011

A todos os Agentes Comunitários de Saúde, fonte
de minha inspiração, pela sua luta e sua história.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me ofertar todas as condições físicas, intelectuais, estruturais, e de saúde para que eu pudesse alcançar mais esta vitória. Por ter me dado forças para chegar até aqui e, principalmente, por colocar em minha vida pessoas maravilhosas que foram fundamentais nesta etapa da minha vida.

Aos meus pais: **Maria e Nazinaldo**, pelo amor incondicional. Por proporcionar e incentivar sempre os meus estudos. Pela compreensão nas minhas ausências nos programas familiares, nos nossos encontros durante a semana e finais de semana, nos nossos passeios e viagens. Amo muito vocês!

Ao meu esposo **Alexandro**, pela paciência, compreensão, amor. Por aguentar os meus stress, angústias e, principalmente, pelo estímulo para sempre superar todas as dificuldades. Você é um companheiro maravilhoso! Amo-te muito!

A Prof^a Dr^a **Ana Maria Freitas Teixeira**, por aceitar orientar este trabalho. Pela confiança depositada, pela sabedoria e tranquilidade com que conduziu este processo, apontando as minhas dificuldades para o melhor desenvolvimento deste trabalho. Muito obrigada!

A minha querida prima **Denize**, um agradecimento imensamente especial, por tudo. Pelo incentivo aos estudos, por toda a ajuda nos trabalhos antes de ser selecionada para o mestrado e durante todo o mestrado. Nos trabalhos das disciplinas, nas leituras, nas bibliografias e, principalmente, na minha pesquisa. Quero compartilhar com você esta vitória, porque sei que torce pelo meu sucesso, e sem você, talvez, eu não estivesse aqui. Deni, você foi mais do que um apoio, é um anjinho da guarda em minha vida. Amo muito você!

Aos meus irmãos: **Ricardo**, pela ajuda nas transcrições das entrevistas. Ufa! Que sufoco! Parecia que não iria acabar nunca! E ao meu irmão **Fábio**, pelas revisões no texto da dissertação e nos trabalhos do mestrado. O meu muito obrigada a vocês!

A minha prima e afilhada **Emilly Agnes**, pelo carinho e por toda a paciência pelas horas, dias e semanas que aluguei sua mãe. Por ter revisado as questões de língua portuguesa e todos os meus textos do mestrado, antes e durante. Muito obrigada!

Aos **Agentes Comunitários de Saúde**, sujeitos desta pesquisa, do município de Itabaiana-SE, das Unidades Básicas de Saúde: Lauro Maia, Souto Diniz, Mutirão e Queimadas, por terem aceitado colaborar com esta pesquisa. Sem vocês, eu não teria a matéria prima para este trabalho. Obrigado pela recepção!

A Prof^a Dr^a **Maria Lúcia Machado Aranha**, por aceitar compor a banca de qualificação e pelas grandes contribuições para a melhoria deste trabalho.

Ao Prof^o Dr. **Bernard Charlot**, por ter aceitado, pela segunda vez, participar da minha banca examinadora. É um privilégio contar com as suas contribuições.

Ao Prof^o Dr. **Ricardo Burg Ceccim**, orientador do TCC da especialização em Saúde Coletiva, parceiro de trabalhos na área da Educação em Saúde. Muito obrigada por aceitar estar na minha banca de defesa, mesmo com tantas dificuldades de conciliar as agendas.

À **Claudia Menezes**, que me apresentou a Saúde Pública, dando confiança e apoio para conciliar o trabalho e formação. Claudinha, por seu intermédio, conheci, qualifiquei e me apaixonei pela saúde coletiva, além de ter agregado conhecimentos e experiências a minha outra paixão: a educação.

À **Katiene Fontes**, por toda compreensão nesse processo de minha formação, por estar ao meu lado diariamente no trabalho. Seu apoio foi fundamental neste momento de minha vida.

A **André Roriz** e **Raquel Sampaio**, pela compreensão das minhas ausências no trabalho nesta fase que passei.

A minha querida amiga **Rosiane Silva**, por todos os momentos de compartilhamento de dificuldades, angústias e alegrias no trabalho em saúde, e pela força para que eu galgasse passos para o meu sucesso.

Ao querido companheiro de trabalho **Francisco Santana** que, com seu imenso apoio no início do mestrado, possibilitou-me ausentar das atividades laborais na Escola Técnica do SUS. Muito obrigada!

Aos queridos **Adriano** e **Andréa**, companheiros de trabalho e de aulas de inglês. Obrigada por me acompanhar nas aulas, mesmo em período de grande efervescência reprodutiva na família. Adoro vocês!

A todos os colaboradores da Escola Técnica do SUS, que participaram desta minha conquista. Em especial, às meninas da secretaria e gerência da escola: **Valdeliria, Aline, Sheila, Elaine, Kátia, Florice** e **Eliana**, por todas as informações ofertadas para que eu estruturasse parte desta pesquisa. À **Aldineide**, por me auxiliar nas planilhas. À **Nivalda**, pelo apoio e orientação das etapas do mestrado, que também viveu. À **Eliane Nascimento** e **Débora Carvalho** que deram sequência ao meu trabalho na ETSUS e autorizaram o meu acesso às informações pertencentes a essa instituição.

A todos que fazem a FUNESA, principalmente, à **Paola** e ao **Rennan**, pelo auxílio com os mapas gráficos, tabelas e planilhas. Tive uma rede de ajuda inesquecível!

Aos colegas da Escola Municipal Tenisson Ribeiro, principalmente à equipe de coordenação: **Enalva, Marcia, Graça, Emanuela** e demais professores: **Jussimara, Rejane, Cássia, Nivaldo**. Vocês foram maravilhosos!

A minha amiga **Isabela**, que compartilhei tantos sentimentos, antes e durante o mestrado. Nas aulas, na elaboração dos trabalhos, durante a pesquisa. Muito obrigada pelo apoio, conselhos, lembretes, e principalmente pelo carinho em todos os momentos. Você teve uma participação muito especial nesta minha conquista!

A todos os membros da minha família: cunhadas, tios e tias, sogro e sogra, primos e primas, pela compreensão das minhas ausências.

Enfim, aos meus filhos do coração, **Bárbara** e **Rodrigo**, por compreenderem as minhas dificuldades de estar com vocês o quanto eu gostaria. Vocês me fazem muito feliz e me ajudaram em momentos de tristezas e angústias para que eu diminuísse o *stress*, com momentos de diversão. Babi e Guigo, amo muito vocês!

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar as contribuições do Módulo I, do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde, a partir das percepções desses alunos trabalhadores, contemplados com a referida qualificação no Município de Itabaiana, no Estado de Sergipe, em 2010. Entendendo que a demanda dessa formação está relacionada às opções políticas, ideológicas e sociais, inseridas em um determinado contexto, buscou-se realizar uma síntese histórica da Educação Profissional em Saúde, articulada com as políticas e legislações do Ministério da Educação. Para a realização da investigação, optou-se por um estudo de natureza quantitativa e qualitativa, utilizando grupos focais, além da análise documental, a fim de compreender qual a contribuição da Formação em Agente Comunitário de Saúde para o cotidiano de trabalho desses profissionais, no âmbito do Sistema Único de Saúde. A análise dos grupos focais foi estruturada nos seguintes eixos: o trabalho do Agente Comunitário de Saúde; a participação dos ACS no Módulo I do Curso de Formação e as percepções dos ACS sobre o Curso de Formação em ACS para o processo de trabalho desses profissionais. Por fim, apresenta-se a articulação entre a leitura empreendida na análise documental e o discurso dos ACS sobre a formação que lhes foi ofertada, cujo foco centrou-se nos desdobramentos produzidos, ou não, por essa experiência formativa, tanto para os ACS que residem e atuam na zona urbana como para aqueles da zona rural no município de Itabaiana-SE.

Palavras-chave: Educação Profissional em Saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Trabalho em Saúde. Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

This study aims to analyze the contributions of Community Healthcare Agent Training Course's Stage I, through the perception of these students /workers included in the referred training in the city of Itabaiana, state of Sergipe in 2010. By understanding that the demand for this training is related to political, ideological and social choices inserted in a particular context, we sought to conduct a historical review of the Health Professional Education articulated with the policies and laws of the Ministry of Education. To carry out the research, we had chosen quantitative and qualitative study by using focus groups, in addition to document analysis, in order to understand which contribution the Training Community Healthcare Agent (CHA) brings to the daily work of professionals within the National Health System, from the perspective of these subjects. The analysis of the focus groups was framed along the following lines: the work of the Community Healthcare Agent, the participation of CHAs in Stage I of the training course and the perception of CHAs over the training course for the work process of these professionals. Finally, we present the links between the reading of documents seized in the analysis and the discourse of CHAs on the Training they were offered, focusing on the development achieved (or not) through this training experience for both CHAs, living and working in urban areas and those in the rural town of the city of Itabaiana-SE.

Keywords: Health Professional Education; Community Healthcare Agent; Healthcare work

LISTA DE TABELAS

Tabela Nº 01 – Detalhamento das etapas do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde	59
Tabela Nº 02 – Resumo das etapas/ metas do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde nos 74 municípios do Estado de Sergipe	60
Tabela Nº 03 – Organização Curricular do I Módulo do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde	62
Tabela Nº 04 – Municípios Polos das Regionais em Saúde do Estado de Sergipe	64
Tabela Nº 05 – Distribuição de alunos, docentes e tutores por turma do município de Itabaiana-SE	66
Tabela Nº 06 – Identificação das Unidades Básicas de Saúde onde os grupos focais foram realizados	71
Tabela Nº 07 – Número de Agentes Comunitários de Saúde da regional de Itabaiana-SE matriculados no Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde	73
Tabela Nº 08 – Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde por Unidade Básica de Saúde pesquisada na zona urbana do município de Itabaiana-SE	79
Tabela Nº 09 – Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde por Unidade Básica de Saúde pesquisada na zona rural do município de Itabaiana-SE	80
Tabela Nº 10 - Nível de escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde pesquisados na zona urbana e na zona rural do município de Itabaiana- SE	81
Tabela Nº 11 - Faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde pesquisados na zona urbana e na zona rural do município de Itabaiana-SE	81
Tabela Nº 12 – Situação civil dos Agentes Comunitários de Saúde pesquisados na zona rural do município de Itabaiana- SE	82
Tabela Nº 13 – Tempo de serviço como Agente Comunitário de Saúde da população pesquisada na zona urbana e na zona rural do município de Itabaiana- SE	82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01 – Relação entre gênero e faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde em todos os municípios do Estado de Sergipe para o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde	75
Gráfico N° 02 – Tempo de serviço entre os trabalhadores candidatos a discentes do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (TACS) em todas as regiões de saúde do Estado de Sergipe	76
Gráfico N° 03 – Situação civil dos trabalhadores candidatos a discentes do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (TACS) em todas as microrregiões de saúde do Estado de Sergipe	77

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice Nº 01 - Número de Agentes Comunitários de Saúde da regional de Aracaju-SE matriculados no Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde	152
Apêndice Nº 02 - Número de Agentes Comunitários de Saúde da regional de Estância-SE matriculados no Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde	153
Apêndice Nº 03 - Número de Agentes Comunitários de Saúde da regional de Lagarto-SE matriculados no Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde	154
Apêndice Nº 04 - Número de Agentes Comunitários de Saúde da regional de Nossa Senhora do Socorro-SE matriculados no Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde	155
Apêndice Nº 05 - Número de Agentes Comunitários de Saúde da regional de Propriá-SE matriculados no Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde	156
Apêndice Nº 06 - Número de Agentes Comunitários de Saúde da regional de Nossa Senhora da Glória-SE matriculados no Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde	157
Apêndice Nº 07 - Roteiro para realização do grupo focal com os Agentes Comunitários de Saúde	158

LISTA DE ANEXOS

Anexo Nº 01 - Organização das Regionais de Saúde do Estado de Sergipe	161
Anexo Nº 02 - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES do município de Itabaiana-SE com os respectivos endereços	164
Anexo Nº 03 - Roteiro de visita aos municípios para verificação de espaço físico destinado à sala de aula	165
Anexo Nº 04 - Questionário sobre o perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS) do Estado de Sergipe	166
Anexo Nº 05 - Relatório do Histórico de cobertura das equipes de saúde da família do Departamento de Atenção Básica - DAB	171

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CENDRHU	Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CEPS	Centro de Educação Permanente em Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONACS	Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
CONACS	Confederação Nacional de Agentes Comunitários
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEGERTS	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica do SUS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NOB/RH-SUS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PNACS	Programa Nacional Agente Comunitário de Saúde
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PROEP	Programa de Expansão da Educação Profissional
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF	Programa de Saúde da Família
RETSUS	Rede de Escolas Técnica do SUS
RT	Responsável Técnico
SCC	Sistema de Certificação de competências
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TACS	Técnico em Agente Comunitário de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1 - EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: A FORMAÇÃO EM SERVIÇO DOS TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	29
1.1 A luta pela democratização da saúde e da educação	35
1.2 As Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde	38
CAPÍTULO 2 – A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	44
2.1 O trabalho do Agente Comunitário de Saúde e o reconhecimento dessa categoria profissional	45
2.2 A Escola Técnica do Sistema Único de Saúde em Sergipe: aspectos físicos, políticos e pedagógicos	53
2.3 A Formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Estado de Sergipe	58
2.4 Diretrizes para a Formação do Agente Comunitário de saúde	60
2.5 O Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde no município de Itabaiana-SE	64
CAPÍTULO 3 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	68
3.1 Instrumentos e técnicas de pesquisa	69
3.2 Apresentação do campo empírico	71
3.3 Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado de Sergipe	74
3.4 Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Itabaiana-SE ...	78
3.5 Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde pesquisados do município de Itabaiana-SE	79
CAPÍTULO 4 - FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DO PROCESSO	84
4.1 - O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde	85
4.2 - A participação dos Agentes Comunitários de Saúde no Módulo I do Curso de Formação.....	102
4.3 - As percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o Módulo I do Curso de Formação para o processo de trabalho desses profissionais	128
CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS	144
APÊNDICES	151
ANEXOS	160

INTRODUÇÃO

A necessidade de formação dos profissionais do Sistema Único de Saúde - SUS está relacionada ao fato de existir um grande contingente de trabalhadores atuando nos serviços de saúde sem a qualificação profissional correspondente ao desempenho das funções a eles delegadas. Ao longo do tempo, essas funções vão sendo regulamentadas enquanto categorias profissionais e a sociedade passa a exigir a qualificação dessa força de trabalho. Diante desse contexto, algumas estratégias foram organizadas com objetivo de assegurar tal formação.

O Agente Comunitário de Saúde - ACS constitui uma dessas categorias, que exercia um conjunto de atividades na saúde pública, desde 1991, quando foi incorporado pelo SUS, por meio do Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS, sem que tivesse uma formação específica. Em 2002, é criada a profissão de Agente Comunitário de Saúde, por meio da Lei Nº 10.507/2002 e, em 2006, é aprovada a Lei Nº 11.350/ 2006, a qual dispõe de normativas sobre o aproveitamento dos ACS que se encontravam atuando no Sistema Único de Saúde, em todo país.

De acordo com a Lei Nº 10.507/ 2002, um dos requisitos para o exercício da profissão de ACS era a conclusão, com aproveitamento, do Curso de Qualificação Básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde. Uma exigência ratificada na Lei Nº 11.350/2006, para que o ACS, em exercício nessa função, fosse efetivado como servidor público, ou seja, esse trabalhador deveria ter sido aprovado no Curso de Formação Inicial e Continuada para ACS (BRASIL, 2006a).

Para esse processo de qualificação, foram desenvolvidas diretrizes nacionais pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, as quais orientaram a construção da política de formação para os ACS. Os planos de curso foram devidamente pactuados nas instâncias deliberativas, com representação das instituições formadoras e dos três entes federados: União, Estados e Municípios. O Curso de Formação Inicial de ACS buscava um impacto em âmbito nacional, considerando o enorme contingente de trabalhadores ACS que atuavam no SUS, em todo país, sem a devida qualificação.

A formação inicial para os ACS é financiada pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, e é executada pelos Centros Formadores dos Estados ou Municípios ou pelas Escolas Técnicas do SUS – ETSUS, existentes em todo território nacional, cuja missão é profissionalizar os trabalhadores do SUS.

Desde a execução do Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde, em Aracaju-SE, no ano de 2006, quando assumi a função de coordenadora pedagógica do mesmo, comecei a me inquietar com o grande desafio dessa formação, a qual buscava instituir mudanças nas práticas dos trabalhadores ACS, em todo país¹. Tratava-se de um número grande de profissionais que já atuavam, há muitos anos, nos serviços de saúde e que precisavam ser qualificados para que fossem efetivados como servidores públicos e, assim, continuassem exercendo as suas atividades no SUS.

Mais tarde, em 2007, o desafio se ampliou quando assumi a diretoria pedagógica da ETSUS, em Sergipe, e em 2009², a coordenação geral dessa escola, pois havia a necessidade de qualificar os ACS que atuavam em todos os municípios no Estado de Sergipe, com exceção de Aracaju, que desenvolveu a formação de seus ACS por meio do Centro de Educação Permanente da Saúde – CEPS, da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju.

Então, compreendi que um projeto desenvolvido em grande escala, com altos custos, baseados em legislação específica, objetivando mudanças nas práticas de trabalhadores da saúde, merecia ser analisado com um olhar mais profundo, a partir da percepção dos próprios ACS – inseridos nas unidades básicas de saúde e sujeitos do processo ensino e aprendizagem.

O presente trabalho objetivou, assim, analisar as contribuições do Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde realizado no município de Itabaiana, no Estado de Sergipe, a partir da percepção desses profissionais.

Para tanto, procurou-se traçar um painel geral dos estudos mais recentes que se debruçaram sobre a formação do ACS, identificando os eixos de análise em torno dos quais se

¹ Em alguns momentos do trabalho será utilizado a primeira pessoa do singular, quando fizer referência a minha experiência profissional.

² A partir do momento em que decidi pesquisar o tema da Formação do ACS, afastei-me inteiramente dos cargos que assumia, a fim de não comprometer a investigação.

estruturam, bem como as contribuições que aportam. Este painel³, que apresentaremos nos parágrafos a seguir, indica-nos a necessidade de aprofundar e ampliar a investigação sobre o tema, de modo a contribuir com as necessidades de aprendizagem dos Agentes Comunitários de Saúde e com os estudos sobre a formação desses profissionais.

O tema da formação dos trabalhadores que atuam na saúde vem despertando, progressivamente, o interesse das pesquisas desenvolvidas no campo da educação, em que pese a concentração da produção acadêmica estar vinculada à área da saúde. Dentre as temáticas que se tem destacado nessas pesquisas, emerge a preocupação relacionada à formação dos Agentes Comunitários de Saúde, elo importante entre comunidades e as equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF.

Assim, num balanço da produção⁴ mais recente sobre essa questão que nos interessa particularmente, observamos que, no período compreendido entre 2005 e 2011, foram elaboradas cinco dissertações de Mestrado, vinculadas a diferentes programas de Pós-Graduação no Brasil, inclusive no Estado de Sergipe.

Desse quantitativo, um trabalho foi produzido em Brasília, no ano 2006, quando se iniciou a formação dos Agentes Comunitários de Saúde em todo país. Três outras dissertações foram produzidas no Estado de Sergipe e no Rio de Janeiro, em 2009, ao que se somou mais uma dissertação produzida na Bahia, em 2010. Percebe-se, portanto, que a elaboração referente a esse tema se intensificou no ano 2009, quando a maior parte dos Estados finalizava o Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde.

Uma das dissertações que aborda a questão da formação dos Agentes Comunitários de Saúde, foi desenvolvida por Daniele Barros, no âmbito do Programa Multi-institucional de Pós-Graduação de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. O trabalho, intitulado “Avaliação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil” (2006), teve como objetivo avaliar o processo de formação dos Agentes Comunitários de Saúde mediante a política de Educação

³ O painel apresentado foi elaborado a partir do levantamento das produções científicas até abril de 2011, exclusivamente, com foco na Formação do Agente Comunitário de Saúde, interesse particular da pesquisa, embora exista uma vasta produção no campo da saúde coletiva e da educação em saúde.

⁴ Essas produções foram identificadas a partir de levantamento realizado junto ao banco de dados da CAPES, Biblioteca digital, Domínio Público e Scielo. As palavras-chave mais recorrentes dessas produções foram: formação profissional (quatro vezes), Agente Comunitário de Saúde – ACS (três vezes), avaliação (duas vezes), competências profissionais (duas vezes). Além dessas, outras palavras-chave que permeiam o campo da saúde coletiva, foram utilizadas, tais como: saúde da família, atenção básica, promoção à saúde, política de saúde. Essas opções foram feitas, provavelmente, pelo fato da maioria das dissertações terem sido produzidas em programas de pós-graduação em saúde.

Profissional de Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde na Etapa Formativa I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde.

Tratava-se de uma pesquisa qualitativa, que optou por um estudo de caso, nos Estados de Mato Grosso do Sul e Ceará, em 2006. A pesquisa foi organizada em duas etapas: a primeira buscou realizar uma análise dos documentos normativos e planos de curso, respaldados no referencial curricular para o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde; e a segunda etapa dizia respeito à avaliação da implementação do curso, a partir de entrevistas semiestruturadas com coordenadores regionais e locais, docentes, supervisores de prática e coordenadores estaduais do Programa de Agente Comunitário de Saúde - PACS e Programa de Saúde da Família - PSF.

As entrevistas tinham como foco os aspectos relacionados ao curso, tais como: organização curricular, objetivos, metodologia do curso e técnica de avaliação da aprendizagem (análise do currículo, competências adquiridas e aprendizagem significativa).

É possível perceber que, embora a autora tenha investigado diversos sujeitos envolvidos no processo de formação dos ACS, os aspectos analisados a partir das entrevistas direcionaram-se ao currículo, às competências adquiridas, à aprendizagem e à metodologia utilizada no curso, não realizando um aprofundamento no que diz respeito ao reflexo do curso para o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, na perspectiva dos próprios ACS.

Esse trabalho permite fazer uma retrospectiva da situação sanitária do Brasil, desde o período do Brasil Colônia, apresentando paralelamente as ações de educação (continuada, permanente ou profissional) lançadas para suprir as necessidades epidemiológicas do país. No entanto, não foi preocupação da citada pesquisa tratar da articulação dessas ações de educação em saúde, com as políticas de Educação Profissional do Ministério da Educação.

Tal investigação contribuiu para avançar nas pesquisas sobre a temática, a fim compreender a questão da Formação dos ACS e sua relação com os modelos assistenciais de saúde, os aspectos conceituais e normativos dessa formação; além de analisar o curso a partir da organização curricular, objetivos, metodologia e técnica de avaliação da aprendizagem.

Ainda no âmbito da formação dos ACS, encontra-se a dissertação de Rosana Marques, assistente social do Município de Aracaju-SE, que desenvolveu sua pesquisa por meio do Núcleo de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe (2007-2009). A dissertação “O trabalho e a Formação do Agente Comunitário no Programa Saúde da Família de Aracaju” (2009) teve como objetivo analisar o processo de Educação Permanente dos Agentes Comunitários de Saúde no Programa Saúde da Família, da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju-SE, e dar visibilidade ao seu trabalho. Esse foi o único estudo, encontrado no banco de dados pesquisados, sobre o tema da Formação dos Agentes Comunitários de Saúde, localizado em um Núcleo de Pós-Graduação em Educação no Brasil, no período compreendido entre 2006 e 2011.

Nesse trabalho, foi priorizado o Estudo de Caso, localizando a pesquisa na sexta região de saúde de Aracaju-SE. O referencial teórico está orientado nas seguintes categorias: trabalho, educação e saúde.

O curso analisado foi desenvolvido em Aracaju-SE, no Centro de Educação Permanente em Saúde – CEPS, espaço designado para realizar a formação dos trabalhadores de saúde desse município. Devido ao recorte adotado para elaboração da investigação, não foi apresentada uma análise dos momentos teóricos e práticos do curso, aspecto considerado central na metodologia proposta para a formação desses profissionais. O tema da Educação Permanente em Saúde foi amplamente discutido, tal como a autora se propôs a fazer. Desse modo, a discussão sobre a Educação Profissional em Saúde, tema central para a formação dos ACS, poderia ter ocupado espaço de destaque no debate proposto.

Por se tratar de uma formação técnica profissionalizante, ainda que o estudo tenha se limitado ao Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde, seria de grande relevância discutir sobre o histórico, as políticas e os projetos da Educação Profissional em Saúde, no Brasil e em Sergipe, culminando com a formação do ACS.

Outra pesquisa de grande relevância é a dissertação de mestrado “A política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005”, de Márcia Morosini (2009). Sua investigação permite compreender o processo histórico da luta dos Agentes Comunitários de Saúde, para serem reconhecidos enquanto uma categoria profissional. O estudo buscou analisar os processos políticos instituídos em relação à gestão do trabalho e da educação do ACS, apresentando as instâncias

de reivindicação, pactuação e aprovação das legislações que prioriza a qualificação do ACS, como condição para permanência no exercício de sua profissão.

A referida pesquisa, de cunho qualitativo, foi desenvolvida sob a perspectiva sócio-histórica e organizada em três passos: a busca e a sistematização de documentos; a revisão de registros das reuniões, nas quais a pesquisadora havia participado sobre o tema; e análise do material documental. Foi uma contribuição fundamental para aprofundar os conhecimentos acerca do contexto político e das várias etapas que os trabalhadores ACS tiveram que percorrer tendo em vista assegurar a oferta de sua qualificação, uma discussão transcendente à questão da Formação do ACS e que se articula com aspectos da gestão do trabalho em saúde.

Ainda no ano 2009, podemos citar mais uma dissertação de Mestrado, cuja autoria é de Jucineide Proença da Cruz Schmidel, sob o título “Formação do Agente Comunitário de Saúde na reorganização da Atenção Primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção”. O referido trabalho teve como objetivo analisar a percepção do Agente Comunitário de Saúde sobre a formação recebida em relação às competências necessárias para o desenvolvimento do trabalho em equipe na Estratégia da Saúde da Família.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, em que a pesquisadora utilizou a técnica da triangulação dos dados, lançando mão do grupo focal com os Agentes Comunitários de Saúde (sujeitos da pesquisa), da observação participante e da análise documental.

Por ser um Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, na modalidade Profissional, desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/ FIOCRUZ, foram eleitas categorias de análise pertinentes, principalmente, ao campo da saúde pública, tais como: conceito de saúde, promoção de saúde, acolhimento, acessibilidade, processo de trabalho em saúde, competências profissionais e formação dos ACS.

A investigação contribuiu para compreender aspectos da formação dos ACS, apesar de não se deter sobre o histórico da Educação Profissional, aspecto importante para compreensão dessa formação.

Em 2010, podemos citar no elenco de pesquisas produzidas sobre o tema da formação dos ACS, a dissertação “Instrumento de avaliação da Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde: desempenho final”, desenvolvida pela pesquisadora Livia Silva, no

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, cuja área de concentração é Gestão de Sistema de Saúde, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA.

Esse estudo teve como objetivo “desenvolver um instrumento de avaliação de desempenho final do módulo I, do processo de Formação Técnica dos Agentes Comunitários no Estado da Bahia” (SILVA, 2010, p.18). Foi apresentado o desenvolvimento do Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde, com foco na discussão da avaliação de competências, com o intuito de criar um sistema de avaliação. Para se debruçar sobre esse tema, a pesquisadora utilizou as seguintes categorias: trabalho em saúde, instrumento de avaliação, formação técnica, Agente Comunitários de Saúde, desempenho final, competências.

A abordagem metodológica escolhida para esse estudo foi de cunho qualitativo, utilizando-se de questionários com perguntas fechadas, análise documental e construção do modelo lógico, que visava à delimitação do que deveria ser medido. Esse modelo lógico serviu de referência para organização de uma matriz, definição de objetivos, categorias e dimensão para o instrumento de avaliação final do Módulo I. Tal investigação contribuiu no processo de organização das bases de um sistema de avaliação para a Formação do ACS.

No ano 2010, a REDALYC⁵ também lançou um artigo: “O Contexto da Formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil”, escrito pela pesquisadora Daniele Barros, autora já citada, anteriormente. O texto foi elaborado junto com Ana Barbieri, Maria Ivo e Maria Silva. Esse estudo teve como objetivo “conhecer e descrever o processo histórico da formação dos Agentes Comunitários de Saúde à luz das análises dos textos documentais relativos à formação técnica em saúde” (FRANÇA DE BARROS; et al, 2010, p. 18).

Nesse balanço dos trabalhos, foram encontradas análises sobre a formação dos Agentes Comunitários de Saúde com foco principal em algumas categorias: competências, desenvolvimento de instrumentos para avaliação, educação permanente em saúde. Portanto, esse panorama ainda que limitado, da produção acadêmica mais recente em torno do tema, indica-nos a existência de lacunas em relação à pesquisa sobre os processos de formação dos Agentes Comunitários de Saúde e sua relação com a educação profissional em saúde. Inexistem também investigações que tratem das contribuições do Curso de Formação em

⁵ Redalyc – Rede de revista científicas de América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal.

ACS, para o processo de trabalho desses profissionais que atuam na zona urbana (cidade) e na zona rural (povoados).

Além desses aspectos, há ainda um vazio de estudos que abordem a articulação entre a história da saúde pública e a Educação Profissional para os trabalhadores do SUS, desenvolvida pelo Ministério da Educação, por meio de políticas e programas.

Esse limite deve-se, talvez, ao fato dos pesquisadores, que se debruçaram sobre o tema, terem desenvolvido seus trabalhos em vinculação com Programas de Pós-Graduação em Saúde, e não em Educação, com exceção do trabalho de Rosana Menezes, que apresenta outras necessidades de análise, conforme explicado anteriormente.

As pesquisas acima apresentadas apoiaram-se, principalmente, nos seguintes referenciais: Baptista (2005), Berbel (1998), Campos (2006), Ceccim (2004), Davini (1994), Deluiz (1996), Kuenzer (1997), Merhy (1997), Minayo (2006) e Ramos (2001).

A partir desses estudos, revela-se a necessidade de aprofundar e ampliar a investigação sobre a temática, de modo a compreender o histórico da Educação Profissional em Saúde, com foco na Formação dos Agentes Comunitários de Saúde.

Nesse sentido, a presente pesquisa constitui-se como inovadora e se diferencia das demais elencadas, no que diz respeito à formação dos ACS, desenvolvida pela ETSUS no Estado de Sergipe, a partir do levantamento e análise documental aqui trabalhada, bem como as particularidades em que foi executada a formação desses ACS. Isso porque se trata de uma investigação sobre um processo formativo baseado no currículo integrado e operacionalizado de forma descentralizada, contemplando Agentes Comunitários de Saúde da zona rural e da zona urbana no município de Itabaiana-SE. A pesquisa baseia-se, nas diversas percepções apontadas pelos ACS que desenvolvem suas atividades no urbano ou no rural.

Diante desse panorama, questiona-se: a oferta do Módulo I do Curso de Formação em ACS buscou a qualificação de trabalhadores implicados com o seu fazer, com habilidades de questionar os modelos instituídos, pensar novos modelos e operacionalizá-los em sua rotina de trabalho? Ou, a preocupação com a formação se restringiu ao âmbito quantitativo, com formação oferecida em larga escala tal como exigido nas legislações?

Na tentativa de responder as questões apresentadas, objetiva-se, portanto, com este trabalho, analisar as percepções dos ACS sobre o Módulo I do Curso de Formação, tomando como referência o processo de trabalho desses profissionais.

Quanto aos objetivos específicos, buscamos compreender a história da Educação Profissional em Saúde, articulada com as políticas e legislações do Ministério da Educação, destacando o Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde. Além disso, objetivamos traçar o perfil dos ACS que participaram do Módulo I do referido curso em Itabaiana-SE. E, por fim, investigar, a partir da fala desses sujeitos, a percepção que eles construíram sobre os reflexos, ou não, do curso para o desenvolvimento de suas atividades profissionais.

Itabaiana foi escolhido como campo empírico de investigação, por ser o município com maior número de ACS matriculados e participantes no Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitários de Saúde, comparado aos demais municípios do Estado de Sergipe, com o percentual de 88,54% de alunos, proporcionalmente ao número de trabalhadores ACS, contratados e que atuam em Itabaiana-SE⁶.

O ACS ocupou lugar de sujeito central nesta pesquisa, considerando que ele é o ator responsável por instituir novas práticas nos serviços de saúde, após ter sido contemplado com o Módulo I de formação em ACS. Desse modo, adotamos como recorte metodológico o estudo de caso, lançando mão de instrumentos que nos permitissem uma maior aproximação com o cotidiano dos sujeitos, como o grupo focal, além da análise documental.

Simultaneamente, foi realizado o levantamento do perfil⁷ dos ACS, no Município de Itabaiana-SE, que participaram do Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde, visando melhor conhecer os sujeitos desta investigação.

A fim de compreender o processo histórico da formação dos Agentes Comunitários de Saúde, foram analisadas as diretrizes e os objetivos da referida formação utilizando leis, decretos, resoluções, pareceres, portarias, referencial curricular, planos de curso, relatórios, atas e outros documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação,

⁶ De acordo com o Censo 2010, Itabaiana-SE apresenta 86.981 habitantes e se destaca pelo seu comércio, considerado o maior do interior do Estado.

⁷ O termo perfil será utilizado neste trabalho, tomando como base as seguintes características: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, tempo de serviço e vínculo empregatício.

Conselho Estadual de Educação, Secretaria Estadual de Saúde e Escola Técnica do SUS – os três últimos do Estado de Sergipe.

Por fim, buscou-se analisar o conjunto das percepções dos Agentes quanto à participação no módulo I do curso de Formação em ACS, na perspectiva do processo de trabalho desses profissionais que se encontram, mais especificamente, inseridos em equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF, no município de Itabaiana-SE.

O plano teórico desenvolvido neste trabalho foi baseado na análise de documentação referente ao histórico da educação profissional em saúde. O relatório Memória da Educação Profissional em Saúde, por exemplo, elaborado pela FIOCRUZ, no ano 2006, contribuiu na organização de um esboço histórico dos processos de qualificação operacionalizados a partir da década de 1970, quando o SUS ainda não existia.

Procurou-se compreender, ainda, o movimento que a saúde pública brasileira instaurou, na década de 1980, para criar um Sistema Único de Saúde, que fosse universal e descentralizado a todos os cidadãos do Brasil. Essa conquista ocorreu com a aprovação da Constituição Federal Brasileira, em 1988, e com a Lei Nº 8.080/1990. A partir desse momento, o SUS passou a se responsabilizar, também, pela qualificação de seus recursos humanos.

A fim de entender como foram operacionalizados os cursos e capacitações ofertadas pelo SUS, após a aprovação da Constituinte, optou-se em trabalhar a partir das diretrizes das instituições formadoras, legitimadas para tal tarefa. O estudo foi iniciado pela Portaria Nº 1.298/GM, de 28 de novembro de 2000, a qual criou a Rede de Escolas Técnicas do SUS – RETSUS, buscando o fortalecimento da formação de pessoal em nível médio para a saúde, tendo em vista a necessidade de atender as demandas do SUS. Outro documento estudado intitula-se “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica do SUS - NOB/RH – SUS”, elaborado em 2002, para organização de uma política de gestão do trabalho e da educação para os profissionais do SUS.

Quanto ao trabalho do ACS, foram analisados outros elementos, tais como: Portaria Nº 1.886/1997, que aprova as normas e diretrizes do Programa Agente Comunitário de Saúde; Lei Nº 10.507/2002, que cria a categoria profissional Agente Comunitário de Saúde; Lei Nº 11.350/2006a, que dispõe sobre o aproveitamento dos ACS, os quais se encontravam em

exercício no âmbito do SUS; Emenda Constitucional Nº 51/ 2006, a qual passa a admitir contratação de ACS, por meio de processo seletivo, dadas as singularidades do trabalho desse pessoal.

Sobre a formação dos ACS, especificamente, foi preciso trabalhar com o Referencial Curricular para o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde - TACS, considerando que é o documento orientador para regular a formação desses profissionais junto aos órgãos da educação; e a Portaria Nº 2.474/ 2004, do Ministério da Saúde, que institui o financiamento para a formação do Agente Comunitário de Saúde.

Foi ainda analisado o arcabouço legal, que embasa a Educação Profissional frente ao Ministério da Educação, a saber: Lei Nº 9.394/1996, estabelece as Diretrizes e Bases da Educação; Decreto Nº 2.208/1997, regulamenta os artigos 36, 39 e 42 da Lei Nº 9.394/1996, que tratam da educação profissional; Decreto Nº 5.154, de 23 de julho de 2004, regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Além desses materiais, foram analisadas as documentações pertinentes à Escola Técnica do SUS, instituição responsável pela formulação e desenvolvimento da Formação dos ACS, em 74 municípios do Estado de Sergipe. Esses documentos foram: Lei Nº 5.215/2003 que cria a ETSUS em Sergipe; Projeto Político Pedagógico da ETSUS-SE; Ata de pactuação da execução do referido curso, no Estado de Sergipe; Plano do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, em Sergipe; a Resolução Nº 35/2005, a qual aprova o plano de curso na Comissão Intergestores Bipartite – CIB perante a representação de Estado e Municípios; Parecer Técnico do Ministério da Saúde Nº 152/2006, que aprova o financiamento para a Formação dos ACS em Sergipe; Relatório descritivo para o Ministério da Saúde, elaborado em 2007, referente à conclusão da 1ª Etapa da Formação dos ACS no Estado de Sergipe.

Buscando sistematizar a pesquisa ora apresentada, estruturamos o texto em quatro capítulos. O capítulo 1 apresenta o histórico da educação profissional em saúde antes e depois da criação do SUS e da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB Nº 9.394/ 1996. O capítulo 2 aborda a questão da inserção do ACS no SUS, as singularidades do trabalho desse profissional, além de delinear os princípios e diretrizes que regulamentam a Formação dos ACS, no âmbito nacional e no Estado de Sergipe, com o foco para a operacionalização no Município de Itabaiana-SE.

O capítulo 3 trata dos procedimentos metodológicos da pesquisa, apresentando o campo da investigação, os instrumentos de coleta de dados e os sujeitos centrais da pesquisa. O capítulo 4 apresenta a análise dos dados da pesquisa, a partir dos seguintes eixos: o trabalho do Agente Comunitário de Saúde; a participação dos ACS no Módulo I do Curso de Formação; as percepções dos ACS sobre o Curso de Formação em ACS para o processo de trabalho desses profissionais.

Nas considerações finais, destaca-se a articulação entre a leitura empreendida na análise documental e o discurso dos ACS sobre a formação que lhes foi ofertada. Focando os desdobramentos produzidos, ou não, por essa experiência formativa tanto para os ACS que residem e atuam na zona urbana como aqueles da zona rural, no município de Itabaiana-SE.

CAPÍTULO 1

EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: A FORMAÇÃO EM SERVIÇO DOS TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O processo formativo dos profissionais do Sistema Único de Saúde - SUS está diretamente relacionado ao fato desses trabalhadores terem sido inseridos nos serviços de saúde sem a qualificação adequada ao desempenho de suas funções. Entenda-se por qualificação um conceito historicamente em construção, polissêmico e inacabado, que associa o potencial das relações técnicas e sociais de elevar o conhecimento do trabalhador, tanto em sua dimensão explícita, quanto tácita. (RAMOS, 2006).

A necessidade de qualificação existe como pressuposto para o desenvolvimento do indivíduo, enquanto um sujeito social, estando vinculado ao processo e ao produto da formação do trabalhador. Em um modelo de educação taylorista-fordista significa qualificar para desempenhar as funções requeridas nos postos de trabalho, buscando responder as atividades produtivas, com foco na competitividade, considerando que:

A qualificação é tomada de forma privatizada/ individualizada: torna-se um bem “adquirido” de forma privada que se constitui em um conjunto de conhecimentos técnicos, científicos, habilidades e experiências acumuladas ao longo de uma trajetória escolar e profissional, consideradas de forma individualizada, sem qualquer vinculação com o contexto sociocultural. [...] A formação para o trabalho passa a ser reconhecida, tal como assinala Kuenzer (1985), como treinamento básico e conhecimento escolar necessário para desempenhar a função. Formar para o trabalho significa então privilegiar as dimensões técnico-operacionais que garantirão trabalhadores aptos a desenvolver tarefas específicas. (TEIXEIRA, 2006, p. 57).

Assim, seduzidos pela garantia de melhorias em seus padrões de vida, a classe trabalhadora é compelida a duas concepções:

A primeira, levando-se a acreditar que quanto mais treinada e educada a força de trabalho, melhor o desempenho da economia, mais qualificados os empregos, mais justa a distribuição de renda. A segunda, difundindo a idéia de que, quanto mais capacitado o trabalhador, maiores as suas chances de ingressar e/ou permanecer no mercado de trabalho (NEVES, 2008, p.368).

Diante dessa realidade, foram lançadas várias estratégias de qualificação para o trabalhador da saúde, buscando superar a dívida histórica do SUS em relação à formação de seus profissionais. Para tanto, esse foi o ponto de partida para introduzir este capítulo, apresentando, além das experiências de qualificação pré-SUS, o salto dado pelo setor da saúde, após a promulgação da Constituição Federal em 1988 e aprovação da Lei Nº 8.080/1990, quando o SUS é concebido e passa a assumir, legalmente, a formação de seus profissionais.

Sobre esse aspecto são apresentados, ainda neste capítulo, os projetos e programas desenvolvidos especialmente para trabalhadores com nível de escolaridade fundamental e médio, no período posterior à criação do Sistema Único de Saúde, a fim de suprir as necessidades de qualificações pontuais na saúde pública. Por conseguinte, percebe-se que os desafios são muitos quando se fala de formação em serviço. Esse tipo de demanda tem se tornado cada vez mais frequente, especialmente, na área da saúde. No SUS, ainda é grande o número de trabalhadores que atua sem formação e, às vezes, sem profissão reconhecida.

A formação profissional em saúde⁸, nos anos 1970, ainda não era uma prioridade para o Ministério da Saúde e muito menos para os estados brasileiros. Diferentemente do ensino técnico industrial que, embora trabalhasse a formação como treinamento, já contava com uma rede de escolas técnicas federais, os cursos na área de saúde eram rápidos, realizados em escolas anexas à estrutura hospitalar, que reproduziam o processo de trabalho em saúde.

As atividades laborais, nessa época, focavam nas tarefas fragmentadas⁹, ou seja, um mesmo paciente era atendido por diversos profissionais de enfermagem, cada um, responsável por um procedimento, não havendo, portanto, um trabalho com o indivíduo como um todo. Aqui, observam-se os princípios do paradigma taylorista–fordista de organização do trabalho e da produção calcado na hierarquia, especialização, autoridade e no controle, buscando o aumento da produtividade da mão de obra (KUENZER, 2002).

Nesse mesmo período, evidenciou-se a crise do paradigma taylorista-fordista, que levou à reformulação das bases produtivas e do tipo de intervenção do Estado, sob uma nova

⁸ Entenda-se por formação profissional a articulação da formação básica, com a formação técnica.

⁹ A fragmentação do trabalho estava sustentada na economia taylorista – fordista, a qual vinculava “capital monetário e trabalho, capital produtivo e meios de produção, capital mercadoria e produtos acabados.” (PEREIRA, 2006, p. 83-4). Eram formas rígidas, incompatíveis com a acumulação que se encontrava em constante efervescência.

lógica de utilização da força de trabalho. E, na perspectiva de superar a crise desse modelo, as bases produtivas e o papel do Estado sofreram um conjunto de reformulações, visando lançar “novas” diretrizes para o mundo do trabalho e, por conseguinte, para o mundo da educação, responsável pela qualificação formal dos trabalhadores.

Esse processo encontrou sua sustentação nos princípios básicos do chamado “modelo japonês de produção”, toyotismo ou ainda, modelo flexível. Tal movimento, identificado geralmente como reestruturação produtiva, implementou a substituição da produção padronizada e em série de mercadorias (e serviços) por uma produção cada vez mais diversificada e vinculada aos desejos de consumo dos indivíduos. A base produtiva rígida que caracterizava o modelo taylorista-fordista tornou-se, portanto, inadequada. Fora progressivamente substituída por uma lógica de produção com base na flexibilidade, produtividade e competitividade advindas, em grande parte, das inversões tecnológicas proporcionadas pela adoção de processos produtivos, calcados em equipamentos de base microeletrônica.

Observa-se, nesse cenário, não só novas exigências para o trabalho, como também para a qualificação, conforme explica Teixeira (2006):

No novo modelo produtivo, fortemente inspirado no modelo empresarial japonês, a organização do trabalho estaria baseada no espírito cooperativo de equipe e na ausência de demarcação de tarefas definidas a partir do posto de trabalho, implicando um funcionamento fundado na polivalência e na rotação das tarefas. Assim as qualificações exigidas estariam baseadas em alguns atributos individuais, tais como capacidade de raciocínio, iniciativa, dinamismo, criatividade, responsabilidade, interatividade etc. (TEIXEIRA, 2006, p.59).

Compreende-se, portanto, que, nesse modelo, há uma preocupação com a eficiência e com a produtividade como critérios válidos para manutenção de uma ordem capitalista, cujo interesse é a adaptabilidade do sujeito às mudanças econômicas, ou seja, as pessoas devem se moldar, constantemente, aos padrões demandados pelo sistema de organização da produção material e, por conseguinte, à ordem social hegemônica.

Diante dessa realidade, exige-se, cada vez mais, um “novo” perfil de qualificação do trabalhador, inspirado na flexibilização funcional que coloca como exigências: a escolaridade básica e a capacidade de adaptação a novas situações; portanto, um trabalhador polivalente. (MACHADO, 1996).

Assim, o trabalho produtivo na área da saúde configura-se a partir da concepção da formação sob a lógica do capital humano¹⁰ e da empregabilidade. Na primeira concepção, o homem é considerado um recurso, enquanto a educação dos trabalhadores, um insumo da mão de obra; na segunda, o indivíduo é responsabilizado por se inserir ou se manter no mercado de trabalho, pela aquisição e dominação de uma série de atributos (comportamentais, técnicos etc.) que lhe garantam a possibilidade de disputar novas inserções em atividades laborais.

Enfim, embora se compreenda como um modelo “novo”, instaurado na década de 1970, nada tem de novidade, principalmente em relação à exploração do trabalho, pois tal “modelo japonês está muito mais sintonizado com a lógica neoliberal, do que com uma concepção verdadeiramente democrática” (ANTUNES, 2007, p.39).

Essa onda neoliberal estava baseada nos seguintes princípios:

Redução do Estado ao mínimo, inexistência de proteção ao trabalho, abertura da economia, liberdade para o funcionamento do mercado, contrariamente ao que ocorria na fase anterior, a atuação do Estado se dá agora visando a preservar não os interesses da sociedade como um todo (emprego, renda, proteção social etc.), mas os interesses de uma parcela específica de agentes, cujos negócios dependem fundamentalmente dessa atuação (PEREIRA, 2006, p. 83-84).

É nesse contexto, ainda na década de 1970, que a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, junto ao Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, identificou que havia um grande contingente de trabalhadores atuando no campo da Enfermagem. Nessa época, dos 304.287 trabalhadores dessa área, 8,5% eram enfermeiros, 6,6% eram técnicos de enfermagem, 21,2% eram auxiliares de enfermagem e 63,8 % eram atendentes de enfermagem. A ABEn compreendeu que havia um fenômeno, no âmbito do trabalho em saúde, denominado “Proletarização da Enfermagem”, pois esse grande contingente de trabalhadores contratados não possuía a formação profissional necessária para o exercício pleno de suas atividades laborais (FIOCRUZ, 2006).

¹⁰ Entenda-se por capital humano a teoria da literatura econômica que se afirma na década de 1950 e posteriormente nas décadas de 1960 e 1970 no campo educacional. Segundo Frigotto, trata-se de uma noção que os intelectuais da burguesia mundial produziram para explicar o fenômeno da desigualdade entre as nações e entre os indivíduos e grupos sociais sem desvendar os fundamentos reais que produzem esta desigualdade: a propriedade privada dos meios e instrumentos de produção pela burguesia ou classe capitalista e a compra, numa relação desigual, da única mercadoria que os trabalhadores possuem para proverem os meios de vida seus e de seus filhos – a venda de sua força de trabalho. (FRIGOTTO, 2006, p. 45).

Após 25 anos desse levantamento, a ABEn constatou que havia 191.154 atendentes de enfermagem e, portanto, essa categoria continuava sendo a de maior número de trabalhadores na área da saúde. Desse quantitativo de profissionais, 66,6% frequentou cursos de atendente de enfermagem e o restante nunca havia feito curso nessa área nem havia participado de nenhum tipo de treinamento em serviço. Embora grande parte desse público tivesse participado de alguma qualificação relacionada à sua área de atuação, muitos desses cursos não eram reconhecidos pelas instituições autorizadas para esse fim. Eram cursos ofertados por instituições particulares, que não exigiam a escolaridade mínima, constituindo-se os chamados “cursos de garagem” (FIOCRUZ, 2006).

O Ministério da Saúde percebeu que havia a necessidade de uma formação polivalente, fruto da “nova” ordem no mundo do trabalho. Esses profissionais de enfermagem de nível médio deveriam ter acesso aos conteúdos que contemplassem o cuidado às pessoas, ao meio ambiente e ao desenvolvimento comunitário. Essas propostas foram materializadas em várias iniciativas; uma delas foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, do Ministério da Saúde. Podemos indicar que esse tipo de programa se coaduna com o cenário indicado por Aranha (1999), em que a

nova ordem mundial, globalização, reestruturação produtiva, financeirização da economia, acumulação flexível, novas tecnologias, nova divisão internacional do trabalho, mutações nos processos, relações e forma de gestão do trabalho, novas qualificações, novo perfil do trabalhador, nova educação, enfim neste contexto em que o novo parece ser a ‘marca registrada’, impõe-se a necessidade de se pensar esses conceitos a partir da premissa básica de que as ‘novas’ materialidades recompõem, em outras bases as ‘velhas’ relações de produção características da sociedade capitalista (ARANHA, 1999, p.98).

Tomando esse contexto e dando continuidade às ações de desenvolvimento de pessoal de nível médio na saúde, foi criado, em 1973, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS¹¹.

O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde - PPREPS é um esforço do Ministério da Saúde, com a colaboração direta do Ministério da Educação e Cultura – MEC, e da Organização Panamericana de Saúde – OPAS, para promover a adequação da formação de pessoal de saúde

¹¹ “Em 1973, é assinado entre a Organização Panamericana de Saúde - OPAS e o Ministério da Saúde o acordo para um Programa Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde no Brasil, que incorpora a noção de complexificação dos serviços de saúde e consequentemente aumento de custos da educação e do treinamento na área. No mesmo ano foi assinado o acordo entre os Ministérios da Saúde e Ministério da Educação e a OPAS para a criação do PPREPS”. (Relatório do Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde, FIOCRUZ, 2006).

(quantitativa e qualitativamente) às necessidades e possibilidades dos serviços através de uma progressiva ‘integração’ das atividades de formação na realidade do Sistema dos Serviços de Saúde (BRASIL, 1975, p.03).

Esse foi um programa pré-SUS, concebido como uma oportunidade para modernização administrativa na área de planejamento de recursos humanos em saúde, que buscava melhorar o atendimento aos serviços prestados à população, além de contribuir para a organização e implantação do SUS. O objeto desse programa era o treinamento em nível auxiliar, para 60.000¹² trabalhadores com o ensino fundamental e médio, em todo país. Esse treinamento deveria ser realizado nas unidades de saúde, que apresentassem as condições técnicas adequadas para a referida qualificação.

É no âmbito do PPREPS que se inicia a discussão referente à importância da formação profissional dos trabalhadores técnicos de saúde, dado o grande número de trabalhadores atuando no sistema de saúde sem formação profissional, e considerando a necessidade de expansão de cobertura dos serviços de saúde. Tal programa foi desenvolvido pelos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos – CENDRHU das Secretarias Estaduais de Saúde, cuja implantação se deu, nesse período, em todo país. (FIOCRUZ, 2006).

O PPREPS foi executado na tentativa de superar os processos de treinamentos fragmentados, mas recebeu críticas de Santos¹³ (FIOCRUZ, 2006), devido a sua limitação quanto aos aspectos quantitativos e ao treinamento polivalente¹⁴. Segundo essa enfermeira, a proposta de polivalência não se aplicava às singularidades locais; por isso, criticou a OPAS por desenvolver programas de treinamentos que não dialogavam com as especificidades de cada Região, Estado ou Município.

Defendia, ainda, uma proposta que enfatizasse menos a questão da divisão técnica do trabalho em saúde, e priorizasse mais as discussões pedagógicas e as formas de operacionalização dos cursos. Outra proposta defendida por essa profissional foi a criação de escolas técnicas de saúde, as quais contemplariam a situação dos trabalhadores que

¹² Esse quantitativo não foi alcançado no PPREPS, restringindo-se a 35.548 pessoas, segundo Relatório do Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde, FIOCRUZ, 2006

¹³ Izabel Santos foi uma enfermeira reconhecida pela sua importante atuação na luta pela política de qualificação dos trabalhadores de nível médio da saúde, e entusiasta do papel das Escolas Técnicas do SUS nesse processo.

¹⁴ Diferente do trabalho fragmentado do modelo taylorista-fordista, nesse momento buscava-se a implementação de uma lógica de organização do trabalho em torno dos princípios da polivalência e multifuncionalismo, que demandava dispositivos aligeirados de formação para responder a esses imperativos. O resultado desse processo parece evidente: “intensificam-se as formas de extração do trabalho, ampliam-se as terceirizações, as noções de tempo e de espaço também são metamorfoseadas e tudo isso muda muito o modo de o capital produzir as mercadorias, sejam elas materiais ou imateriais, corpóreas ou simbólicas.” (ANTUNES, 2010, p.14).

desenvolviam suas atividades nos serviços de saúde e que, portanto, teriam mais dificuldades para estudar.

O tema da qualificação de recursos humanos, na área da saúde, foi ponto de muitas discussões com diversos segmentos da sociedade, especialmente no movimento denominado “Reforma Sanitária”, que buscava resgatar a medicina social como uma proposta de saúde para a população brasileira. Essa proposição trazia, em si, uma crítica à medicina individual e assistencial, defendendo a implementação de ações preventivas. Os progressistas, por exemplo, propuseram inserir a questão da formação dos trabalhadores da saúde na VIII Conferência Nacional de Saúde.

1.1 A luta pela democratização da saúde e da educação

A década de 1980 foi marcada pela força da sociedade civil brasileira por uma reconstrução democrática do país. A VIII Conferência Nacional de Saúde, por exemplo, realizada em 1986, foi considerada um marco histórico na consagração dos princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. Esse movimento teve como diretriz a luta pela construção de um processo de cidadania, envolvendo os trabalhadores e a sociedade em busca do acesso à saúde de forma universal e igualitária.

O capítulo dedicado à saúde na Constituição Federal¹⁵, promulgada em outubro de 1988, retratou o resultado de todo o processo desenvolvido pelo Movimento da Reforma Sanitária, ao longo da década de 1980, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (BRASIL, 1988, art. 196). Ficou determinada no texto da Constituição Federal a atribuição do SUS em relação à "ordenação da formação dos seus recursos humanos" (BRASIL, CF, 1988, art. 200, incisos III e IV).

Nesse contexto de lutas e conquistas em que o país se encontrava foi materializado um novo projeto de qualificação profissional na área de saúde, no final década de 1980,

¹⁵ A aprovação da Constituição Federal (1988) possibilitou a oferta da assistência à saúde gratuita a toda a população da nação brasileira, pois antes, somente as pessoas que trabalhavam com carteira assinada e que, portanto, contribuíam para a previdência, eram quem possuíam acesso aos serviços de saúde. Os demais brasileiros eram considerados indigentes e desprovidos de todos esses serviços.

denominado “Formação em Larga Escala”. Cujas elaborações, por meio de um acordo interministerial, entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério da Previdência e Assistência Social, teve como objetivo profissionalizar a força de trabalho atuante no âmbito das Ações Integradas de Saúde – AIS. O projeto “Formação em Larga Escala” é

uma proposta distinta da formação dos trabalhadores técnicos em saúde (...), cuja ênfase estava menos na divisão técnica do trabalho e mais nas discussões sobre as estratégias pedagógicas de formação. A proposta voltava-se especialmente para aqueles já inseridos nos serviços, posto que deles os trabalhadores não podiam se afastar para se formarem em cursos técnicos regulares (RAMOS, 2010, p.39).

Esse processo de qualificação dos trabalhadores do setor da saúde assentou-se sobre três pilares: a flexibilidade de ação, a formação em serviço e o reconhecimento oficial da habilitação profissional pelo sistema de educação nacional (FIOCRUZ, 2006). Mas, a quem serviria esse processo de qualificação? Segundo Machado (1996), a qualificação é

cada vez mais, um valor estratégico de interesse do trabalhador e do empregador. Este ávido pelos ganhos de produtividade e qualidade; àquele premido pela concorrência inter-classes, estimulada pela dinâmica capitalista, busca formas de se auto-valorizar no mercado e nas relações de trabalho (MACHADO, 1996, p.30).

Entende-se então que, conforme já apresentado, sempre houve uma preocupação do trabalhador em se qualificar pelas necessidades de se manter no mercado de trabalho. O projeto “Formação em Larga Escala” - operacionalizado pelos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos – CENDRHU, das Secretarias Estaduais de Saúde - é mais uma tentativa de oferta de qualificação aos trabalhadores da saúde. Esse processo estimulou a criação dos Centros de Formação de Recursos Humanos e das Escolas Técnicas do SUS, bem como a discussão sobre uma política de formação para os trabalhadores da saúde.

A formação dos trabalhadores do SUS foi discutida na I Conferência Nacional de Recursos Humanos, em 1986, cujo tema central foi “A política de Recursos Humanos rumo à reforma sanitária”. Como produto desse movimento surgiu “a necessidade de uma articulação mais estreita entre as instituições que prestam serviços e aquelas que formam pessoal de saúde” (RAMOS, 2010, p.41).

Dois anos após a aprovação da Constituição de 1988, foi sancionada a Lei Nº 8.080/90, uma conquista para a história da democracia brasileira. Essa Lei “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

Apesar desse movimento de redemocratização, o Brasil encontrava-se em um momento difícil, porque

uma crise orgânica do Estado caracterizado por uma situação de ingovernabilidade que obrigou os setores autoritários a transferirem o comando do país à fração governadora da oposição democrática com a escolha de Tancredo Neves para a presidência da República, cuja morte inesperada alçou ao posto José Sarney (1985 – 1989). Sarney assumiu o governo apregoando que modernizaria a administração pública. Na época fatores externos e internos pressionavam no sentido da rejeição do antigo formato – considerado pelo bloco no poder estatista-concentrador. Porém a concepção de Estado como promotor do bem público e representante dos interesses gerais, explicitada na constituição de 1988 e defendida principalmente pelos movimentos sociais organizados e por associações, sindicatos e organizações de classe – aí incluindo o movimento da Reforma Sanitária – opunha-se naquele momento a esses interesses. (VIEIRA, 2011, p. 34).

Como efetivar, então, os princípios da universalidade, equidade e integralidade, definidos na Lei Nº 8.080/ 1990, se pairava sobre o cenário os indícios de um projeto neoliberal, que ia de encontro às conquistas garantidas na Constituição Federal?

Segundo Vieira (2011), o princípio da universalização do SUS apresentava-se como um grande desafio. Pois,

com a eleição de Fernando Collor de Mello – em cujo governo foi criado o Pnacs¹⁶[...], o projeto neoliberal tornou-se hegemônico, com o que se favoreceu o desenvolvimento da medicina supletiva, que passou a atender a classe média e aos profissionais qualificados, ficando o subsistema de saúde voltado principalmente para o atendimento da população de baixa renda (VIEIRA, 2011, p. 141).

Outro desafio, posto também na Lei Nº 8.080/1990, foi a política de Recursos Humanos na área de saúde, instituída no Título IV da referida Lei, vez que seria formalizada e articulada pelas diferentes esferas de governo, visando desenvolver a seguinte ação: “I – Organização de um sistema de recursos humanos, em todos os níveis de ensino, inclusive na

¹⁶ PNACS – Programa Nacional de ACS foi substituído pelo PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento profissional” (BRASIL, 1990).

Essa foi uma importante conquista, pois permitiu ao SUS avançar nas discussões não só da qualificação dos trabalhadores, mas também da formação profissional. Porém, não existia, ainda, uma integração entre as áreas de saúde e educação, no tocante à formação de recursos humanos.

Ainda nessa década, o conceito de qualificação foi evidenciado como pressuposto da eficiência do trabalho. Aos poucos, esse conceito foi sendo substituído pela noção de competências (RAMOS, 2001).

Zarifian (2003) apresenta uma distinção entre qualificação e competências:

Chamamos de qualificação o que sobressai dos recursos (em conhecimento, habilidade, comportamento...) adquiridos por um indivíduo, seja por formação ou por exercício de diversas atividades profissionais. E de ‘competência’, a utilização desses recursos na prática... A qualificação é a ‘caixa de ferramentas’ que o assalariado tem. A competência diz respeito à maneira de utilizar concretamente essa caixa de ferramentas, de empregá-la. (ZARIFIAN, 2003, p. 20-21).

Evidencia-se que esse novo paradigma não é prerrogativa apenas das empresas, atingindo outros segmentos da sociedade e, principalmente, as instituições formativas, inclusive, as públicas.

Com o advento das novas tecnologias e sistema de organização do trabalho [...] a qualificação do trabalhador entrou numa fase em que, sob alguns aspectos, é tomada como pressuposto da eficiência produtiva; por outros, ela tende a ser abandonada como conceito organizador das relações de trabalho e de formação dando lugar a noção de competências. Alguns aspectos passam a ser valorizados em nome da eficiência produtiva: os conteúdos reais do trabalho, principalmente aqueles que transcendem ao prescrito e as qualidades dos indivíduos expressas pelo conjunto de saberes e de saber-fazer realmente colocados em prática, incluindo para além das aquisições de formação, seus atributos pessoais, as potencialidades, os desejos, os valores (RAMOS, 2001, p. 53).

1.2 As Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

A partir desse cenário, surgem, no início dos anos 1990, as escolas técnicas específicas para o setor da saúde. Essas instituições eram escolas não convencionais, que incluíam todos os trabalhadores empregados no SUS, em uma formação descentralizada junto aos municípios, aproveitando a capacidade instalada nos serviços de saúde e utilizando a metodologia da problematização nos processos pedagógicos¹⁷. Essa metodologia não utiliza a técnica pela técnica, mas faz o aluno saber como enfrentar um problema, partindo das situações do cotidiano do trabalho (FIOCRUZ, 2006, p.62).

A abordagem metodológica nessa perspectiva privilegiaria conhecimentos, experiências e expectativas do aluno, como ponto de partida do processo ensino-aprendizagem. A seleção dos conteúdos programáticos guardaria uma relação direta com os problemas vivenciados pelo aluno, sendo a prática em situação real também considerada como experiência de ensino e o local de trabalho como ambiente preferencial da formação profissional. Essa forma metodológica de conduzir o currículo dispensaria estágios convencionais. A prática supervisionada e o estágio seriam realizados durante todo o desenvolvimento das atividades curriculares, não se limitando ao tradicional estágio supervisionado oferecido ao final do curso (RAMOS, 2010, p.46).

O conteúdo curricular das Escolas Técnicas do SUS foi influenciado pelo projeto para a formação de um novo trabalhador, por meio das diretrizes estabelecidas pelos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico em Saúde (BRASIL, 2000a).

É importante destacar a criação de Escolas Técnicas do SUS¹⁸, por Estado, em todo país, como um fato que contribuiu para o fortalecimento e cumprimento dos deveres do SUS, no que diz respeito à educação em saúde e à articulação do Ministério da Saúde, com o Ministério da Educação – MEC. Esse processo auxiliou no cumprimento das determinações legais e na formulação de políticas de educação profissional para os trabalhadores do SUS.

Visando atender a essas políticas, foi iniciado em todo país o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, no final dos anos

¹⁷ A metodologia da problematização pressupõe uma aprendizagem significativa, permitindo uma aproximação gradativa dos saberes e das práticas, capaz de gerar autoanálise e autogestão num processo de mudança institucional, através do uso de tecnologias que, aos poucos, possam ser incorporadas ao processo de ensino e aprendizagem dos profissionais da área de saúde. (BERBEL, 1999).

¹⁸ Em 2000, é criada a Rede de Escolas Técnica do SUS – RETSUS¹, através da Portaria Nº 1.298/2000, com o objetivo de compartilhar informação; buscar soluções para problemas comuns entre as ETSUS; difundir metodologias e recursos tecnológicos destinados à melhoria do ensino; além de realizar pesquisa e cooperação técnica, considerando a necessidade de implementação de políticas de recursos humanos para o pessoal de nível médio em saúde (BRASIL, 2000b).

1990. Uma iniciativa política, de natureza pedagógica, realizada através de um contrato de empréstimo junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID, que previa a formação de auxiliar e técnico em enfermagem para 250.000 trabalhadores dessa área, com objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ambulatorial e hospitalar integrante da rede SUS.

Os trabalhadores que atuavam nessa área tinham um prazo para se qualificar, sob pena de não continuar exercendo as atividades como auxiliar em enfermagem, pois não possuíam formação profissional regulamentada em termos educacionais, éticos e trabalhistas. Esses trabalhadores eram oriundos, em sua maioria, de outros serviços, como auxiliar de serviços gerais, mas exerciam a função de auxiliar em enfermagem (BRASIL, 2000).

O PROFAE ofereceu três modalidades de cursos gratuitos para os trabalhadores da área de enfermagem: i) Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, para os trabalhadores que concluíram o ensino fundamental (antigo 1º grau); ii) Complementação do Ensino Fundamental, para os trabalhadores que não o concluíram e Auxiliar de Enfermagem; e iii) Curso Técnico de Enfermagem, para trabalhadores que têm certificados de conclusão do Ensino Médio (antigo 2º grau) e o certificado do Curso de Auxiliar de Enfermagem (RAMOS, 2010, p.49).

O PROFAE contribuiu para elevar o nível de escolaridade de muitos trabalhadores brasileiros que atuavam no SUS, em todo território nacional. A articulação da educação básica com o ensino profissionalizante em saúde foi permitida, devido ao fato de esse processo ter ocorrido paralelamente às reformas educacionais implantadas no Brasil. Decorrentes da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nº 9.394/1996, e sob a orientação das Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico, por meio do Decreto Nº 2.208/97, posteriormente modificado pelo Decreto Nº 5.154/2004.

A partir desse momento, a participação do Ministério da Saúde se intensificou no processo de elaboração das diretrizes e dos referenciais da Educação Profissional. Atores fundamentais que estiveram coordenando os processos de qualificação no SUS foram convidados para participarem, junto ao MEC, do Programa de Expansão da Educação Profissional – PROEP.

O programa de Expansão da Educação Profissional (PROEP) é uma iniciativa do Ministério da Educação em parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego e com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Tem como finalidade promover a expansão, modernização, melhoria de qualidade educacional e permanente atualização profissional no país, através da ampliação e diversificação da oferta de vagas, da adequação de currículos e cursos às necessidades do mundo do trabalho; da qualificação,

reciclagem e reprofissionalização de trabalhadores, independente no nível de escolaridade e da formação e habilitação de jovens e adultos no nível médio (técnico) e superior (tecnológico) (RAMOS, 2010, p.51).

As políticas educacionais da área da saúde foram se aproximando das orientações e das políticas do MEC. Uma das orientações seguidas pelo SUS nos cursos ofertados foi a utilização da Pedagogia das Competências e a implantação do Sistema de Certificação de Competências. Essa noção de competência¹⁹ na educação escolar brasileira “aparece em 1996 na LDB N° 9394/1996 e passa a se constituir em um dos três pilares do ensino médio” (FIOCRUZ, 2006, p.85).

A noção de competência surge a partir do pressuposto de polivalência e flexibilidade, imposto pelo novo modelo de reestruturação capitalista, através do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), que visava à criação do Sistema Brasileiro de Certificação (RAMOS, 2001). Uma nova configuração do trabalho redesenha as relações sujeito e trabalho. As exigências são cada vez maiores para os trabalhadores, que devem ser qualificados e polivalentes.

Assim, instaura-se, na década de 1990, um conjunto de ajustes econômicos, mediante os mecanismos de descentralização, desregulamentação, flexibilização, privatização. É nesse cenário em que,

cada indivíduo terá de agora em diante, então de adquirir um banco ou pacote de competências desejadas pelos homens de negócio no mercado empresarial, permanentemente renováveis, cuja certificação lhe promete empregabilidade. Da certificação por competências transita-se para o contrato por competências, reduzindo o contrato de trabalho a um contrato civil como qualquer outro (RAMOS, 2006, p.16).

Percebe-se, portanto, que a exigência do desenvolvimento de competências está diretamente relacionada à questão da empregabilidade. Segundo Zarifian (2003), três elementos são complementares para a definição de competências, são eles:

Competência é a tomada de iniciativas e responsabilidade do indivíduo em situações profissionais com as quais se confronta; competência é uma inteligência prática das situações, que se apóia em conhecimentos adquiridos e os transforma, à medida que a diversidade das situações aumenta;

¹⁹ Segundo Perrenoud, a noção de competência é uma capacidade de agir com eficácia, apoiada em conhecimentos, mas, sem se limitar a eles. Ele aponta duas possibilidades para trabalhar com as competências: de forma transversal e a partir de situações reais de vida. Tais situações implicam em uma permanente avaliação do trabalhador, tanto da sua capacidade técnica, quanto do desenvolvimento de características pessoais que permitem sua adequação ao posto de trabalho (PERRENOUD, 1999).

competência é a faculdade de mobilizar redes de atores em volta das mesmas situações de compartilhar desafios, de assumir áreas de responsabilidades (ZARIFIAN, 2003, p. 20-21).

Nesse sentido, espera-se que os trabalhadores desenvolvam competências, além daquelas prescritivas, formuladas por um conjunto de estudiosos, cuja ideia define o que o sujeito deve ser, pois

uma competência permite produzir um número infinito de ações não-programadas. A competência seria essa capacidade de continuamente improvisar e inventar algo novo, sem lançar mão de uma lista pré-estabelecida. Nessa perspectiva, ela seria uma capacidade da espécie humana, constituindo-se na capacidade de criar respostas sem tirá-las de um repertório definido (RAMOS, 2006, p. 230).

No campo da saúde, a discussão das competências é desenvolvida nos cursos técnicos ofertados pelas Escolas Técnicas do SUS, em diversos estados do país. Esse conceito é contextualizado tanto nos processos formativos, como nos espaços de trabalho, onde são desenvolvidos os cuidados com a saúde. O processo de formação, por sua vez, apresenta uma estrutura sob a ótica pedagógica e sob a lógica de organização do próprio sistema de saúde, associado aos eixos estruturantes da prática profissional (BRASIL, 2007a).

Os processos formativos, voltados para os trabalhadores de saúde, seguem a seguinte estrutura: a) Análise do processo de trabalho: compreende uma das etapas de elaboração dos cursos, quando é traçado o perfil dos profissionais a serem formados. Essa fase é realizada, geralmente, pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Escolas Técnicas do SUS e Conselhos Estaduais de Educação; b) Normalização das competências: essa é uma etapa de elaboração e instituição dos referenciais curriculares que servem para elaboração dos planos de curso (BRASIL, 2001).

A noção de competência desenvolvida nas ETSUS considera que as competências profissionais são construídas pelos próprios trabalhadores como sujeitos do processo, entendendo que as instâncias formadoras devem propiciar o diálogo, a troca de experiências e de saberes. No trabalho em saúde,

procurou-se relacionar a idéia de desenvolvimento de competências com a ampliação da autonomia dos trabalhadores em saúde para enfrentar os imprevistos do processo de trabalho, na sua complexidade e heterogeneidade. Sendo assim a normalização de competências – dispositivo necessário a um sistema que pretende desenvolver e regular o reconhecimento profissional universalmente – não poderia ser orientada por

uma visão tarefaira, operacional ou padronizada estreita do cuidado (PEREIRA, 2006, p. 92).

Então, não se trata do conhecimento pelo conhecimento, mas de um processo formativo capaz de envolver a prática profissional, podendo ultrapassar os limites do saber-fazer e gerar inovações, conforme a ação e o envolvimento dos participantes, ou seja, uma formação na qual o aluno pode desenvolver outras competências, que não estão necessariamente descritas em um currículo, mas que estão relacionadas à capacidade dos sujeitos improvisarem, inventarem, mobilizarem conhecimentos e experiências para serem resolutivos em sua prática no trabalho (RAMOS, 2006).

Sendo assim, os indivíduos devem ser vistos não como meros apêndices da sociedade, que precisam desenvolver competências prescritas. Mas, sim, como produtores de sentidos, de usos e de apropriações, considerando que o trabalho não deve estar limitado a uma tarefa executada para prover o sustento material, enquanto uma ferramenta de produção de subjetividades, no sentido de transformar vidas e criar mundos através de formas de olhar e existir.

O aprofundamento sobre o processo de profissionalização dos trabalhadores de nível médio da saúde, apresentado neste capítulo, para os períodos que antecedem e precedem a criação do Sistema Único de Saúde, permite observar que foram diversas as iniciativas para suprir a dívida histórica com os trabalhadores dessa área. Principalmente, com os profissionais da área de Enfermagem, tais como: desenvolvimento de programas, criação das Escolas Técnicas do SUS, articulação das políticas de educação em saúde com as diretrizes do Ministério da Educação.

No entanto, ainda há muito a se fazer, pois existem diversos profissionais que não foram contemplados com uma política de formação, e que permanecem prestando serviços à população sem a qualificação adequada para exercer tal atividade, como é o caso do Agente Comunitário de Saúde, sujeito desta pesquisa.

Considerando as múltiplas experiências relacionadas à qualificação e à formação para os trabalhadores do SUS, cabe indagar: qual a contribuição da formação em Agente Comunitário de Saúde para os serviços ofertados à população, no âmbito do SUS, a partir da ótica desses profissionais?

CAPÍTULO 2

A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Os Agentes Comunitários de Saúde são trabalhadores contratados para atuar nos diversos municípios, em todo território nacional, tendo como atribuição: realizar visitas domiciliares; atividades de promoção à saúde; prevenção de doenças; monitoramento e acompanhamento de grupos de risco e de vigilância sanitária, no Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS²⁰ ou, no Programa Saúde da Família - PSF.

Para serem contratados, esses trabalhadores deveriam saber ler e escrever, ter espírito de liderança e solidariedade, idade mínima de dezoito anos e disponibilidade de trabalho em tempo integral (MOROSINI, 2010). Tais exigências denotam a ausência de preocupação com o nível de escolaridade e com a formação mínima.

Desde a criação do PACS em 1991, até o início do período de formulação da política do ACS em 2003, passaram-se 12 anos durante os quais a formação desses trabalhadores esteve sob a responsabilidade exclusiva do enfermeiro-supervisor, no caso do PACS, ou teve a participação da equipe de Saúde da família, no caso do PSF. Prevaleceu, assim, uma situação de capacitação em serviço, em condições as mais variadas, a depender da disposição, disponibilidade e preparação, principalmente dos enfermeiros para o ensino (MOROSINI, 2010, p. 40-41).

Portanto, o quadro instalado era de trabalhadores contratados em larga escala para atuar como membro de uma equipe de saúde, sem uma formação básica e sistematizada, reféns da disponibilidade e da percepção da categoria da enfermagem, para ofertar qualificação no trabalho diário nas unidades básicas de saúde.

²⁰ O Ministério da Saúde aprova normas e diretrizes do Programa Agente Comunitário de Saúde, por meio da Portaria Nº 1.886/1997. (BRASIL, 1997a). O PACS consistia em uma estratégia de aprimoramento e consolidação do SUS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar. A melhora dos indicadores de saúde apresentados pelos municípios que adotaram o PACS favoreceu a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Hoje, o PSF é entendido como uma estratégia que altera o modelo assistencial de saúde centrado na doença, no médico e no hospital para responder à demanda por atenção. Juntos, PACS e PSF compõem a Estratégia Saúde da Família (ESF). Disponível em http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/agente_comunitario.pdf. Acesso em 04.12.2010.

2.1 O trabalho do Agente Comunitário de Saúde e o reconhecimento dessa categoria profissional

O ACS é um profissional que assume uma série de funções no território onde reside e trabalha.

Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), no âmbito do Programa Agentes Comunitários de Saúde, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente (BRASIL, 1999, art. 1º).

Mas nem sempre foi assim. O trabalho desenvolvido por essas pessoas começou a se estruturar na década de 1970, quando recebiam a nomenclatura de Agentes. Eram trabalhadores voluntários, em sua maioria mulheres, interessados em contribuir com ações sociais para auxiliar às camadas mais pobres que não tinham acesso à saúde. Muitos desses voluntários estavam ligados à pastoral da criança e às dioceses. Em 1979, muitos desses Agentes foram engajados no Movimento Popular de Saúde – MOPS, que objetivava, desde os anos 1960, o enfrentamento de problemas sociais (VIEIRA, 2011).

Mais tarde, grande parte desses Agentes fundou a Associação Nacional dos Agentes de Saúde – ANAS, que encaminhou um documento para VIII Conferência Nacional de Saúde, reivindicando que o Estado assumisse o pagamento desse pessoal. Assim, eles foram incorporados no relatório final da conferência como pessoal remunerado, enquanto agentes populares de saúde, os quais ficariam sob a responsabilidade do SUS local.

Em 1991, os agentes de saúde passam a ser institucionalizados com a criação do Programa Nacional Agente Comunitário de Saúde – PNACS, criado com o objetivo de diminuir a mortalidade materno-infantil nas regiões mais pobres. Nesse momento, é enfatizado o caráter comunitário e esses profissionais passam a ser chamados de Agentes Comunitários de Saúde.

Em 1994, o PNACS é substituído pelo Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS. Esse programa foi constituído por equipes compostas basicamente de enfermeiro e ACS. Mais tarde, o PACS passa a compor o Programa Saúde da Família - PSF, composto por

uma equipe mais ampliada de profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS. O PSF buscava romper com um modelo de atenção hospitalocêntrico.

O PACS e o PSF ofereceram inicialmente, no bojo da atenção primária seletiva, um pacote restrito de intervenções de baixo custo, sendo criticados como programas pobres para os pobres e colocando-se, portanto, na contramão da proposta da atenção primária abrangente e da concepção ampliada de saúde como direito de cidadania (VIEIRA, 2011, p. 69).

O PACS e o PSF existem até hoje e conformam a Estratégia Saúde da Família - ESF. São programas que apostam no trabalho do ACS, considerando esse profissional o elo de ligação com a comunidade, onde ele reside e trabalha.

Tanto o PACS como o PSF têm em comum a figura dos ACS como elemento inovador do quadro funcional, sobre o qual recaem expectativas de mediação e facilitação do trabalho da atenção básica em saúde” (BORNSTEIN, MATTA, DAVID, 2009, p. 194).

Essa questão reforça a idéia de conceber o trabalho do ACS como simples, de baixa complexidade e, às vezes, até com pouca legitimidade social. No entanto, é possível compreender que esse trabalhador desenvolve funções não só normatizadas, mas, acima de tudo, sociais, tendo em vista ser um membro da comunidade na qual atua, ou seja, é um cidadão que vivencia e compreende a cultura local. Dessa forma, ele tem a possibilidade de traduzir os anseios da população (MORISINI, 2010).

Assim, fica claro o perfil social desse trabalhador:

Composto de sua origem comunitária e de um suposto pendor a solidariedade, atributos que o configurariam como trabalhador *sui generis*, que atua como elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Neste perfil tem destaque o papel de mediador social que contribui para localizar o trabalho do ACS na interface entre a comunidade e que termina por ampliá-lo para uma perspectiva intersetorial que transcende o campo da saúde. (MORISINI, 2010, p.151).

Esse papel de mediador está diretamente relacionado com o papel de confiança que os ACS devem despertar na comunidade, diferenciando-o dos demais membros da equipe, nas Unidades Básicas de Saúde. Ele representa, ao mesmo tempo, o governo e a comunidade.

Por muito tempo, compreendeu-se, a partir do discurso de técnicos e gestores, que o trabalho do ACS é muito importante, considerando que esse ator é o elo entre a comunidade e os serviços de saúde. No entanto, não se reconhecia o efetivo papel dos ACS no que se refere

à sua profissionalização. Questiona-se, então, como um trabalhador, com baixa escolaridade e sem formação prévia, torna-se o principal ator de uma política que visa à orientação e à educação em saúde aos usuários do SUS?

Inicialmente, as atribuições dos ACS foram instituídas por meio da Portaria Ministerial Nº 1.886, em 1997, que aprovava as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário de Saúde e do Programa Saúde da Família. Dois anos depois, o Decreto Nº 3.189/1999 fixou as diretrizes para o exercício das atividades dos ACS. Que reivindicaram e lutaram, apoiando-se no Poder Legislativo, para serem reconhecidos como uma categoria profissional, pois se constituíam enquanto membro de uma equipe de saúde, mas não eram classificados como uma profissão, com a devida qualificação.

Em 2002, foi criada a categoria profissional Agente Comunitário de Saúde, através da Lei Nº 10.507/2002. Dois elementos se configuraram de forma diferente para contratação do ACS a partir desse momento: a escolaridade, pois era preciso ter o ensino fundamental concluído, para exercer tal função; e a formação profissional, que passou a ser uma exigência para esse trabalhador, o qual deveria concluir, com aproveitamento, o curso de qualificação básica para a formação em Agente Comunitário de Saúde.

A aprovação da Lei Nº 10.507/2002 foi considerada uma importante conquista dos ACS, representados pela Confederação Nacional de Agente Comunitário de Saúde – CONACS²¹. Tal conquista desencadeou ações frente ao Ministério da Saúde, com vistas a definir diretrizes para o processo de qualificação desses profissionais.

Apesar da criação da categoria profissional ACS, em 2002, constatou-se, no mesmo período, que esses profissionais apresentavam vínculo precário de trabalho em 72,3 % das equipes de saúde da família do PSF (MORININI, 2010). Houve um aumento significativo no preenchimento de postos de trabalho com a expansão das equipes de saúde da família, nos municípios em todo o país, no entanto, esses profissionais encontravam-se, em sua maioria, com contratos terceirizados em virtude, segundo os gestores, dos limites de gastos públicos com pessoal definido pela Lei de Responsabilidade Fiscal²².

²¹ A CONACS representou, nesse processo, os ACS junto aos poderes executivo e legislativo reivindicando soluções para as questões de vinculação e profissionalização desses trabalhadores.

²² A Lei Complementar Nº 101, de 04 de maio de 2000 estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Essa lei é um dispositivo do governo brasileiro para

Embora a necessidade tenha sido argumentada pelos gestores municipais para contratar os ACS, era uma forma irregular, entendendo que essa modalidade de contratação é contrária ao inciso II, do artigo 37, da Constituição Federal, que exige concurso público para admissão de pessoal no setor público. Frente a essa realidade, o Ministério Público do Trabalho²³ passou a questionar as formas de seleção e contratação desses profissionais, exigindo providências junto aos órgãos públicos da saúde.

Fica evidente que havia, no mínimo, uma contradição sobre o que era exigido pelo Programa Saúde da Família - PSF e as obrigatoriedades perante a legislação para contratação de pessoal, para o setor público. O PSF exigia que o ACS contratado fosse morador do bairro, no qual seria lotado para desenvolver suas funções. Essa exigência diverge dos requisitos para elaboração de um concurso público, qual seja, a não possibilidade de privilegiar pessoas por residirem em uma determinada localidade. Para resolver tal questão, foram acrescentados os parágrafos 4º, 5º e 6º, ao artigo 198, da Constituição Federal, através da Emenda Constitucional Nº 51/2006, documento que prevê a seleção pública do ACS, considerando as peculiaridades de seu trabalho (BRASIL, 2006b).

Tentando, ainda, recuperar a dívida histórica do SUS, no que concerne à organização de políticas sobre a formação do trabalhador em saúde, o Ministério da Saúde criou, em 2003, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES. Essa foi organizada em dois departamentos: Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde – DEGERTS; e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES.

A SGTES ficou responsável pela formulação de políticas para esta área e pela aplicação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos - NOB/RH-SUS²⁴. Segundo Morosini (2010),

evitar os abusos dos gestores quanto aos gastos públicos, a fim de que esses evitem contrair dívidas, que sejam superiores ao valor arrecadado pelo Estado ou município através de impostos. (BRASIL, 2000d).

²³ O Ministério Público do Trabalho é um ramo do Ministério Público da União, instituição de caráter permanente, ligada à função jurisdicional do Estado, mas sem vinculação com o poder judiciário ou outro poder do Estado. Esse Ministério possui orçamento, carreira e administração própria e um alto grau de autonomia financeira e administrativa.

²⁴ A 9ª Conferência Nacional de Saúde enfatiza como indispensável, uma Política Nacional de Recursos Humanos, para efetiva implantação do SUS. Na 10ª Conferência Nacional de Saúde ficou determinado que o Ministério da Saúde deveria elaborar no prazo de 90 (noventa) dias a partir da divulgação deste relatório, com ampla negociação dos interessados e suas entidades representativas e com a discussão e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde, uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos, a qual definiria princípios reguladores da ação da esfera de governo em relação aos trabalhadores no âmbito do SUS, e que incluiria uma agenda de prioridade para implantação desta política (BRASIL, 2003, p.18).

a criação de uma secretaria no âmbito do Ministério da Saúde para tratar especialmente da gestão do trabalho e da educação na saúde parece indicar uma mudança na importância do campo em relação à agenda do governo. Assim como a nova nomenclatura adotada, gestão do trabalho e da educação em saúde, parece ser um indício de uma mudança na perspectiva em relação às questões no campo da formação e do trabalho em saúde. (MOROSINI, 2010, p.51).

Como parte da formulação da política de qualificação para o quadro de nível médio do SUS, foram configurados os Polos de Educação Permanente em Saúde²⁵, que passaram a se conformar como instâncias de articulação entre os gestores do SUS, os serviços de saúde, o controle social e as instituições formadoras.

Os Polos de Educação Permanente em Saúde constituíram-se como fóruns de debates importantes para organização das propostas de qualificação dos trabalhadores do SUS, inclusive para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde.

Ainda em 2003, constatarem-se avanços nas discussões sobre a formação dos ACS. A partir das contribuições da Atenção Básica²⁶, foi produzido um documento denominado “Diretrizes para a Qualificação Básica do Agente Comunitário de Saúde”. Tratava-se de uma proposta pedagógica que seria financiada pelo Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF²⁷. Tal proposta seria realizada em nível local e ministrada pelo enfermeiro, que seria preparado em um curso prévio, com duração de 24 (vinte e quatro) horas, chamado Curso de Capacitação do Facilitador (MORISINI, 2010, p. 86).

Essa formação inicial abrangeria as áreas da atenção básica, tais como: saúde da mulher, saúde da criança, controle da hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde

²⁵ Os Pólos de Educação Permanente em Saúde foram substituídos pelas Comissões Permanentes de Integração Ensino- Serviço - CIES, por meio da Portaria nº 1.996/2007 do Ministério da Saúde. As CIES “são instâncias intersectoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde prevista no Artigo 14 da Lei 8.080/90 e na NOB/ RH – SUS” (BRASIL, 2007, p. 03).

²⁶ Instância responsável no Ministério da Saúde pela coordenação do PACS e do PSF, em 1999. A rede de atenção básica tem como base a Estratégia Saúde da Família - ESF, considerada uma estratégia do Governo Federal, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde nos municípios de todo o país. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Elas atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e, sobretudo, atuam na manutenção da saúde desta comunidade.

²⁷ “O PROESF é um projeto do Ministério da Saúde desenvolvido com recursos do Banco Mundial, que tem por objetivo apoiar a implantação e consolidação da estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros com mais de cem mil habitantes. O PROESF divide-se em três componentes técnicos pelos quais se distribuem as suas linhas de financiamento: 1) apoio a conversão do modelo de atenção básica da saúde; 2) desenvolvimento de recursos humanos; 3) monitoramento e avaliação” (MORISINI, 2010, p.86).

bucal e controle das endemias. No entanto, esse programa ainda era insuficiente para a profissionalização do ACS, pois focava, apenas, nos programas de saúde. Era preciso, portanto, um projeto mais abrangente, que incluísse conteúdos sobre o histórico, princípios e diretrizes do SUS. Campo onde esses atores desenvolvem os seus trabalhos.

Vários setores do Ministério da Saúde, envolvidos com a gestão do trabalho, a educação na saúde e a atenção básica, discutiram sobre a política de formação dos ACS. O produto dessas discussões foi a elaboração de um projeto de formação inicial em ACS, tomando como diretriz as competências que esses profissionais deveriam desenvolver em seu processo de trabalho. Foi, então, construído o “Referencial Curricular para o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde”, publicado em 2004.

O Referencial Curricular é o documento que regula a formação dos ACS perante as secretarias e os Conselhos Estaduais de Educação. Nele estão expressas as diretrizes que devem orientar as instituições formadoras na construção de planos de curso técnico em agente comunitário de saúde, os quais são encaminhados aos Conselhos Estaduais de Educação para aprovação, condição para que os cursos sejam reconhecidos formalmente e funcionem legalmente no âmbito dos estados. (MORISINI, 2010, p.112).

Portanto, esse Referencial encontra-se em consonância com a política de Educação Profissional do Ministério da Educação – MEC e baseado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, instituídas pela Resolução CNE nº 04/99. Sua estrutura corresponde a de um Plano de Curso, conforme previsto no art. 10 da Resolução citada.

O Decreto Nº 2.208/1997 regulamentou o §2º do art. 36 e os artigos 39 a 42 da Lei 9.394/1996, que tratam da Educação Profissional. Esse decreto institui

Art.1º A educação profissional tem por objetivos:

[...]

IV – qualificar, reprofissionalizar e atualizar jovens e adultos trabalhadores, com qualquer nível de escolaridade, visando a inserção e melhor desempenho no exercício do trabalho;

Art. 2º A educação profissional será desenvolvida em articulação com ensino regular ou em modalidades que contemplem estratégias de educação continuada, podendo ser realizada em escolas do ensino regular, em instituições especializadas ou nos ambientes de trabalho;

Art. 3º A educação profissional compreende os seguintes níveis:

I – básico - destinado à qualificação e reprofissionalização de trabalhadores, independente de escolaridade prévia;

II – técnico - destinado a proporcionar habilitação profissional a alunos matriculados e egressos do ensino médio, devendo ser ministrado na forma estabelecida por este decreto;

III – tecnológico - correspondente a cursos de nível superior na área tecnológica, destinados a egressos do ensino médio e técnico.

Art. 4º A educação profissional de nível básico e modalidade de educação não-formal e duração variável, destina-se a proporcionar ao cidadão trabalhador conhecimentos que lhe permitam reprofissionalizar-se, qualificar-se e atualizar-se para o exercício de funções demandadas pelo mundo do trabalho, compatíveis com a complexidade tecnológica do trabalho, o seu grau de conhecimento técnico e o nível de escolaridade do aluno, não estando sujeita à regulamentação curricular. (BRASIL, 1997b).

Nesse contexto, a formação técnica para os ACS enquadra-se na legislação ora apresentada. Isto é, a qualificação para o mundo do trabalho. Segundo o “Referencial Curricular para o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde”, a citada formação para esse profissional justifica-se pelo seu perfil de escolaridade, pelo papel que esse ator social exerce junto à comunidade e por sua importância nas mudanças das práticas de saúde (BRASIL, 2004).

Esse processo de formação dos ACS estava diretamente articulado com a mudança de nível escolar de uma massa expressiva da população brasileira. No entanto, era inconcebível falar em elevação do nível de escolaridade, sem ofertar a educação profissionalizante para esse grupo de trabalhadores do setor da saúde.

Em 2006, foi aprovada a Lei Nº 11.350/2006, que dispõe sobre o aproveitamento do pessoal atuante nos municípios do território nacional, a fim de que os ACS, em exercício, fossem efetivados. Para isso, esses profissionais deveriam atender às seguintes exigências:

1- residir na área da comunidade em que atua, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; 2-haver concluído, com aproveitamento, o ensino fundamental; 3-haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada em Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2002, art. 6º).

Portanto, a Lei Nº Lei 11.350/ 2006, assim como a Lei nº 10.507/2002, destaca a necessidade de realizar o Curso de Formação Inicial para os ACS, considerando essa formação como um dos requisitos para o aproveitamento desses trabalhadores que se encontravam em exercício nos municípios de todo país.

A operacionalização desse Curso ficou sob a responsabilidade das Escolas Técnicas do SUS e dos Centros Formadores do SUS em cada Estado, tendo em vista a missão das ETSUS de profissionalizar trabalhadores, atendendo prioritariamente ao quadro do SUS.

Tal profissionalização foi organizada em itinerários formativos, dividida em três etapas, conforme descrito no referencial citado, de acordo com os requisitos de acesso:

a) Etapa formativa I: formação inicial: acesso a todos os agentes comunitários de saúde inseridos no Sistema único de Saúde, independente de escolarização; b) Etapa Formativa II: concluintes da etapa formativa I, com certificação de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental; c) Etapa formativa III: concluintes das etapas formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio (BRASIL, 2004, p.18).

Essa proposta dos itinerários formativos revela uma preocupação com a elevação da escolaridade dos ACS, de forma articulada e incorpora a qualificação básica exigida na Lei Nº 10.507/ 2002, bem como o curso introdutório exigido na Lei Nº 11.350/ 2006.

De acordo com as Portarias do Ministério da Saúde Nº 2.474/ 2004 e Nº 2.662/ 2008, foi solicitado que as instituições formadoras, localizadas nos Estados, elaborassem o projeto de curso para a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde, porém o financiamento liberado pelo Ministério da Saúde para os Estados restringia-se, apenas, à Etapa Formativa I.²⁸

Trata-se, portanto, de uma oferta que buscou concretizar o papel do Governo Federal e Estadual, quanto ao investimento em políticas de formação do trabalhador do SUS? Ou, a formação atendeu aos anseios de uma categoria, que lutou de forma organizada, pelo reconhecimento profissional e pela efetivação de uma política de formação?

É possível perceber que a Etapa Formativa I deveria significar o início de um processo formativo, no entanto, parece que esse também tem sido o limite da profissionalização da categoria dos Agentes Comunitários de Saúde. O fato de o financiamento ter sido restrito à qualificação básica deve-se à discordância do sequenciamento dos módulos por parte dos

²⁸ Entenda-se por Etapa Formativa I, o curso de qualificação básica exigido na Lei Nº 10.507/ 2002, que equivale ao curso introdutório de formação inicial e continuada prevista na Lei Nº 11.350/ 2006. Essas etapas formativas ou qualificação básica ou formação inicial foram organizadas pelas ETSUS sob a nomenclatura de “módulo I”.

gestores municipais, que temiam uma demanda de aumento salarial para os ACS, após conclusão do curso técnico completo.

Parece, no mínimo, contraditório, exigir que os Agentes Comunitários de Saúde sejam sujeitos articulados com a comunidade, com espírito de liderança, com conhecimento da realidade em que atuam, participativos e qualificados; mas, ao mesmo tempo, com limitações em sua formação, estando esta restrita à formação básica ou inicial de um curso técnico.

Portanto, é preciso compreender, nesse contexto, a percepção dos ACS sobre a qualificação básica que lhes foi ofertada, a fim de delinear as reais implicações desse processo no cotidiano das ações desenvolvidas por esses profissionais em seu campo de trabalho. Essa é a questão que se configura como a preocupação da presente pesquisa.

Diante do cenário apresentado, cabe questionar: a qualificação básica contemplou as necessidades de formação dos próprios trabalhadores ACS? Qual a contribuição dessa qualificação para o processo de trabalho desenvolvido pelos ACS, segundo a percepção desses profissionais?

Na tentativa de responder as questões ora apresentadas, a próxima seção propõe fazer uma análise sobre a formação dos Agentes Comunitários de Saúde, no Estado de Sergipe, apoiando-nos na legislação e nos documentos oficiais de pactuação das ações formativas, entre as instituições envolvidas diretamente com o tema.

2.2 A Escola Técnica do Sistema Único de Saúde em Sergipe: aspectos físicos, políticos e pedagógicos

Os Estados de todo país pactuaram a execução do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde - TACS, cada um, no Fórum de Educação Permanente em Saúde, do seu Estado. Em Sergipe, essa pactuação aconteceu de acordo com a ata da reunião do Fórum, no dia 31 de março de 2005, onde ficou estabelecido que o município de Aracaju, por ter um Centro de Educação Permanente da Saúde, iria desenvolver a formação de seus ACS, e a

ETSUS - SE²⁹ ficaria responsável pelo processo formativo dos demais ACS, trabalhadores dos 74 municípios do Estado de Sergipe (SERGIPE, 2005).

Segundo o Projeto Político Pedagógico - PPP, a ETSUS, em Sergipe,

tem por missão formar trabalhadores-cidadãos comprometidos com práticas transformadoras e com os avanços tecnológicos do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do desenvolvimento de cursos, capacitações e fomento à pesquisa com vistas a contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população sergipana (ETSUS, 2010, p.07).

Essa escola funciona nos três turnos, atendendo às necessidades dos processos formativos e da sua clientela específica. Sua estrutura administrativa apresenta a seguinte composição: Coordenação Geral; Assessoria Pedagógica; Gerência; Secretaria Escolar e Núcleo Pedagógico Estruturante.

As dependências administrativas estão organizadas em três pavimentos, compostas por: recepção; sala da coordenação; sala da assessoria pedagógica da ETSUS; sala da secretaria escolar; sala da gerência administrativa; sala dos docentes; dez salas de aula, todas com dependências sanitárias; auditório, com capacidade para 130 pessoas; biblioteca; laboratório multiprofissional; laboratório de informática; almoxarifado; sanitário para portador de necessidades especiais; copa e cantina.

Pelo fato da ETSUS estar localizada na capital Aracaju, esse espaço é utilizado, principalmente, para viabilizar os cursos dos municípios localizados na regional metropolitana. Os cursos e capacitações promovidos pela ETSUS-SE, para os demais municípios do Estado, são realizados de forma descentralizada, ou seja, as aulas acontecem no próprio município, onde os trabalhadores atuam, ou nas regionais de saúde. Nesse formato de curso, a equipe docente vai ao encontro dos alunos, em suas respectivas turmas. É um modelo que visa facilitar a formação em serviço para esses trabalhadores de nível fundamental e médio, diante da dificuldade de realizar o deslocamento desses alunos para a sede da ETSUS, na capital.

²⁹ A ETSUS em Sergipe está localizada na Avenida Carlos Burlamarqui, nº 514 – Centro, CEP: 49015-660, em Aracaju/SE. Foi criada pelo Decreto Estadual Nº 22.440 de 25 de novembro de 2003, regulamentada pela Lei Estadual Nº 5.215 de 12 de dezembro de 2003, e constitui-se órgão formador da Educação Profissional em Saúde no Estado de Sergipe, estando inserida desde 2008 na estrutura organizacional da Fundação Estadual de Saúde - FUNESA, instituição criada por meio da Lei Nº 6.348/ 2008.

Para viabilização dos cursos descentralizados, existiu uma pactuação prévia entre a Escola e as Secretarias Municipais de Saúde. A partir da Portaria Nº 1.996/2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e da Portaria Nº 399/2006, a qual aprovou as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, criam-se novos espaços de articulação entre Estados e Municípios para várias frentes de trabalho, inclusive para a formação.

Os pactos são realizados na Comissão de Integração Ensino e Serviço – CIES, com representantes das regionais de saúde, da Secretaria Estadual de Saúde, da ETSUS-SE, do CEPS - Aracaju e da Universidade Federal de Sergipe. Esse projeto é enviado aos Colegiados Interfederativos Regionais – CIR³⁰, com representante de todos os municípios, de cada regional de saúde; e ainda ao Colegiado Interfederativo Estadual – CIE³¹, com representante de: Regional de Saúde, Conselho de Secretários Municipais – COSEMS e Estado.

Nessas negociações, as Secretarias Municipais de Saúde indicam instituições com espaços viáveis à realização dos cursos. Esses locais são negociados em forma de empréstimo ou parceria, havendo contrapartidas bilaterais e considerando que existe um prazo para conclusão dos cursos.

Os possíveis espaços para execução do curso, indicados pelo gestor municipal, são visitados e avaliados por técnicos da ETSUS, quanto às condições mínimas para realização do curso. De acordo com o “Roteiro de visita aos municípios para verificação de espaço físico destinado à sala de aula”, da ETSUS/SE, em anexo nº 03, são observados os seguintes itens: localização, ventilação, iluminação, acústica, instalações sanitárias, bebedouros (SERGIPE, 2009a).

Além desses itens, também é avaliada a disponibilidade de equipamentos, tais como: carteira escolar e seu estado de conservação, quadro, televisor, projetor de *slides*, aparelho de DVD e computador. A garantia de alguns itens indicados no referido roteiro, para avaliação do espaço, parece ser de fundamental importância, considerando, principalmente, a metodologia adotada pela ETSUS.

³⁰ O CIR é a nomenclatura utilizada no Estado de Sergipe e corresponde aos Colegiados de Gestão Regional, previsto no Pacto pela saúde de 2006.

³¹ O CIE é a nomenclatura utilizada no Estado de Sergipe e equivale à Comissão Intergestor Bipartite - CIB.

Segundo Projeto Político Pedagógico, o processo ensino e aprendizagem da ETSUS-SE é norteado pela metodologia da problematização, partindo da observação da realidade para organização e desenvolvimento de seus processos pedagógicos (SERGIPE, 2010).

Quanto ao modelo de currículo:

A ETSUS/SE adota o currículo integrado, associando teoria e prática no processo formativo, com o objetivo de possibilitar a interação entre serviço e comunidade, articulando competências e habilidades relacionadas ao curso. Os currículos são apresentados nos planos de curso e compreendem a estrutura, os critérios de organização, o regime escolar, as competências, as habilidades, bases tecnológicas, a metodologia e as atividades didático-pedagógicas a serem desenvolvidas no processo formativo, de acordo com a proposta pedagógica e a legislação vigente. O desenho dos currículos dos programas educacionais e cursos da ETSUS/SE são alicerçados em diagnósticos das necessidades dos profissionais a serem capacitados e dos serviços (SERGIPE, 2010, p.14-15).

O currículo dos cursos ofertados pela ETSUS, em Sergipe, assim como as demais ETSUS em todo país, é organizado de forma modular, que compreende cada etapa formativa, com terminalidade parcial, integrada e articulada aos diversos campos de saberes, conforme descrito no PPP da ETSUS:

Módulo I - É básico para todos os cursos e proporciona a aquisição de conhecimentos gerais na área de saúde, necessários aos módulos subsequentes com terminalidade e certificação; Módulo II - Proporciona conhecimentos complementares e específicos do curso, inclusive Estágio Supervisionado com terminalidade e certificação; Módulo III - Proporciona conhecimentos específicos do curso e Estágio Supervisionado com conclusão e certificação (ETSUS, 2010, p.14-5).

Cada módulo é organizado em momentos de concentração, ocorrendo em sala de aula, quando os conteúdos teóricos são abordados, e em momentos de dispersão, que consistem em atividades práticas, no cotidiano do trabalho do ACS, na sua atuação na unidade básica de saúde ou junto à comunidade. Para tanto, existem docentes que desenvolvem atividades tanto nos momentos de concentração quanto na dispersão, realizando o acompanhamento nas atividades práticas junto aos alunos.

O corpo docente, para atuar nos cursos da ETSUS-SE, é contratado em caráter temporário, mediante um processo seletivo simplificado (análise de currículos), tendo em vista que essa escola não possui um quadro docente permanente. Essa é mais uma característica peculiar às ETSUSs, pois os cursos são realizados a partir de financiamentos por

projetos de curso e, portanto, estão atrelados a um elenco de prioridades que pode ser alterado, a partir da Política de Saúde e das necessidades de saúde da população brasileira.

O corpo docente pode ser, ou não, constituído por profissionais do município, onde será desenvolvido o curso, desde que sejam aprovados em processo seletivo realizado pela escola. Quando os profissionais não são do município, onde deverão desenvolver as atividades na função docente, os mesmos deslocam-se ao encontro dos alunos.

Em 2009, a Secretaria Estadual de Saúde definiu que a ETSUS-SE seria inserida na estrutura organizacional da Fundação Estadual de Saúde – FUNESA, uma das três fundações públicas de direito privado, que foi criada com objetivo de viabilizar e garantir maior agilidade nos processos administrativos e jurídicos no setor da saúde.

Atualmente, a ETSUS é mantida pela FUNESA, entidade integrante da Administração Pública Indireta, do Poder Executivo do Estado de Sergipe, criada pela Lei Estadual Nº. 6.348, de 02 de janeiro de 2008. A FUNESA é dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, quadro próprio e prazo de duração indeterminado. (SERGIPE, 2011).

A inserção da ETSUS na estrutura organizacional da FUNESA³² parece ter contribuído positivamente para o desenvolvimento dos processos pedagógicos da escola, visto que hoje a ETSUS-SE conta com uma equipe pedagógica concursada pela FUNESA, composta por funcionários administrativos, analistas educacionais, especialistas em políticas de saúde e especialistas educacionais. Os dois últimos com títulos de mestre, favorecendo a conformação de uma equipe pedagógica fixa, que não deve oscilar em caso de mudanças de gestão.

³² As informações acima falam da minha vivência, enquanto gestora, no cotidiano da ETSUS-SE/ FUNESA.

2.3 A Formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Estado de Sergipe

No Estado de Sergipe, encontram-se 3.895³³ ACS, atuando nos 75 municípios. Existem três tipos de trabalhadores ACS. Um primeiro grupo, efetivado de acordo com as determinações estabelecidas na Lei Nº 11.350/2006; um segundo grupo, aprovado em concurso público; e um terceiro grupo, que ainda se encontra com vínculos precários de trabalho, a exemplo da terceirização.

O plano do Curso Técnico em ACS, em Sergipe, foi aprovado pelo Parecer Técnico Nº 152 do Ministério da Saúde, em 16 de março de 2006. Entretanto, baseado nas diretrizes da Portaria Nº 2.474, de 12 de novembro de 2004, para o financiamento da formação profissional dos ACS, a Comissão Intergestores Bipartite – CIB³⁴ aprova, somente, o recurso referente à formação inicial em ACS, por meio da Resolução Nº 35/05.

Em Sergipe, o plano original de formação técnica para os ACS foi aprovado pelo parecer Nº 03/ 2005, do Conselho Estadual de Educação, em 17 de fevereiro de 2005, sendo organizado em três módulos, conformando itinerários formativos: Módulo I: Formação inicial em ACS; Módulo II: Formação em Agente Comunitário de Saúde, e Módulo III: Habilitação Técnica em Agente Comunitário de Saúde. Os requisitos de acesso aos módulos seguiam as diretrizes do “Referencial Curricular para o curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” (BRASIL, 2004).

A fim de alcançar o objetivo de qualificar todos os ACS, dos 74 municípios, no Módulo I, a ETSUS-SE definiu metas no plano de curso para formação desses trabalhadores. Essas metas foram organizadas, na primeira versão do Plano de curso, em dois blocos de alunos. O primeiro bloco, previsto para acontecer em 2006, com a formação de 1.160 ACS, e o segundo bloco seria realizado no ano seguinte, com a formação de 1.455 ACS. Assim, seria possível ofertar a formação a todos os 2.615³⁵ ACS, que se encontravam atuando no Estado de Sergipe, em 2005.

³³ Informações levantadas a partir do relatório do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde, referente ao mês de dezembro de 2010.

³⁴ A CIB foi substituída pelo Colegiado Interfederativo Estadual - CIE, por meio da Lei Nº 6.345 de 02 de janeiro de 2008, a qual dispõe sobre organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde no Estado de Sergipe - SUS/SE.

³⁵ Esse quantitativo de ACS no Estado de Sergipe refere-se ao ano 2005, quando o Plano de Curso da Formação dos ACS foi aprovado pelo Conselho Estadual de Educação.

Tabela Nº 01 – Detalhamento das Etapas do Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde

Especificação	Turmas	Nº ACS	Carga Horária
1º Bloco – 2006	29	1.160	400
2º Bloco – 2007	35	1455	400
TOTAL	64	2.615	-

Fonte: Plano de Curso TACS, ETSUS (2004).

Apesar de ter sido planejada a formação de 1.160 ACS, no ano 2006, apenas 727 alunos concluíram o Módulo I nesse ano. Os demais, que iniciaram o Curso em 2006, só vieram a concluir quatro anos depois de seu início. Segundo relatório enviado pela ETSUS, em 2007, para o Ministério da Saúde, o Curso precisou ser suspenso temporariamente, pois nesse ano, uma nova gestão assumia os trabalhos e a equipe precisava se apropriar dos processos administrativos, financeiros e pedagógicos. Esse foi um período em que os contratos de alguns docentes estavam expirando e outros precisando ser revistos. Enfim, a ETSUS necessitou de um prazo para se reestruturar.

O fato é que o Curso, iniciado em 2006, só foi retomado para aquelas turmas que não haviam concluído essa qualificação, em 2010. Além disso, novas turmas foram iniciadas no ano 2010, conformando assim, a segunda etapa descrita no plano de curso, porém com alterações no quantitativo de alunos.

Em 2010, quatro anos depois, é possível notar um aumento de 58,53% no número de alunos matriculados e concludentes. Esse acréscimo no número de ACS, no período compreendido entre 2006 a 2010, deve-se ao fato da criação de novas equipes de saúde da família, nos diversos municípios do Estado de Sergipe. Consequentemente, novos ACS foram contratados e matriculados no Curso. A tabela a seguir resume o processo, ora explicado:

Tabela Nº 02 - Resumo das etapas/ metas do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde nos 74 municípios em Sergipe

Turmas	Início	Término	Nº de alunos previsto	Nº de alunos matriculados	Nº de alunos em andamento da turma de 2006	Nº de Alunos Concludentes
1ª Etapa – I Módulo	2006	2007	1.160	1.160	—	727
2ª Etapa – I Módulo	2010	2010	1.455	1.939	279	1.600 ³⁶

Fonte: ETSUS, 2009.

A seguir, serão detalhados os elementos norteadores que embasaram a organização curricular da formação do ACS.

2.4 - Diretrizes para a Formação do Agente Comunitário de Saúde

O Curso de Formação em ACS foi elaborado, tomando como pressuposto básico a matriz de competências definidas no perfil de competências dos profissionais do Agente Comunitário de Saúde, cuja elaboração contou com a participação de técnicos da SGTES (DEGES e DEGERTS), da Atenção Básica do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, da Escola Politécnica Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz.

Tais competências serviram como eixos norteadores para a construção do currículo integrado. Entenda-se currículo integrado como um documento que expressa opções políticas, ideológicas e sociais; que articula momentos de concentração e dispersão, de forma concomitante, nos três módulos.

O Curso tem como objetivo desenvolver competências necessárias para atuar como ACS, integrando as equipes de saúde. Assim como, ampliar a articulação entre seus diversos campos de atuação, de forma a: propiciar o bem estar da comunidade e dos cidadãos; oferecer condições ao aluno para desenvolver a prática profissional, articulando os saberes científicos, tecnológicos e culturais; articular as atividades de formação entre escola, serviço e a

³⁶ Essa é uma informação da secretaria escolar da ETSUS-SE, em 03 de novembro de 2011.

comunidade; formar ACS para atuar em ações básicas de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado à saúde e atenção ao cidadão, considerando os anseios da comunidade, tanto no âmbito domiciliar quanto na coletividade; contribuir para a formação de profissionais técnicos, capazes de realizar trabalhos na área da saúde, de forma articulada e em conformidade com os princípios norteadores do SUS. (SERGIPE, 2004).

Especificamente, na 2ª etapa do Curso de Formação em ACS, os docentes que acompanharam os alunos nas atividades de dispersão foram identificados como tutores. Esses tutores, assim como os docentes responsáveis pelos momentos de concentração, foram selecionados, contratados e capacitados por meio da ETSUS-SE. Por conseguinte, a capacitação pedagógica, com 40 horas, teve como objetivo ofertar aos docentes e tutores saberes e tecnologias para o desenvolvimento de suas atividades; alinhar os aspectos pedagógicos, metodológicos e conceituais, possibilitando a construção da autonomia desses atores; contribuir para o entendimento da proposta do curso; construir e validar a proposta de atividades para o curso (SERGIPE, 2004).

O Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde perfaz uma carga horária de 400 horas, sendo 250 horas teóricas (momento de concentração) e 150 horas práticas (momento de dispersão)³⁷. Por ser um módulo introdutório, em alguns municípios foram organizadas turmas mistas, tendo em vista que se tratava de conteúdos básicos para a Formação do Agente Comunitário de Saúde e o Técnico em Saúde Bucal, conforme demonstra o quadro a seguir:

³⁷ Essa distribuição de carga horária refere-se a segunda versão do plano de curso do Técnico em Agente Comunitário de Saúde. Na primeira versão, executada em 2006, as 400 horas foram distribuídas em 200 horas de concentração e 200 horas de dispersão.

Tabela Nº 03 - Organização Curricular do Módulo I do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde

MÓDULO	ÁREA DE CONHECIMENTO	CARGA HORÁRIA
Módulo I ou Básico 400 horas	Ética nas relações interpessoais e no trabalho.	30
	Educação para o autocuidado	30
	Noções de Bioética	20
	Políticas Públicas de saúde no Brasil/ Sistema Único de Saúde – com ênfase na atenção básica	30
	Noções de cidadania	30
	Noções de Nutrição	20
	Informática Básica	20
	Educação Ambiental	30
	Noções de Biossegurança	20
	Segurança do trabalho e Higiene	20
	Língua portuguesa	30
	Atendimento ao público	30
	Planejamento e organização para trabalho	30
	Indicadores de saúde – dados demográficos riscos sanitários e riscos ambientais.	30

Fonte: Plano de curso TACS (ETSUS, 2004).

Algumas turmas tiveram apenas um docente, e outras, dois docentes, a depender do quantitativo de alunos por turma. Esses arranjos foram necessários devido a algumas peculiaridades dos cursos oferecidos pelas ETSUSs, em todo país. Primeiro, por se tratar de um curso no formato descentralizado, com a escola sede na capital e as aulas acontecendo no município onde o trabalhador atua; segundo, porque no mesmo período foi ofertado o Módulo I para os Auxiliares em Saúde Bucal - ASB, matriculados no Curso Técnico em Saúde Bucal - TSB.

Tendo em vista que o Módulo I, na ETSUS, em 2010, era um módulo comum a todas as formações técnicas, e que o número de ASB por municípios era muito pequeno, comparado ao número de ACS, a gestão da escola decidiu organizar dois tipos de turmas: uma somente com ACS; e a outra, turmas mistas, incluindo ACS e ASB.

Os alunos trabalhadores foram liberados do seu horário de trabalho, no turno da tarde, para a qualificação básica durante os sete meses de duração do Módulo I. O turno para realização do Curso foi acordado com os gestores, em reunião com a ETSUS. Isso porque, esse seria o horário mais viável, pois, o turno da manhã é o momento em que ocorre a maior

parte das visitas domiciliares, uma das atividades de rotina realizadas por esse profissional; enquanto que no turno da noite, os ACS dos povoados teriam mais dificuldades para se deslocarem.

O currículo do Curso apoiou-se no princípio da integração ensino e serviço. Sendo, dessa forma, materializado em dois momentos: de concentração, o qual acontecia em sala de aula, com abordagens teóricas; e o de dispersão, que ocorreria na prática nos serviços de saúde, mais especificamente, no campo de atuação do ACS.

A dispersão era o momento em que o aluno trabalhador estaria aplicando os conceitos, previamente elaborados nos momento de concentração. Esse momento se diferencia do estágio, na medida em que o exercício prático não ocorre somente ao final dos módulos ou das etapas, mas ele se dá concomitante ao desenvolvimento dos elementos teóricos, sempre intercalando teoria e prática a cada conteúdo trabalhado.

O momento de dispersão era acompanhado por um tutor, que orientava uma média de 10 alunos e, assim como os docentes, tinham que organizar planos de aula, preencher diários, participar de reuniões pedagógicas na ETSUS e realizar a avaliação processual.

O Curso contava, ainda, com uma equipe de responsáveis técnicos (RT), que acompanhavam o desenvolvimento do mesmo, *in loco*, realizando visitas semanais. Cada RT ficou responsável por um grupo de municípios. Esse ator representava a ETSUS-SE nos municípios e tinha como atribuição apoiar os docentes e alunos nos aspectos pedagógicos, administrativos, sendo resolutivo em suas ações, a fim de aproximar a ETSUS (sede) com as turmas descentralizadas. Afinal, esse corpo docente e discente configurava a comunidade escolar.

Essas são as bases estruturantes para tratarmos da formação dos ACS, especificamente no município de Itabaiana/SE, a fim de compreender esse processo formativo. Para tanto, questiona-se: quais os motivos que levaram os ACS de Itabaiana/ SE a participar do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde? Em quais aspectos o Curso pode ter contribuído, ou não, para a atuação profissional do ACS de Itabaiana-SE, a partir de sua própria ótica?

2.5 O Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde no município de Itabaiana-SE

A organização do sistema de saúde em Itabaiana está baseada em uma política de saúde estadual, planejada com base no Plano Diretor de Regionalização (PDR), que é um dos documentos utilizado para o Planejamento Sanitário. Nele, estão apresentadas as regionais³⁸ de saúde do Estado e seus respectivos municípios de abrangência, com o dado da população estimada por município e região de saúde (SERGIPE, 2011).

Tabela Nº 04 - Municípios Polos das Regionais em Saúde do Estado de Sergipe

REGIONAIS	POPULAÇÃO
Aracaju (08 municípios)	683.280
Propriá (16 municípios)	146.026
Lagarto (06 municípios)	232.058
Itabaiana (14 municípios)	222.227
Estância (10 municípios)	222.736
Nossa Senhora da Glória (09 municípios)	147.555

Fonte: Sergipe (2011).

A partir da definição das regionais é construído o mapa sanitário, que será utilizado como instrumento para definir a localização dos serviços de saúde. A implantação desses equipamentos sociais obedece ao grau de complexidade, garantindo que os serviços sejam acessíveis a toda população. (SERGIPE, 2011).

O papel do Estado, representado pela Secretaria Estadual de Saúde, dentro da organização do sistema de saúde, é complementar aos municípios, nas funções que o município não puder desenvolver. Como exemplo:

Realizar contratações e compras em grande quantidade, baixando o custo dos produtos e disponibilizando-os para os municípios. Capacidade de normatividade, elaborando protocolos, portarias e outras normas que possam dar sustentação às ações em todo o território estadual. Ou assumindo a gestão de serviços de alto custo que ainda não podem ser mantidos pelos

³⁸ Os municípios que compõem a regional de Itabaiana são: Areia Branca, Campo do Brito, Carira, Frei Paulo, Macambira, Malhador, Moita Bonita, Pedra Mole, Pinhão, Ribeirópolis, São Domingos, Nossa Senhora Aparecida, São Miguel do Aleixo e o próprio município de Itabaiana. O detalhamento dos municípios que compõe as demais regionais encontra-se no anexo nº 01.

municípios, por exemplo, a gestão e o financiamento de Hospitais Regionais. (SERGIPE, 2011, p.45-46).

Em 2007, o governo do Estado implantou a reforma sanitária do Estado de Sergipe, cujo objetivo foi:

produzir mecanismos de reorganização do Sistema de Saúde e desenvolvimento do processo de democratização. Nesse contexto, foi redefinido o papel do Estado na gestão da saúde, como produtor de serviço complementar aos municípios, indutor de políticas e coordenador de sistema estadual, assentado sobre os princípios da Universalidade, Descentralização, Integralidade e Participação, pautadas nas necessidades de saúde de cada indivíduo e da coletividade em cada momento da vida e como um processo histórico e social. Além disso, foram definidos os papéis de cada ente federado na gestão do SUS. (SERGIPE, 2010, p.10).

Para concretização da reforma sanitária, foi organizada a reforma gerencial da saúde do Estado, a qual criou e aprovou um arcabouço jurídico em consonância com os princípios do SUS, garantidos pela Lei Nº 8.080/ 1990.

Esse projeto sanitário foi organizado em cinco redes, que se complementam em níveis de atenção à saúde nas regionais, municípios e Estados. São elas: atenção à saúde da família; atenção ambulatorial especializada; atenção hospitalar; atenção à urgência e emergência e atenção psicossocial. Essa divisão foi feita considerando o objeto e/ou a organização produtiva dos municípios, o que permite planejar a quantidade de estabelecimentos por tipo, para garantir nos territórios a quantidade e a diversidade de tecnologias diagnósticas e terapêuticas, necessárias ao atendimento universal e integral das necessidades de saúde da população (SERGIPE, 2011).

No município de Itabaiana/SE, dos 183³⁹ ACS que atuam na Estratégia Saúde da Família (no PACS ou PSF), 100% (cem por cento) desses profissionais foram matriculados no Curso. Desse total de alunos, 165 participaram e concluíram o Módulo I, com aproveitamento equivalente a 90,16% dos alunos matriculados.

O Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde, no município de Itabaiana-SE, teve início no dia 07 de junho de 2010 e foi concluído em 14 de dezembro do mesmo ano. Fora realizado no turno vespertino, quando os ACS eram liberados do seu horário de trabalho para se dedicar à formação. As aulas teóricas, referentes ao momento de

³⁹ Informação do relatório do Departamento de Atenção Básica – DAB do Ministério da Saúde, competência – dezembro de 2010.

concentração, foram realizadas nas instalações da “Escola Estadual Murilo Braga”⁴⁰. Essa escola faz parte da Diretoria Regional Estadual de Educação 03, de acordo com a organização das Regionais da Secretaria Estadual de Educação.

Nesse espaço, foram cedidas algumas salas à ETSUS, para o desenvolvimento do Curso, no período de sete meses. O espaço pactuado entre a ETSUS-SE e a Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana parece não ter sido satisfatório aos alunos. Embora, a “Escola Estadual Murilo Braga” estivesse localizada no município de Itabaiana, os ACS, que lá residiam e aqueles que atuavam em povoados da região, tiveram dificuldades para se deslocar até a cidade durante as semanas do curso.

Segundo relatos dos ACS, a referida escola não se encontrava em condições favoráveis para abrigar as turmas. As salas eram muito quentes, as instalações sanitárias eram péssimas, faltava água para beber, além do barulho das turmas regulares do Ensino Médio ser muito intenso, principalmente no horário dos intervalos, o qual não coincidia com o intervalo do Curso de Formação para os ACS.

Em Itabaiana-SE, os 183 alunos matriculados foram distribuídos em 5 turmas, sendo, 4 turmas compostas somente por aluno ACS e 1 turma composta por ACS e ASB.

Tabela Nº 05 - Distribuição de alunos, docentes e tutores por turma do município de Itabaiana-SE

TURMA	QUANTITATIVO DE ALUNOS	QUANTITATIVO DE DOCENTES	QUANTITATIVO DE TUTORES
A	37	02	03
B	34	02	02
C	32	01	02
D	33	01	03
E	47	02	03

Fonte: ETSUS (2010).

A partir do painel traçado nesse capítulo, procuramos apresentar, mesmo que em linhas gerais, o processo de constituição dos Agentes Comunitários de Saúde, desde a sua inserção no SUS até as conquistas alcançadas, tais como: reconhecimento enquanto uma categoria profissional e o direito à formação específica para realização de seu trabalho. Destacamos, também, nesse processo, a constituição da Escola Técnica do SUS, em Sergipe,

⁴⁰ A Escola Estadual Murilo Braga encontra-se localizada na Rua Quintino Bocaiuva, Nº 659, Itabaiana-SE.

e as diretrizes para pactuação e desenvolvimento do Curso de Formação em ACS nesse Estado.

No que tange à formação dos ACS, o presente texto apresentou as bases políticas e pedagógicas e a operacionalização desse curso em Itabaiana-SE, considerando a política de saúde desse município e do Estado de Sergipe.

Os aspectos trabalhados neste capítulo constituem-se fundamentais para compreensão do objeto desta investigação, que adentra na questão da formação do ACS, buscando compreender as possíveis contribuições desse curso, a partir da percepção dos próprios ACS.

Dessa forma, no capítulo a seguir será apresentado o caminho metodológico percorrido nessa pesquisa, bem como os instrumentos de coleta de dados, o campo de investigação e o perfil dos sujeitos envolvidos neste trabalho.

CAPÍTULO 3

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para melhor enfrentar a questão central, realizamos uma pesquisa social, compreendida como um dos tipos de “investigação que tratam do ser humano em sociedade, de suas relações e instituições, de sua história e sua produção simbólica” (MINAYO, 2007, p. 47). Essa investigação voltou-se para as questões da interação social e elementos, como a linguagem, as práticas do processo formativo e os acontecimentos do mundo do trabalho, utilizando técnicas e instrumentos da pesquisa, trabalhando a interseção entre os recortes quantitativo e qualitativo.

A interseção justifica-se pela necessidade de captar aspectos subjetivos da realidade social, bem como trazer a contribuição do olhar quantitativo para elaborar um panorama geral da questão da formação dos ACS, em Sergipe e no município de Itabaiana. Dessa forma, os dados quantitativos foram utilizados, sobretudo, para constituir a caracterização dos sujeitos da pesquisa, enquanto os qualitativos constituíram-se em suporte central para a análise sobre o sentido, as percepções e a pertinência da formação para o processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, entendendo que:

a pesquisa qualitativa é uma atividade sistemática orientada à compreensão em profundidade de fenômenos educativos e sociais, à transformação de práticas e cenários socioeducativos, à tomada de decisões e também ao descobrimento e desenvolvimento de um corpo organizado de conhecimentos. (ESTEBAN, 2010, p.127).

A pesquisa qualitativa busca, portanto, a compreensão dos fenômenos sociais, pois considera o “sentido” e o “significado” para transformação da realidade humana, socialmente vivida.

Nessa perspectiva, busca-se compreender a experiência da formação enquanto processo dinâmico, na qual o sujeito envolvido desenvolve a ação e sofre seus reflexos simultaneamente. Ao considerar a realidade do ACS, procurou-se entender o processo histórico de lutas e formulação de políticas de qualificação, e as possíveis interseções desse processo com o cotidiano do trabalho dos ACS, a partir da ótica desses trabalhadores.

Na apreensão e compreensão da realidade é utilizada “o princípio do conflito e da tradição como algo permanente e que explica o inacabado, o imperfeito e a transformação” (MINAYO, 2007, p.111). Portanto, não basta compreender as contradições que permeiam o campo da formação dos ACS. É preciso, também, observar e questionar as possíveis indicações de transformação ou de manutenção de práticas no trabalho em saúde, buscando compreender a realidade em sua totalidade, ainda que estejamos apoiados nos depoimentos desses trabalhadores sem contar com a realização de uma observação direta sobre o cotidiano de trabalho desses sujeitos.

A presente pesquisa utilizou como base o material bibliográfico, direcionado para educação profissional em saúde e a formação dos Agentes Comunitários de Saúde, no Brasil e em Sergipe, conforme apresentado nos capítulos anteriores. No plano empírico, a pesquisa esteve voltada para o campo, visando à coleta de dados, por meio da realização de grupos focais com os ACS, contemplados com o Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde, atuantes nas unidades básicas de saúde no município de Itabaiana-SE. A utilização desses procedimentos prioriza realizar uma análise sobre as contribuições do Curso para a atuação dos ACS no cotidiano do trabalho em saúde.

O universo da pesquisa é composto por 28 Agentes Comunitários de Saúde, vinculados ao Programa de Saúde da Família - PSF ou, ao Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS do município de Itabaiana, no Estado de Sergipe.

3.1 Instrumentos e técnicas de pesquisa

Na perspectiva do levantamento de dados empíricos, a princípio, escolheu-se realizar entrevista como técnica para a coleta de dados. Para tanto, foram realizadas três entrevistas para testagem do roteiro, com os Agentes Comunitários de Saúde de um município do Estado de Sergipe.

Durante a realização das entrevistas ficou claro que os ACS limitavam-se a responder, apenas, às perguntas formuladas pelo entrevistador de forma lacônica. Mesmo sem conhecer o entrevistador e depois de termos apresentado o objetivo da investigação, eles pareciam temer que eu fosse alguém enviado pela Secretaria para verificar a presença e o

aproveitamento no Curso. Essa sensação difusa de estarem sendo vigiados pelo órgão empregador acabou por limitar as possibilidades de produção de dados mediante esse recurso, levando-nos a rever, não apenas o próprio roteiro, como também a substituição das entrevistas por uma outra estratégia capaz de permitir a obtenção das informações desejadas.

Outra questão a ser destacada, que reforçou a necessidade de mudança da técnica de investigação, refere-se à posição dos diretores nas unidades básicas de saúde e os enfermeiros. Os quais autorizaram a realização das entrevistas com todo o grupo de ACS, agendando e solicitando a todos eles que concedessem a entrevista. Essa foi a estratégia encontrada por esses gestores para evitar que, entrevistando-se parte do grupo, houvesse o constrangimento de algum dos ACS sentirem-se, eventualmente, excluído da pesquisa.

Desse modo, o grupo focal foi escolhido enquanto uma técnica que pretendia aproximar e aprofundar o tema da formação dos ACS, a partir do olhar desses trabalhadores. Cujo objetivo foi compreender as diversas interpretações e os sentidos atribuídos ao Curso de Formação em ACS, tomando como referência o processo de trabalho desses profissionais.

A escolha do grupo focal para substituir a entrevista serviu para refletir sobre os eixos que norteariam a análise dos dados, a partir das interpretações apresentadas pelos ACS. Para tanto, organizou-se o roteiro utilizado no grupo focal, sob os seguintes eixos: o trabalho do Agente Comunitário de Saúde; a participação dos ACS no Módulo I do Curso de Formação; as percepções dos ACS sobre o Curso de Formação em ACS para o processo de trabalho desses profissionais.

Para Bernadete Gatti (2005), a técnica grupo focal permite ao pesquisador obter muitas informações em um curto período, a partir da reunião de um pequeno grupo de pessoas (entre 8 e 12 participantes), que apresentem, ou não, as mesmas características, considerando os critérios associados à pesquisa, no intuito de suscitar várias opiniões simultaneamente. Os sujeitos quando reunidos em grupo focal passam a expressar seus conceitos, emoções, crenças, valores e atitudes. Eles trocam experiências e permitem ao pesquisador captar significados e representações pelo próprio contexto criado pela interação entre eles.

A utilização da técnica do grupo focal, diferentemente da entrevista realizada na testagem do roteiro, foi muito positiva. Propiciou uma atmosfera de confiança entre os ACS que, reunidos com seus pares, colegas de trabalho, rememoraram acontecimentos no coletivo

da equipe. E, sobretudo, fizeram emergir polêmicas e oposições na discussão sobre os aspectos que permeiam o campo da formação que lhes foi ofertada, e a contribuição, ou não, dessa qualificação para o trabalho em saúde.

Cada grupo focal reuniu em média 06 ACS, com duração aproximada de 60 minutos. Foram realizados 06 grupos focais, envolvendo um total de 28 ACS, sendo 15 que atuavam na zona urbana e 13 na zona rural. A opção por fazer a escuta dos ACS do campo e da cidade deve-se ao fato de possibilitar uma compreensão mais ampla sobre as múltiplas visões desses trabalhadores.

As discussões foram registradas por meio de gravações, filmagem e áudio, em 05 Unidades Básicas de Saúde - UBS, estando 03 localizadas na zona urbana e 02 na zona rural, conforme demonstra a tabela a seguir:

Tabela Nº 06 – Identificação das Unidades Básicas de Saúde onde os grupos focais foram realizados

Unidade básica de saúde	Localização	Data de realização do grupo focal	Nº de grupos focais realizados	Nº de alunos participantes	Turma do curso
PSF Lauro Maia	Cidade	02-03-11	01	04	B
PSF Mutirão	Cidade	03-03-11	01	04	A
PSF/PACS Souto Diniz	Cidade	11-03-11	01	07	D
PSF Queimadas	Povoado	14-03-11	02	06	E
PSF Matapoã	Povoado	17-03-11	01	07	D

Fonte: Dados coletados pela autora, 2010.

3.2 Apresentação do campo empírico

Como campo de investigação, selecionamos o município de Itabaiana-SE, a partir da articulação entre diferentes critérios. Essa cidade está localizada na região central, no agreste do Estado de Sergipe, ocupa uma área de 364 Km² e é a quarta cidade de Sergipe em

importância, após Aracaju (capital), São Cristóvão e Nossa Senhora do Socorro, ambas pertencentes à Grande Aracaju.

A população estimada de Itabaiana-SE⁴¹ é de 86.981 habitantes, de acordo com o Censo 2010. Esse município é dono de um importante comércio do interior do Estado de Sergipe, principalmente, por ser considerada a capital do caminhão, tendo o maior percentual de caminhão por pessoa do país. Na cidade, existem 286 indústrias em funcionamento, só no setor de fabricação de carrocerias são 10 empresas que recebem pedidos de todos os Estados brasileiros.

O município de Itabaiana-SE possui um centro distribuidor de produtos agrícolas, que funciona no mercado hortifrutigranjeiro, criado em 1991, e exerce uma grande atuação na microrregião. Seu comércio é seguramente o maior do interior do Estado, com destaque para o comércio do ouro, vendido em grande escala. Por força da presença do metal nobre, Itabaiana-SE é considerada a “terra do ouro”, embora sem haver minas ou ação de garimpo.

Além disso, essa cidade é um grande centro de comercialização de produtos alimentícios, têxteis, materiais de construção etc, para os municípios vizinhos e para as populações dos povoados do interior do Estado. O município ostenta tal condição há mais de meio século, quando foi eleito o Celeiro de Sergipe, por ser, na época, o município que mais se destacava na produção de alimentos e no abastecimento à capital. Por essas características, tornou-se sede de uma das regiões de saúde.

De acordo com o relatório do histórico de cobertura das equipes de saúde da família, do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde – DAB/MS (dez./2010, Anexo Nº 05), existem 569 equipes de saúde da família atuando em todo Estado de Sergipe, realizando uma cobertura de atenção à saúde da população estimada em 86, 21%, dispondo de 3.895 Agentes Comunitários de Saúde cadastrados.

Conforme demonstra o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/2010 (Anexo Nº 02), o município de Itabaiana abrange 25 unidades básicas de saúde (ou postos de saúde), sendo 17 dessas na zona rural e 08, na zona urbana. Nessas unidades estão distribuídas as 17 equipes de saúde da família, com cobertura de atenção à saúde da

⁴¹ As informações que seguem sobre o município de Itabaiana são oriundas de pesquisas e levantamentos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, e do site da Prefeitura municipal de Itabaiana <http://www.itabaiana.se.gov.br>

população, estimada em 67,75% e 182 Agentes Comunitários de Saúde, cadastrados no DAB/Ministério da Saúde.

Tabela Nº 07 - Número de Agentes Comunitários de Saúde da regional de Itabaiana matriculados no Módulo I do Curso de Formação em Agentes Comunitários de Saúde.

MUNICÍPIOS	Nº ACS	ALUNOS MATRICULADOS	ALUNOS QUE FREQUENTARAM O CURSO
Areia Branca	42	51	51
Campo do Brito	25	24	10
Carira	43	57	57
Frei Paulo	31	33	33
Itabaiana ⁴²	182	182	165
Macambira	15	18	18
Malhador	22	22	22
Moita Bonita	23	26	25
Pedra Mole	07	07	07
Pinhão	15	15	15
Ribeirópolis	37	12	10
São domingos	17	19	17
N. S. Aparecida	20	04	03
São M. do Aleixo	09	00	00

Fonte: DAB/Ministério da Saúde (dez. 2010, Anexo Nº 05) e ETSUS⁴³.

Na tabela acima, 91,73 % dos trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde, da região de Itabaiana, frequentaram o Curso. O município de Itabaiana foi o que apresentou o maior número de alunos assíduos, proporcionalmente ao número de ACS cadastrados no DAB. Por outro lado, observa-se na Tabela acima que alguns municípios apresentam o número maior de alunos matriculados em relação ao número de trabalhadores ACS existentes no município. Isso pode ter acontecido pela questão da matrícula de Agentes de Endemias⁴⁴ ter sido realizada por alguns gestores municipais no Curso de Formação do ACS.

Apesar de Aracaju ser o município que possui o maior número de ACS, a formação desses trabalhadores foi designada ao Centro de Educação Permanente da Saúde, órgão formador existente no âmbito do SUS, nesse mesmo município⁴⁵. O município de Nossa

⁴² Dos 165 alunos de Itabaiana, que participaram efetivamente do Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde, 100% foram aprovados.

⁴³ O número de ACS referente a cada município foi extraído do relatório do histórico de cobertura das equipes de saúde da família do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde – DAB/MS (dez. /2010, Anexo Nº 05). Já a informação referente ao número de alunos matriculados e o número de alunos que frequentaram o curso foi obtida por meio da Escola Técnica do SUS em Sergipe (janeiro/ 2011).

⁴⁴ O agente de endemias trabalha principalmente com o controle da dengue.

⁴⁵ O quadro demonstrativo de ACS matriculados/ em sala de aula da região de Aracaju encontra-se como Apêndice Nº 01.

Senhora do Socorro⁴⁶, embora tenha um número representativo de ACS, não realizou a matrícula de seus trabalhadores para o referido curso, no ano 2010.

Portanto, a escolha pela regional de Itabaiana, e especificamente por esse município, justifica-se por ter 91,73 % dos trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde frequentando o Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde, ofertado pela Escola Técnica do SUS em Sergipe. Esse é maior percentual proporcional ao número de ACS por regional. Nessa regional, o município de Itabaiana apresentou maior percentual de alunos frequentando o referido curso, com 90, 16% proporcional ao número de ACS.

3.3 Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado de Sergipe

Com o objetivo de conhecer o perfil social e econômico dos candidatos para discentes dos Cursos de Formação em Agente Comunitário de Saúde, a ETSUS/SE aplicou questionários (Anexo Nº 04) a esses trabalhadores, contratados pelos diversos municípios do Estado de Sergipe. Os questionários foram tabulados e analisados descritivamente, a partir de diversos parâmetros socioeconômicos que auxiliam na compreensão da realidade desses trabalhadores.

Esses dados apoiaram a equipe pedagógica da ETSUS-SE, principalmente, na elaboração do material didático e pedagógico: utilização da linguagem adequada ao nível de escolaridade dos alunos, apresentação das situações pedagógicas que se aproximassem da realidade desses trabalhadores.

A análise dos dados resultantes da pesquisa empreendida pela ETSUS/SE serviu, portanto, como um documento orientador para conhecer o perfil desses alunos, já que se tratava de uma formação para quase 2.000 alunos em todo Estado de Sergipe, no ano 2009. Para tanto, as equipes da ETSUS aplicaram os questionários nos próprios locais de trabalho dos ACS e também dos Auxiliares em Saúde Bucal, os quais também participaram da formação do Módulo I⁴⁷.

⁴⁶ O quadro demonstrativo de ACS matriculados/ em sala de aula da região de Nossa Senhora do Socorro encontra-se como Apêndice Nº 04.

⁴⁷ De acordo o Projeto Político Pedagógico da ETSUS, o Módulo I constitui-se como a formação básica para os cursos Técnicos em Agente Comunitário de Saúde, em Saúde Bucal e em Vigilância da Saúde (ETSUS, 2010).

Considerando que o ACS constitui-se como sujeito central desta pesquisa, selecionamos alguns dados, aqui apresentados na forma de gráficos, que compõem o perfil⁴⁸ geral desse trabalhador no Estado de Sergipe. Os gráficos, a seguir, foram selecionados a partir do documento elaborado pela Escola Técnica do SUS em Sergipe, após a aplicação de questionários, no ano 2009, intitulado: “Perfil social e econômico de trabalhadores candidatos a discentes dos cursos técnicos em saúde bucal e técnico em agente comunitário de saúde: uma análise gráfica⁴⁹” (SERGIPE, 2009b, p.5).

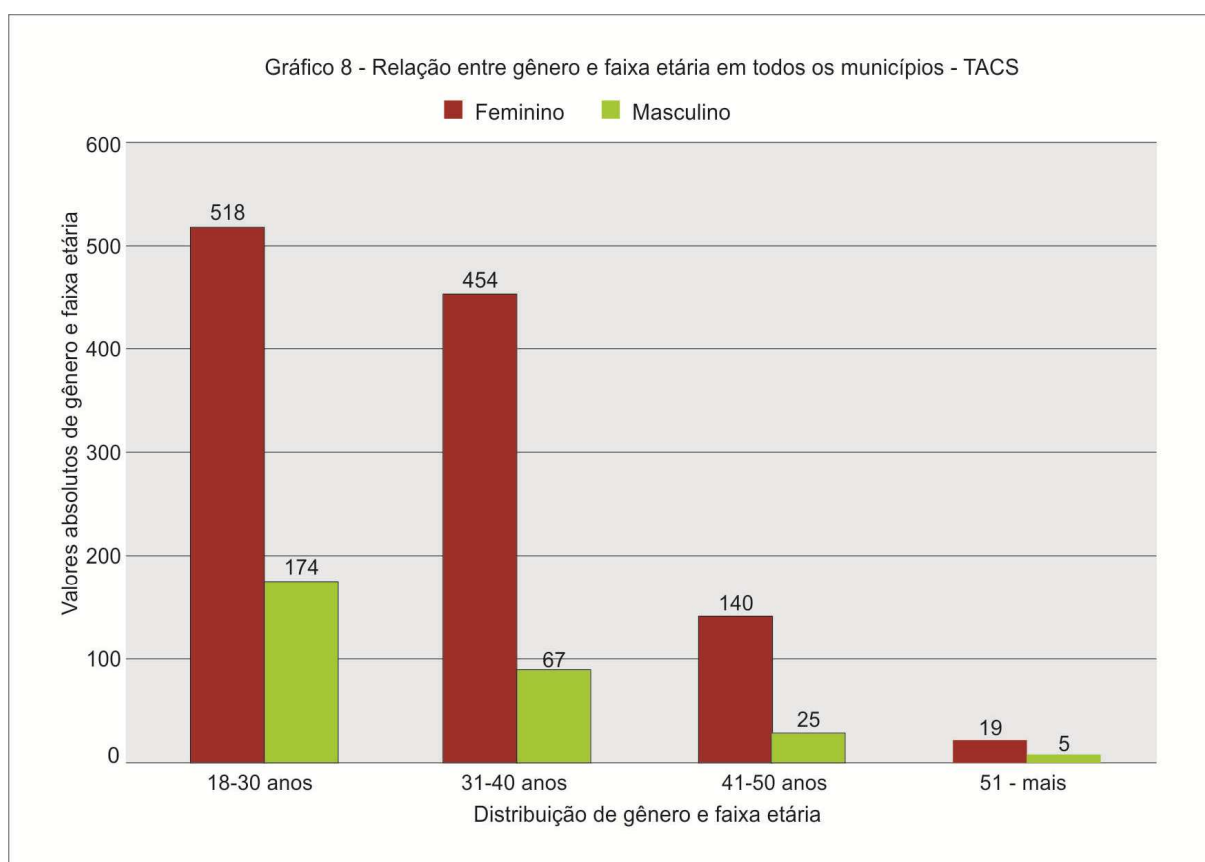


GRÁFICO Nº 01⁵⁰ - Relação entre gênero e faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde em todos os municípios do Estado de Sergipe para o Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde.

Fonte: ETSUS (2009).

⁴⁸ Ressalta-se que este termo está sendo utilizado na pesquisa como caracterização do sujeito em estudo sob os seguintes aspectos: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, tempo de serviço, vínculo empregatício.

⁴⁹ “Perfil social e econômico de trabalhadores candidatos a discentes dos cursos técnicos em saúde bucal e técnico em agente comunitário de saúde: uma análise gráfica” corresponde ao título do trabalho desenvolvido pela ETSUS em Sergipe. No entanto, essa pesquisa preocupou-se, sobretudo, com a caracterização do aluno contemplado com a formação em Agente Comunitário de Saúde.

⁵⁰ Os gráficos 1, 2 e 3 possuem dois títulos diferentes. O primeiro título corresponde ao termo utilizado no gráfico do documento da ETSUS, de onde foi extraído o referido material e o segundo título foi elaborado para este trabalho.

Observando o gráfico, é possível constatar que existe um predomínio de trabalhadores do sexo feminino (79,5%) na população pesquisada. Quando se analisa a faixa etária dentro do sexo feminino, é possível perceber que 45,8% situam-se na faixa entre 18-30 anos (ETSUS, 2009).

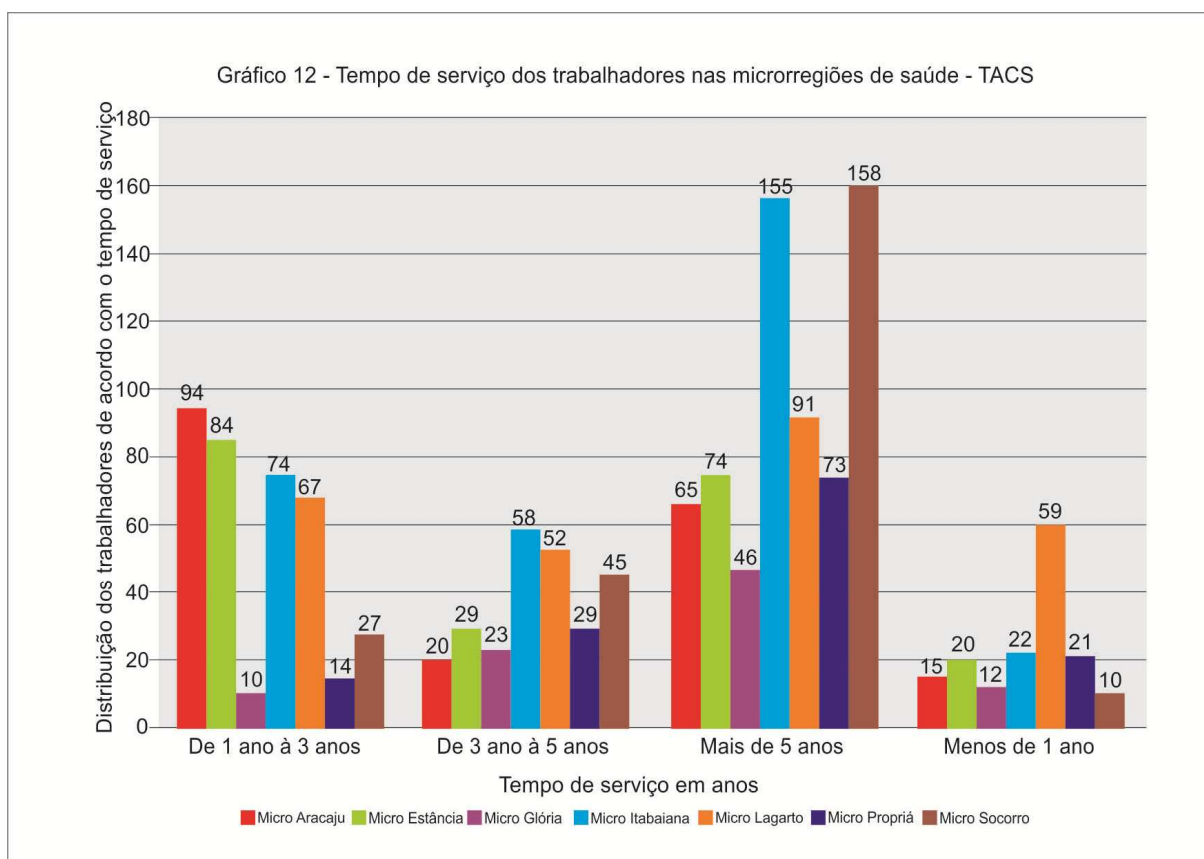


GRÁFICO Nº 02 - Tempo de serviço entre os trabalhadores candidatos a discentes do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (TACS) em todas as regiões de saúde do Estado de Sergipe.

Fonte: ETSUS (2009).

No gráfico acima é perceptível que a maioria dos trabalhadores (45,7%) possui vínculo de trabalho, com tempo de serviço superior a cinco anos. Ainda de acordo com o gráfico, as microrregiões de N. Sr.^a do Socorro e Itabaiana são as que apresentam trabalhadores com maior tempo de serviço.

Gráfico 16 - Estado civil dos trabalhadores em todas as microrregiões de saúde - TACS

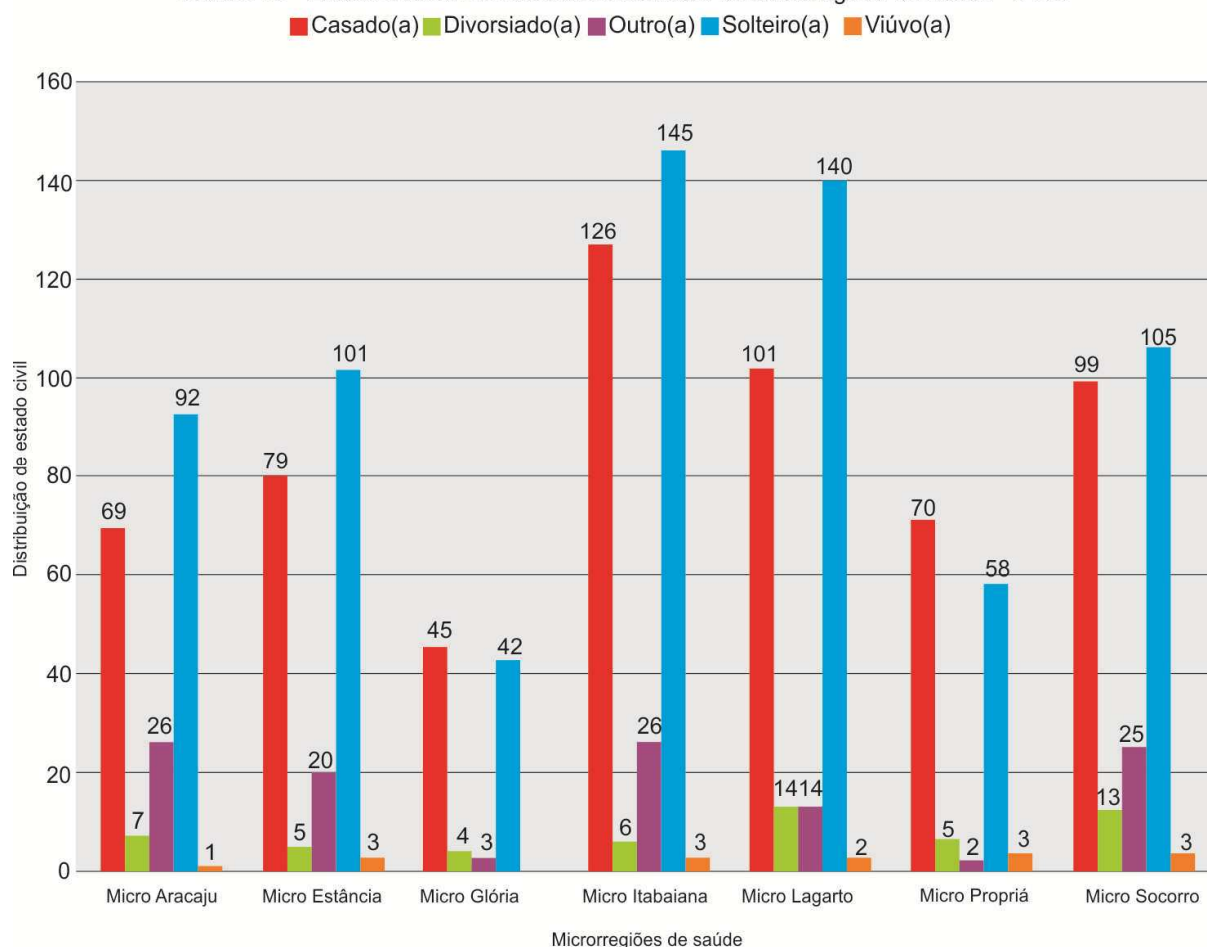


GRÁFICO Nº 03 - Situação civil dos trabalhadores candidatos a discentes do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde (TACS) em todas as microrregiões de saúde do Estado de Sergipe.

Fonte: ETSUS (2009).

Com base no gráfico, o estado civil solteiro(a) é predominante quando se considera todas as microrregiões (46,8%) (ETSUS, 2009). Assim, constata-se que, no Estado de Sergipe, o perfil dominante do ACS é: sexo feminino, solteiro, na faixa etária entre 18 e 30 anos, com mais de cinco anos exercendo a função de Agente Comunitário de Saúde. Destacando-se que a predominância, ao maior tempo de serviço, encontra-se nas microrregiões de Nossa Senhora do Socorro e Itabaiana.

3.4 Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Itabaiana-SE

Utilizando-se dos dados da pesquisa mencionada, realizada pela ETSUS, foi possível traçar o perfil dos ACS que atuam no município de Itabaiana-SE. Percebendo-se, portanto, a predominância do sexo feminino, vez que, caracterizam-se com a faixa etária entre 18 e 30 anos e estado civil solteira. O nível de escolaridade é o Ensino Médio completo, tendo vínculo empregatício público efetivo, com tempo de serviço superior a cinco anos.

Mais especificamente, interessa-nos analisar os ACS do município de Itabaiana-SE, que participaram do grupo focal. Para tanto, foram levantadas algumas informações, permitindo traçar o perfil desses trabalhadores, conforme os aspectos explicitados anteriormente.

3.5 Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde pesquisados do município de Itabaiana-SE

Tabela Nº 08 - Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde, por Unidade Básica de Saúde, pesquisados na zona urbana do município de Itabaiana-SE

Unidade Básica de Saúde	Aluno (a) ACS	Sexo	Nível de Escolaridade	Idade	Tempo de serviço	Estado civil	Vínculo empregatício
Lauro Maia	a	Feminino	Médio completo	49 anos	15 anos	Casada	Concursada
	b	Feminino	Médio completo	46 anos	3 anos e 6 meses	Solteira	Concursada
	c	Feminino	Médio completo	47 anos	Menos de 1 ano	Casada	Contratada sem seleção pública
	d	Feminino	Médio completo	30 anos	8 anos	Solteira	Concursada
	e	Feminino	Médio completo	34 anos	10 anos	Casada	Concursada
Multirão	f	Feminino	Médio incompleto	40 anos	13 anos	Disquitada	Concursada
	g	Feminino	Médio completo	32 anos	10 anos	Solteira	Concursada
	h	Feminino	Médio completo	49 anos	14 anos	Casada	Concursada
	i	Feminino	Médio completo	36 anos	3 anos e 6 meses	Solteira	Concursada
Souto Diniz	j	Feminino	Médio completo	36 anos	13 anos	Casada	Concursada
	k	Feminino	Médio completo	27 anos	3 anos e 6 meses	Casada	Concursada
	l	Feminino	Médio completo	28 anos	12 anos	Casada	Concursada
	m	Feminino	Médio completo	27 anos	6 anos e 7 meses	Solteira	Concursada
	n	Feminino	Médio completo	26 anos	3 anos e 6 meses	Casada	Concursada

Fonte: Dados coletados pela autora, 2010.

A tabela acima constata o perfil, anteriormente explicitado, destacando a presença exclusiva do sexo feminino entre os ACS na zona urbana de Itabaiana, com vínculo empregatício concursado efetivo, sendo apenas uma delas, não concursada⁵¹.

⁵¹ Dias após a realização do primeiro encontro do grupo focal, essa ACS foi afastada da atividade, por estar em desvio de função.

Tabela Nº 09 - Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde, por Unidade Básica de Saúde, pesquisados na zona rural do município de Itabaiana-SE

Unidade Básica de Saúde	Aluno (a) ACS	Sexo	Nível de Escolaridade	Idade	Tempo de serviço	Estado civil	Vínculo empregatício
Queimadas	P	Feminino	Superior Completo	26 anos	3 anos	Casada	Concursada
	Q	Feminino	Médio completo	34 anos	10 anos	Casada	Concursada
	R	Feminino	Médio completo	30 anos	6 anos	Casada	Concursada
	S	Feminino	Médio incompleto	40 anos	15 anos	Casada	Concursada
	T	Feminino	Superior Incompleto	26 anos	6 anos e 6 meses	Solteira	Concursada
	U	Masculino	Pós-graduação lato sensu	30 anos	8 anos	Casado	Concursado
	V	Feminino	Médio completo	30 anos	10 anos	Casada	Concursada
Matapoã	W	Feminino	Médio completo	32 anos	13 anos	Solteira	Concursada
	X	Feminino	Médio completo	28 anos	10 anos	Casada	Concursada
	Y	Feminino	Médio completo	45 anos	17 anos	Casada	Concursada
	Z	Feminino	Médio completo	54 anos	17 anos	Casada	Concursada
	a1	Masculino	Superior incompleto	32 anos	7 anos	Solteiro	Concursada

Fonte: Dados coletados pela autora, 2010.

A tabela acima apresenta uma predominância de ACS, também do sexo feminino, na zona rural, com vínculo empregatício de concurso efetivo. A presença massiva de mulheres em todo Estado de Sergipe, na função de ACS, também foi constatada na pesquisa realizada em 2009 pela ETSUS. Portanto, aquele caráter solidário do Agente Comunitário de Saúde identificado na década de 1970, com um número expressivo de mulheres, parece permanecer até os dias atuais, quando as mulheres continuam assumindo casa, família e trabalho.

Tabela Nº 10 - Nível de escolaridade dos Agentes Comunitários de Saúde pesquisados na zona urbana e na zona rural do município de Itabaiana-SE.

Nível de Escolaridade	Quantitativo da zona urbana	Quantitativo da zona rural	Total
Ensino Fundamental completo	1	1	2
Ensino Médio completo	14	10	24
Ensino Superior completo	0	1	1
Pós Graduação completo	0	1	1

Fonte: Dados coletados pela autora, 2010.

Constata-se na tabela acima que há uma predominância do nível médio de escolaridade entre os trabalhadores, que participaram do grupo focal.

Tabela Nº 11 - Faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde pesquisados na zona urbana e na zona rural do município de Itabaiana-SE.

Faixa etária	Quantitativo da zona urbana	Quantitativo da zona rural	TOTAL
26 – 30 anos	6	6	12
31 – 35 anos	2	4	6
36 – 40 anos	3	1	4
41 – 45 anos	0	1	1
Acima de 45 anos	4	1	5

Fonte: Dados coletados pela autora, 2010.

A tabela acima mostra a predominância entre os 26 e 30 anos na faixa etária dos Agentes Comunitários de Saúde, pesquisados na zona urbana e na zona rural do município de Itabaiana. Também é possível perceber uma grande predominância de jovens e adultos atuando na zona rural, diferente da zona urbana, onde se concentra um número maior de trabalhadores acima dos 45 anos.

A faixa etária dos ACS que participaram da investigação no município de Itabaiana também se aproxima da faixa etária dos ACS do Estado de Sergipe, que está entre 18 e 30 anos, segundo pesquisa realizada pela ETSUS-SE, conforme demonstrado no Gráfico nº 01.

Tabela Nº 12 – Situação civil dos Agentes Comunitários de Saúde pesquisados na zona rural do município de Itabaiana-SE

SITUAÇÃO CIVIL	QUANTITATIVO DA ZONA URBANA	QUANTITATIVO DA ZONA RURAL	TOTAL
Casadas	8	10	18
Solteiras	6	3	9
Desquitada	1	0	1

Fonte: Dados coletados pela autora, 2010.

Nessa tabela é possível perceber a predominância de ACS casados(as) tanto na zona urbana quanto na zona rural. Essa característica dos ACS participantes da pesquisa, no município de Itabaiana, diverge dos dados que caracterizam os ACS do Estado de Sergipe, onde predomina o estado civil solteiro. Identifica-se também que a zona urbana possui o dobro de solteiras, em relação à zona rural.

Tabela Nº 13 – Tempo de serviço como Agente Comunitário de Saúde da população pesquisada na zona urbana e na zona rural do município de Itabaiana-SE

Tempo de serviço na função de ACS	Quantitativo da zona urbana	Quantitativo da zona rural	TOTAL
Menos de 1 ano	1	0	1
Entre 1 e 5 anos	5	1	6
Entre 6 e 10 anos	4	8	12
Entre 11 e 15 anos	5	2	7
Mais de 15 anos	0	2	2

Fonte: Dados coletados pela autora, 2010.

Quanto ao tempo de serviço, percebe-se que na zona urbana há uma predominância de tempo de serviço dos ACS entre 1 e 5 anos, e entre 11 e 15 anos. Já na zona rural predomina, entre esses trabalhadores, o tempo de serviço entre 6 e 10 anos. Então, na zona rural, localizam-se tanto os ACS que possuem maior tempo de serviço nessa função, quantos os que possuem menos tempo.

Assim é possível perceber que o tempo de serviço dos ACS, participantes desta pesquisa, nessa função, ratifica a pesquisa realizada pela ETSUS em 2009, quando se constatou que o município de Itabaiana-SE, e a região por ele apresentada, demonstrava o maior número de trabalhadores ACS, atuando a mais de cinco anos.

Conclui-se, então, que o perfil predominante do ACS para o município de Itabaiana-SE, participantes dos grupos focais, reúne os seguintes aspectos: sexo feminino, faixa etária

entre 26 e 30 anos, estado civil casada, nível de escolaridade com educação básica, vínculo empregatício público efetivo.

No próximo capítulo será apresentada a análise dos dados desta investigação, buscando responder a questão central: Qual a contribuição da formação em Agente Comunitário de Saúde para o cotidiano de trabalho, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a partir da ótica desses profissionais?

CAPÍTULO 4

FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DO PROCESSO

Busca-se, neste capítulo, analisar os principais aspectos que compõem as percepções formuladas pelos ACS quanto ao processo de formação direcionado aos mesmos mediante a oferta do Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde, considerando, particularmente, aqueles ACS que desenvolvem suas funções no município de Itabaiana-SE, sujeitos desta pesquisa.

Para tanto, foram utilizados os dados obtidos a partir das fontes documentais e aqueles produzidos mediante a realização de grupos focais, envolvendo um total de 28 ACS, atuantes na zona urbana e rural de Itabaiana-SE, e que participaram do Módulo I do Curso de Formação em Agente Comunitário de Saúde. A utilização desses registros procurou evidenciar experiências formativas comuns que podem ser vivenciadas de diversas formas, através das condições concretas de realização do trabalho, ou seja, das condições ofertadas no meio rural ou no meio urbano.

As análises foram orientadas a partir da incidência de certos aspectos identificados pelos grupos focais e organizados em três eixos, a saber: o trabalho do Agente Comunitário de Saúde; a participação dos ACS no Módulo I do Curso de Formação; e a percepção dos ACS sobre o curso em relação ao processo de trabalho desses profissionais.

As falas dos sujeitos foram reunidas e quantificadas a partir dos eixos citados, no intuito de colocar em evidência os argumentos por eles produzidos quanto aos aspectos destacados em cada um dos eixos, o que nos possibilitou uma leitura transversal dos dados.

4.1 O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde

Da análise dos grupos focais emergiram alguns aspectos vinculados à relação que os ACS estabelecem com o trabalho que realizam nas comunidades, quais sejam: expectativas de reconhecimento do trabalho em relação à comunidade e à Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana-SE; expectativas da comunidade em relação ao trabalho do ACS; satisfação pela recepção da comunidade; as contradições e os desafios inerentes ao duplo papel de morador e trabalhador na comunidade; integração da equipe; rotatividade de profissionais; execução de atividades que extrapolam as atribuições do ACS; o papel do ACS no SUS. Ressalta-se que os cinco primeiros aspectos foram comentados, apenas, pelos ACS da zona urbana.

Os elementos citados estão contemplados em quatro eixos: o papel do ACS no SUS; o ACS e a comunidade; o ACS e a Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana-SE; e o ACS e as equipes de saúde nas Unidades Básicas de Saúde.

O papel do ACS no SUS

Fica evidenciado nas falas dos 28 ACS, participantes dos grupos focais, que esses profissionais têm clareza de seu papel no Sistema Único de Saúde, tanto os que residem e atuam na zona urbana, quanto os da zona rural, como pode ser observado nos relatos de quatro ACS:

O agente de saúde é assim... ele é a pessoa da área do posto de saúde, que vai acompanhar os hipertensos, diabéticos, verificar se a criança tá sendo vacinada, ve se ela tá tomando as vacinas, comunicar a data das vacinas, avisar que tem remédio no posto pra o diabético pegar, pra o hipertenso, dentre outros. Também orientar sobre a nossa higiene, o teste do pezinho, cuidar da DST, acompanhar tuberculose, quem tem hanseníase. (ACS “a”⁵², urbano, 2011).

⁵² Os Agentes entrevistados estarão representados pela sigla ACS, acrescida de uma letra minúscula que particulariza cada um dos sujeitos de pesquisa mantendo seu anonimato, de acordo com as tabelas nº 08 e nº 09, no capítulo 3, (páginas 79 e 80). Àqueles que atuam na zona rural serão identificados com a nomenclatura – rural e os da zona urbana – urbano). Ressalta-se que para apresentação de cada fala, buscou-se manter o máximo possível a forma como os participantes expressaram-se no grupo focal, cujas respectivas falas serão apresentadas em itálico.

A gente trabalha com diabéticos, hipertensos, gestantes, crianças, idosos, acamados, adolescentes, com a comunidade em geral, tudo. Trabalha com a hanseníase, tuberculose, junto com a secretaria de saúde no trabalho de investigação, no caso de tuberculoso e hanseníase, dengue também, a gente auxilia no trabalho da dengue (ACS “e”, urbano, 2011).

*O nosso serviço é basicamente o quê? **Pesar crianças, instruir as pessoas com relação ao serviço de saúde como diabete, pressão alta, colesterol, a questão de visitas a idosos, gestantes se tiver que fazer o pré-natal, em questões de vacinas para crianças, né, a gente sempre esquece de falar alguma coisinha, mas no geral, digamos assim, que é basicamente isso. Visitar o pessoal falar o que deve ou não fazer, principalmente falando muito no combate a dengue, que é o que tá se falando mais no momento, é o problema da dengue, do alastramento e tudo mais. Além da promoção e a prevenção de saúde, a gente faz o acompanhamento das crianças de zero à cinco anos pra saber o desenvolvimento da criança, pra saber se ela tá acima, ou abaixo do peso. Olha as vacinas, orienta as mães pra ir no posto, pra dar vacina nas crianças.*** (ACS “p”, rural, 2011).

*É, nós trabalhamos muito com a parte da prevenção, é nosso trabalho prevenir, depois trazer os problemas, tentar resolver, quando não conseguimos, a gente traz para equipe, mas a gente trabalha mais com a parte da prevenção ... **nossa parte é essa orientar as pessoas para que elas não adoçam.*** (ACS “s”, rural, 2011).

Trata-se, portanto, de um rol extenso de atividades desenvolvidas pelo ACS em seu território. Esse elenco de atividades tem um enfoque

voltado para a prática de prevenção e promoção da saúde, instrumentalizada para atuação junto aos domicílios, realizando rotinas de produção de informação, vigilância à saúde, monitoramento, encaminhamento e acompanhamento de situações de risco e de comprometimento da saúde de indivíduos e grupos (MORISINI, 2010, p. 81).

Considerar a promoção à saúde como um dos principais elementos do trabalho do ACS é reconhecer que há uma dimensão que extrapola o âmbito da saúde, e portanto, que vai além das atribuições do ACS. De acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde busca

promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006d, p.18).

Para tanto, a promoção à saúde pressupõe a intervenção direta da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população, por meio da participação social e a articulação desta com diversos setores. Por exemplo, se temos uma ação preventiva no trânsito, há uma probabilidade maior de termos menos acidentes e,

consequentemente, menos atendimentos no SUS. Então, entende-se que para efetivação da promoção à saúde são necessárias ações intersetoriais. Como o ACS, às vezes, solitariamente em seu trabalho, irá responder a complexidade das necessidades de saúde da população?

Alguns ACS complementam a lista de atribuições citadas, indicando que desempenham atividades que não fazem parte de suas atribuições profissional, conforme citado por 3 ACS da zona urbana, da UBS Lauro Maia e 3 da zona rural das UBSs Queimadas e Matapoã.

O agente de saúde auxilia também na parte de educação, tem o bolsa família, que nós também fiscalizamos. A gente procura saber se as crianças estão no colégio ou não. (ACS “a”, urbano, 2011).

Ah! Colírio! Agora, a gente tá entregando também. Exatamente, essa não é a nossa atribuição (ACS “d”, urbano, 2011).

O agente de saúde está sobrecarregado fazendo coisas e serviços que não cabe a eles...Ai eu digo a você que eu já tenho quinze anos de serviços, e eu sei muito bem qual o papel e a função do agente de saúde. Mas, muitas das vezes, estão confundindo. Mas estamos aí fazendo trabalhos, sendo cobrados por eles⁵³, um trabalho que muitas das vezes não é nosso. Nós trabalhamos apenas com a prevenção, esse é o nosso papel, em trazer para equipe quando não podemos resolver o problema. (ACS “s”, rural, 2011)

É, cada tempo que passa vai chegando mais coisas pra gente passar para a comunidade. Cada tempo que passa aumenta mais ainda o serviço da gente. E pra completar chega o IOS. Instituto dos olhos. É Exame de vista. Para quem tem glaucoma. Ai fornece os colírios, encaminha para as pessoas para fazerem exames de graça também. Já é um serviço a mais pra nós fazermos (ACS “x”, rural, 2011).

Na área deveria ter um agente de saúde e um agente da dengue, porque a gente faz papel da dengue. Ai quer dizer, a gente que faz visita, já vai explicando, passando uma informação sobre a dengue, e eles quando vem, coloca só a medicação e pronto, não explica nada. Às vezes nem vai na casa. E uma, os agentes da dengue são muito poucos. Deveria ter a mesma quantidade de agente de saúde, que a mesma quantidade de agente da dengue (ACS “b1”, rural, 2011).

É possível identificar que os ACS apresentados possuem entre 8 e 15 anos de tempo de serviço nessa função. Portanto, compreendem o seu papel no SUS com foco na prevenção, conforme expresso no relato da ACS “s”: “Nós trabalhamos apenas com a prevenção, esse é o nosso papel”.

⁵³ Segundo ACS “s” a expressão “cobrados por eles” refere-se as atividades, que o ACS deve desenvolver, as quais são demandadas pelos técnicos e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana-SE.

Eles também identificam os limites de seu trabalho ao ponto de reconhecerem as atividades que excedem as suas funções, para o que são frequentemente requisitados. São ações diferentes das propostas pelos Programas PACS e PSF, como declara a ACS “d”: *“Ah! Colírio! Agora a gente tá entregando também. Exatamente, essa é, e não é a nossa atribuição”*. E ainda a ACS “a”: *“Tem o Bolsa Família, que nós também fiscalizamos”*.

Essas atividades nem sempre estão no escopo de ações que os ACS deveriam desenvolver, mas eles acabam incorporando em seu cotidiano de trabalho uma série de atividades vinculadas a diferentes projetos e programas existentes no município de Itabaiana-SE. Assim, a carga de trabalho desses profissionais se amplia, continuamente, sem que haja uma contrapartida em termos de carreira e salários.

Outra ação assumida pelos Agentes Comunitários de Saúde refere-se ao controle de endemias, como a dengue, conforme apresentado pela ACS “b1”, atuando há 9 anos nessa função: *“A gente faz papel da dengue”*.

Embora as responsabilidades pelas ações de combate à dengue sejam dos agentes de endemias, os Agentes Comunitários de Saúde desenvolvem uma parte desse trabalho, realizando orientações aos usuários nas visitas domiciliares e distribuindo o hipoclorito de sódio⁵⁴, já que não é competência desses profissionais o manuseio com o veneno para o mosquito transmissor da dengue. Portanto, o que excede as atribuições do ACS gera um desconforto a esse profissional, pois ele precisa se readaptar a cada nova demanda incorporada ao seu cotidiano do trabalho, como explicado pela ACS “s”: *“Eu sei muito bem qual o papel e a função do agente de saúde. Mas muitas das vezes estão confundindo”*.

As atividades a serem realizadas pelo ACS estão definidas na Lei Nº 10.507/ 2002.

Art. 1º Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente.

Art. 2º São consideradas atividades do ACS, na sua área de atuação:

I - utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade de sua atuação; II - executar atividades de educação para a saúde individual e coletiva; III - registrar, para controle das ações de saúde,

⁵⁴ O hipoclorito de sódio é uma substância de coloração amarela clara com odor semelhante ao da água sanitária, porém mais forte. É utilizada nas ações de prevenção à dengue, visto que a solução contribui para matar as larvas do mosquito transmissor *Aedes aegypti*.

nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde; IV - estimular a participação da comunidade nas políticas públicas como estratégia da conquista de qualidade de vida; V - realizar visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; VI - participar ou promover ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas públicas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2002).

Então, parece haver aqui um abismo entre o trabalho prescrito na legislação e o trabalho real desenvolvido pelos ACS, pois além de realizarem atividades previstas na legislação, eles ainda assumem outras funções.

Ao se fazer um contraponto entre as atribuições iniciais dos ACS e a gama de atividades que são chamados atualmente a realizar, é possível depreender que seu trabalho tem se tornado cada vez mais complexo, uma vez que a ele vem se somando uma série de atribuições que antes não lhes eram feita (VIEIRA, 2011, p. 202).

É possível que o trabalho do ACS tenha se multiplicado ao longo do tempo, exigindo-se cada vez mais um profissional articulado, com formação ampla, capaz compreender e atender às necessidades de saúde locais, ao tempo em que precisa se apropriar, permanentemente, de novos conhecimentos para o desenvolvimento de seu trabalho.

O ACS e a comunidade

Dos 28 ACS que participaram dos grupos focais, 3 enfatizaram a ausência de reconhecimento do trabalho que realizam. Desses, 2 trabalham na UBS Lauro Maia, e outro na UBS Multirão, ambas localizadas na zona urbana:

*A comunidade pede, a gente faz com prazer, mas **a gente não tem o retorno das pessoas** que pode fazer pra gente, pra gente fazer pra elas, né?* (ACS “a”, urbano, 2011).

***O agente de saúde é muito criticado, a gente vai nas casas, e a comunidade diz que nós não vamos.** Olhe tem agente de saúde que vai duas, três vezes no mês na mesma casa, e se a pessoa chega na unidade e perguntarem assim: quem é o seu agente de saúde? Sei não, não vai na minha casa. Isso você escuta aqui todos os dias* (ACS “b”, urbano, 2011).

*Eu hoje levo os médicos, remédios, injeção, tudo de graça, e **a pessoa não agradece** né?* (ACS “e”, urbano, 2011).

Os relatos acima indicam as expectativas dos 3 ACS em relação ao retorno da comunidade sobre a atuação desses trabalhadores. Para isso, eles explicitam o desejo de serem reconhecidos pelos usuários, atendidos por eles cotidianamente.

Dois ACS dessa mesma UBS, Lauro Maia, no diálogo durante o grupo focal, discordaram das queixas apresentadas pelos colegas e explicitaram os elementos positivos na relação com a comunidade, principalmente durante a realização das visitas domiciliares:

*Minha comunidade, pra falar a verdade, é cafezinho, é lanche da tarde, tudo lá. Entendeu? **Pra mim é uma família***” (ACS “a”, urbano, 2011).

*Não são todas as comunidades que não reconhecem o agente, por exemplo, eu mesmo não posso me queixar da minha área, **eu tenho 478 pessoas na minha área, e eu sou muito bem recebida nas 159 casas que eu tenho*** (ACS “b”, urbano, 2011).

A maneira calorosa como os ACS são recebidos nas casas das famílias que acompanham é uma das fontes evidentes de satisfação encontrada por esses profissionais. Além disso, as deferências com que são recepcionados pelas famílias – os gestos, as guloseimas, o café, uma palavra de agradecimento – são fontes simbólicas de reconhecimento do papel que desempenham, ou seja, a confiança depositada numa mistura entre a figura do profissional, atuante no território ao qual reside; e do vizinho da comunidade. “É justamente esse papel social exercido pelo ACS junto às comunidades que confere ‘legitimidade e eficácia humana ou cultural’ ao perfil ocupacional desse trabalhador, tornando-o um recurso humano fora do comum”. (MORISINI, 2010, p. 162).

A ACS “a” da UBS Lauro Maia, a qual se queixou de não ter o retorno da comunidade, também mencionou o que é positivo nessa relação.

*Gosto muito da profissão de ser agente de saúde, gosto do que eu faço, gosto da minha comunidade, são pessoas maravilhosas, problema a gente sempre tem, mas o meu é menos, agora tá bem menos. Gosto do que eu faço, só que o agente de saúde, ele merecia, como a colega falou, ser mais valorizado. Nós não somos valorizado, **agora tá melhorando um pouco, de uns anos pra cá, antes mesmo, minha amiga, era um sofrimento. Você tinha que sair de casa de outras áreas, que eu fazia. No começo logo, eu até chorar, chorava, de desgosto, por que? Eu estava fazendo uma coisa pra comunidade, e a comunidade não agradecia, entendeu? É, desfazia do agente de saúde, recebia muito mal, hoje tá bem melhor, bem melhor mesmo, 50% ou mais. Mesmo assim, é um serviço bom, entendeu?*** (ACS “a”, urbano, 2011)

Esse aspecto que aparece de forma veemente no relato acima, quanto à receptividade negativa das comunidades em relação à figura do Agente, sobretudo nos momentos iniciais do Programa de Agente Comunitário de Saúde, pode também ser compreendido numa perspectiva mais ampla. Isso porque, muitas vezes, a população não conhece as bases da proposta de trabalho desse programa que demanda, dentre outros aspectos, para seu sucesso, a colaboração da comunidade.

Segundo relato acima da ACS, no início do Programa de Agente Comunitário de Saúde as dificuldades eram maiores, por se tratar de um novo serviço ofertado à população, em que um trabalhador adentrava a sua casa a fim de investigar problemas de saúde e orientar as famílias.

É possível que, atualmente, o Programa se configure de outra forma, não pelo desconhecimento da população sobre as ações desenvolvidas, mas porque a comunidade almeja uma melhoria na produção das ofertas dos serviços de saúde. Desse modo, reivindica tomando o ACS como um mediador, por ser o membro das equipes de saúde mais próximo da comunidade.

Trata-se de

uma mediação composta de várias dimensões que transcendem os limites do setor saúde, que pode se desdobrar entre, de um lado, o Estado, suas políticas, seus serviços, o conhecimento científico que lhe põe a serviço do outro, a comunidade, seu conhecimento próprio, seu modo de existência e suas necessidades e demandas (MORISINI, 2010, p.152).

Esse fato remete à condição do ACS ser um profissional diferenciado das demais categorias na equipe de saúde. É exigência para contratação de ACS, que esse trabalhador seja morador do bairro no qual será lotado, conforme descrito nas Leis Nº 10.507/2002 e Nº 11.350/ 2006.

Se, por um lado, parece ser interessante que esse profissional seja morador da comunidade na qual ele atua, a fim de que conheça as singularidades locais, por outro lado, os dados da pesquisa indicam que a jornada de trabalho do Agente Comunitário de Saúde extrapola a carga horária fixada em contrato, conforme relato da ACS “a”, participante do grupo focal da UBS Lauro Maia, na zona urbana.

A comunidade bate na porta de nossa casa. Acha que você tem responsabilidade. A gente não toma café, não almoça, não janta. Cinco vezes levanta da mesa. Seis vezes levanta da cama. Cinco e meia, seis horas da manhã tão me chamando (ACS “a”, urbano, 2011).

Pelo fato de serem moradores e trabalhadores na comunidade, os ACS se mantêm, cotidianamente, de prontidão para atender à população.

Por serem moradores da comunidade e terem uma relação de vizinhança com os usuários do PSF, não conseguem estabelecer um distanciamento em relação aos problemas que os cercam, os quais e ao fim e ao cabo, também os afetam. De mais a mais, são constantemente cobrados pelos usuários para solução de problemas cuja solução está muitas vezes além da sua possibilidade de atuação (VIEIRA, 2011, p. 152).

Esses profissionais vivem um paradoxo, enquanto trabalhadores e moradores de uma mesma comunidade, pois são demandados duplamente: seja pelos profissionais das equipes e gestores, os quais entendem que seu papel é mapear as necessidades de saúde da população em territórios, muitas vezes marcados pelas condições inadequadas de saúde; seja pela comunidade, que nem sempre reconhece o trabalho desse profissional, embora alimente expectativas em relação à oferta dos serviços de saúde, viabilizados através do trabalho dos ACS no SUS.

Tal expectativa da comunidade se confirma nos relatos de 2 ACS da UBS Lauro Maia, localizada na zona urbana:

*Tem gente na comunidade que diz: Ah, o agente de saúde tem acesso a qualquer coisa. Vá lá que você consegue. E eu digo, minha filha, é a maior dificuldade a gente também não tem muita oportunidade, não tem muito a oferecer. **Ótimo quando a gente tem uma coisinha para oferecer, mas sempre estão cortando, cortando.** Eu acho um absurdo, mas, fazer o que? É aquela velha história manda quem pode, e obedece quem tem juízo, e eu sou dessa. Sabendo que, o agente de saúde também não tem, assim, muita oportunidade de fazer mais pela comunidade, que a gente vê que precisa de muita coisa na comunidade, como saneamento básico, etc, a gente não tem muita oportunidade não, a gente não tem muito o que fazer, **a gente quer fazer, mas a gente não consegue, e precisa de ajuda de lá de cima, da secretaria, no caso, aí a gente fica assim, de mãos atadas, querendo fazer,** sabendo que cada paciente tem uma necessidade, **que a comunidade precisa uma rede de esgoto,** pessoas bem carentes, entendeu? (ACS “a”, urbano, 2011)*

*Ai a comunidade, muitas vezes reclama assim, que o agente de saúde chega na casa: tudo bom, tudo bom, **mas não tem nada pra ele***⁵⁵ (ACS “d”, urbano, 2011).

A expressão utilizada no depoimento da ACS “d” - “*Não tem nada pra ele*” - refere-se à necessidade que o usuário apresenta de ter acesso a algum serviço do SUS, sejam exames, consultas ou medicamentos. Entretanto, nem sempre essas demandas podem ser satisfeitas pelo Agente, seja porque ela excede o seu campo de atuação, seja devido à histórica insuficiência dos recursos públicos destinados a saúde, aspecto esse que se evidencia no momento em que a ACS “a” diz: “**Ótimo quando a gente tem uma coisinha para oferecer, mas sempre estão cortando, cortando. Eu acho um absurdo, mas, fazer o quê?**”.

À medida que as demandas da população ultrapassam os limites da atuação do Agente, evidenciam-se as carências enfrentadas pelas comunidades, carências essas que não poucas vezes contribuem para agravar os problemas de saúde. Esse é o caso da comunidade atendida pela UBS Lauro Maia que solicita a instalação de saneamento básico, fator fundamental para garantir melhores condições de vida da população.

Em suas falas, as Agentes “a” e “d” percebem a precária realidade da comunidade. Elas reconhecem a necessidade de ofertar mais serviços de saúde para a população, mas os limites inerentes à função que desenvolvem torna inviável a concretização dessa oferta, o que gera frustração tanto no profissional como na comunidade assistida. A combinação desse conjunto de aspectos evidencia a complexidade do trabalho do ACS.

A complexidade está justamente nas qualidades laborais e subjetivas esperadas do ACS, que necessita pôr em operação processos comunicacionais de caráter educativo e informativo, como no caso da visita domiciliar, ou da negociação de conflitos entre a comunidade e o serviço, na busca de oportunidade de atenção e cuidado (MORISINI, 2010, p.147).

A comunidade entende que, pelo fato do ACS ser um morador daquela localidade e estar inserido como trabalhador em um serviço de saúde, esse profissional teria mais facilidade de acesso às ofertas do SUS. Essa compreensão dos usuários, geralmente equivocada, mostra que a oferta e a garantia dos serviços de saúde está relacionada à elaboração e efetivação de uma política de saúde articulada nas três esferas de governo: Município, Estado e União com base nos princípios do SUS, pois

⁵⁵ “*Ele*” refere-se ao usuário do SUS, morador da comunidade e membro da família que o ACS visita.

a forma de mediação praticada (no trabalho do ACS) não depende apenas da vontade ou qualidade do ACS. Interferem múltiplos fatores, entre os quais: as diretrizes dos serviços; as metas exigidas; a organização dos serviços e sua permeabilidade à demanda da população; a formação dos agentes de saúde e dos demais profissionais de saúde (BORNSTEIN; STOTZ, 2008, p. 464).

Um dos motivos do ACS não conseguir oferta de exames, consultas para uma parte da população de sua área, por exemplo, deve-se às cotas. Há listas de espera e prioridades de procedimentos clínicos para alguns usuários em detrimento de outros, conforme explicado pela ACS “a” *“Mas, sempre estão cortando, cortando”*.

Os usuários do SUS deveriam ser atendidos, considerando o princípio da universalidade, pelo qual todos os cidadãos brasileiros têm o direito à saúde e, principalmente, orientado pela equidade, em que se prioriza a oferta de procedimentos (exames, cirurgias) aos mais necessitados, isto é, os casos mais urgentes deveriam ser contemplados primeiro, com base em uma avaliação técnica chamada, no campo da saúde, de regulação médica.

A regulação é ainda muito frágil na maioria dos municípios, onde não existe um complexo regulatório⁵⁶ para viabilizar essa ação, ficando a decisão da oferta dos serviços, muitas vezes, nas mãos dos gestores municipais.

Assim, entende-se que uma política de saúde, em quaisquer dos níveis, deveria estar organizada em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, previstos na Lei Nº 8.080/1990, no entanto, raramente isso acontece. Questões de ordem política partidária ou de interesses particulares, muitas vezes, comprometem a efetivação de uma política de saúde coerente com as necessidades de saúde da população.

Portanto, não cabe unicamente ao ACS, resolver as insuficiências do Sistema Único de Saúde tal qual a população demanda, pois segundo a Lei Nº 11.350, compete ao ACS:

o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão

⁵⁶ Complexos Reguladores “consiste numa organização do conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde. Assim, a constituição de Complexos Reguladores permite, aos gestores, articular e integrar dispositivos de Regulação do Acesso como Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com outras ações de controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização.” (BRASIL, 2006f, p.13).

do gestor municipal, distrital, estadual ou federal (BRASIL, 2006a, art. 3º p.01).

O trabalho do ACS se valorizaria, portanto, em virtude de seu cunho relacional, construído com base em algumas ações técnicas prescritas nos manuais e na legislação pertinente, tendo como pano de fundo o compartilhamento dos códigos culturais entre os membros da comunidade (VIEIRA, 2011, p. 169).

Os ACS's sentem necessidade de serem reconhecidos pela comunidade, também, pelo fato de fazerem parte desse coletivo. Contudo, é preciso não só valorizar o trabalho desse profissional, mas também criticá-lo, com vistas a contribuir para o processo de trabalho desse sujeito, pois

o homem produz a sua existência por meio do trabalho e, por meio deste entra em contato com a natureza e com outros homens, desenvolvendo relações econômicas e sociais. Assim sendo analisar formas, processos e perspectivas que a formação humana adquire na sociedade capitalista implica em investigar as múltiplas formas que toma o trabalho coletivo e o modo como o homem age e se modifica ao se constituir em parte desse trabalho (RAMOS, 2006, p.26).

O trabalho dos ACS constitui-se, então, enquanto um processo de transformação dos indivíduos e não é, portanto, uma mercadoria, mas a mediação da existência humana, onde esses profissionais ofertam serviços à comunidade e esperam o retorno dela.

O ACS e a Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana-SE

Quanto à relação do ACS com a Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana-SE, um dos ACS da UBS Lauro Maia da zona urbana apontou expectativas de reconhecimento desse trabalhador:

Eles não consideram o agente de saúde. A secretaria critica o agente de saúde, a secretaria não dá valor ao agente de saúde como ele tem, a secretaria só quer saber deles lá. Eu mesmo, pra falar a verdade, eu só queria falar que a secretaria deveria ter mais contato com o agente de saúde, valorizar mais o trabalho do agente de saúde, entendeu? Em geral. O pessoal da secretaria deveria ter um treinamento pra poder, cuidar melhor dos agentes de saúde, valorizar um pouquinho, um pouquinho só, porque em cima do que eles ganham, nós ganhamos isso aqui⁵⁷. Se eles ganham, é porque a gente leva o pacote pra eles, faz o pacotinho e dá a eles de mão beijada, mas eles não agradecem não (ACS "a", urbano, 2011).

⁵⁷ A ACS fez um gesto para explicar que recebia muito pouco pelo seu trabalho.

A expressão da ACS “a” - *“a gente leva o pacote pra eles, faz o pacotinho e dá a eles de mão beijada, mas eles não agradecem não”* - refere-se ao cumprimento de uma de suas atribuições prevista na Lei Nº 11. 350/2006, que é “o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde” (BRASIL, 2006a, p. 01).

Essas informações coletadas pelos ACS são utilizadas, principalmente, como insumos para alimentar os diversos sistemas de informação do Ministério da Saúde. Com base nas informações desses sistemas, o governo federal repassa recursos mensalmente do Programa Saúde da Família aos municípios. Tais recursos são utilizados, principalmente, para o pagamento dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

Assim, entende-se que essas informações são fundamentais para o desenvolvimento do Programa e deveriam servir, também, como dispositivo para traçar o perfil epidemiológico das localidades (bairro, município, Estado) e para o planejamento em saúde.

Portanto, faz-se necessário uma política de valorização do trabalhador ACS, contemplando diversas ações, tais como: criação de um Plano de cargo, carreira e vencimento - PCCV para essa categoria; oferta de condições satisfatórias de trabalho, como estruturação do ambiente físico da Unidade Básica de Saúde; organização de uma política de Saúde do trabalhador, disponibilizando equipamentos de trabalho adequados, como o filtro solar; além da oferta de exames periódicos, já que esses trabalhadores se encontram diariamente expostos às situações de risco para sua saúde.

O Agente Comunitário de Saúde e as equipes nas Unidades Básica de Saúde

O profissional ACS é parte de um projeto de saúde em que é fundamental considerar diversas variáveis, inclusive a participação também de outros atores, conforme relatado por 4 ACS: 2 lotadas na UBS Souto Diniz, 1 na UBS Multirão e mais 1 na UBS Lauro Maia. Todas essas UBSs estão localizadas na zona urbana, implicando nos resultados desta pesquisa, onde os ACS da zona rural não apresentaram relatos a serem destacados sobre este aspecto.

Se não tiver enfermeiro no posto, não anda, se não tiver médico no posto também não anda, nem adianta a gente trabalhar, se não chegar pra... Se

*não tiver auxiliar de enfermagem pra vacinar, também não anda, se não tiver agente de saúde também não anda, tudo não anda, um depende do outro, **se tiver faltando um membro da equipe, não anda** (ACS “b”, urbano, 2011).*

*Você cresce, você aprende, **só que têm muitas coisas, que mesmo com o que a gente aprende, não depende da gente, entende?** (ACS “h”, urbano, 2011).*

*Então, exatamente, de que adianta eu estar em minha área trabalhando, se não tem um médico, se vem no posto e **não tem ninguém para atender minhas necessidades?** (ACS “l”, urbano, 2011).*

*Na verdade, eu acho que, na equipe do PSF não adianta colocar no edital do concurso, quarenta horas semanais para o médico, enfermeiro, auxiliar. A desgraça toda é quarenta horas, porém só quem trabalha, é o agente de saúde. **Se somos uma equipe, do que adianta eu estar em minha área, resolvendo meus problemas, e quando chega no posto não tem quem resolva.** A enfermeira não tá, o médico só trabalha um horário. Então as pessoas tinham que justificar isso, quando colocar PSF. Realmente não dá pra o agente de saúde trabalhar quarenta horas, o médico tem que ser, a enfermeira tem que ser, e o auxiliar tem que ser, independente de quanto é o salário deles. Por exemplo, nós falamos que liberaram no horário da tarde, pra fazer o curso, mas quantos de nós trabalhamos à tarde? Eu não trabalho... Acho que tem que colocar em prática, tem que colocar todo mundo pra trabalhar no devido horário. Se é quarenta horas, é quarenta horas pra todo mundo, se for fazer uma pirâmide não tem ligações, não é que tenha uma hierarquia, mas tem que ser assim, longitudinal, eu sei o problema que passo pra minha enfermeira, que passa para o médico. Porém se eu tenho problema no trabalho, eu levo pra enfermeira e eu não vejo ela, adiantou eu passar aquele problema? Não adiantou. Então tem que ser pra todo mundo, não é só pro agente (ACS “m”, urbano, 2011).*

É notória a insatisfação da ACS “m” em relação às exigências sobre sua atuação profissional, quanto ao cumprimento da carga horária de trabalho. Seu depoimento esclarece bem a dinâmica de trabalho dos profissionais nas equipes do Programa Saúde da Família. No âmbito do SUS, a divisão do trabalho prioriza o saber científico, em detrimento do trabalho de profissional com nível médio, a quem compete as tarefas intermediárias (RAMOS, 2007).

É possível perceber, na ótica das ACS citadas acima, como a integração dos membros da equipe de saúde, da qual fazem parte, emerge como elemento importante na realização de seu trabalho, na efetivação e desdobramentos de suas tarefas, sob a perspectiva do atendimento à comunidade, de modo que essa interação possa criar condições mais favoráveis ao enfrentamento de situações cotidianas no trabalho em saúde.

Ao mesmo tempo se enfatiza a necessidade de um trabalho horizontalizado na relação dos trabalhadores que conformam uma equipe de saúde, bem como, na relação desses

trabalhadores com os membros das demais equipes que compõem a Unidade Básica de Saúde.⁵⁸ A importância desse aspecto é indicada na fala de mais 3 ACS, sendo 2 da UBS Lauro Maia e 1 da UBS Multirão. Ambas UBSs estão localizadas na zona urbana.

A relação com os demais profissionais é maravilhosa. Ótima. Dez. O enfermeiro, o médico, o auxiliar. Olhe! Da servente até o médico, são maravilhosos! Não podemos reclamar, seria uma injustiça a gente reclamar isso, porque é ótimo (ACS “a”, urbano, 2011).

É uma das equipes mais unidas que temos (ACS “d”, urbano, 2011).

Dentro da equipe, não tem problema. Graças a Deus, a gente nunca teve problema não, né? Realmente temos um trabalho em equipe. A gente trabalha realmente em equipe (ACS “e”, urbano, 2011).

Diante dos relatos acima, é perceptível a importância da integração entre os membros da equipe do Programa Saúde da Família para o desenvolvimento das atividades no SUS. Estabelecer uma relação de confiança e de responsabilidades compartilhadas entre os profissionais que atuam em uma área delimitada do território da comunidade contribui para responder às necessidades de saúde da população.

Neste aspecto que trata da importância da integração dos trabalhadores de uma equipe de saúde desse Programa, somente os ACS da zona urbana queixaram-se da ausência de cumprimento da carga horária de trabalho dos demais membros da equipe. No entanto, é nessa mesma área que encontramos ACS satisfeitos com o desenvolvimento do trabalho em equipe e com o desempenho dos demais profissionais em um trabalho coletivo. E os ACS da zona rural, o que pensam sobre a relação com os demais trabalhadores nas equipes de saúde?

Dois ACS da zona rural, que desenvolvem trabalho na UBS Queimadas, relatam suas experiências.

Então, a nossa equipe agora passou por uma transformação, porque, a gente tava bem engajado, com a enfermeira, com a auxiliar. Aí como agora mudou a equipe, chegou um médico novo, enfermeira nova, auxiliar novo, aí a gente ainda está se adaptando às transformações. Mas, em relação ao agente de saúde, tem um certo tempo que estamos unidos. (ACS “p”, rural, 2011).

Nossa equipe é uma equipe que se desestrutura com maior facilidade. Tem equipes por aí a fora que trabalham à sete, oito anos com a mesma equipe. A nossa, todo ano tem que trocar, não sei o que é que acontece, mas nossa

⁵⁸ O quantitativo de equipes do Programa Saúde da Família por Unidade Básica de Saúde é calculado levando em consideração o nº de habitantes existentes em cada município.

*equipe graças a Deus, ela tem esse dom. Só os agentes de saúde que continuam. Ai às vezes quando acontece alguma coisa na minha comunidade, o médico tal já foi, a enfermeira tal, também já foi, mas eu continuo. Então eu acho que realmente vale a pena, o trabalho vale a pena, por isso, porque você tem um trabalho dentro da sua comunidade, aonde querendo ou não, **as pessoas têm que confiar em você, porque vão embora todos, mas você permanece.*** (ACS “s”, rural, 2011).

É provável que os ACS da zona rural não tenham se pronunciado quanto à existência de um trabalho em equipe, assim como foi feito pelos ACS da zona urbana pela dificuldade de conformação de equipes nas UBSs da zona rural. Segundo relato, a questão da rotatividade no rural é frequente. Esse é mais um problema que impacta significativamente no trabalho do ACS, pois implica em uma descontinuidade das ações desse profissional e de toda equipe, tendo em vista a necessidade de situar cada profissional recém-chegado no contexto do território sobre as famílias atendidas e os programas desenvolvidos. Enfim, da dinâmica do trabalho na Unidade Básica de Saúde, como explicado pela ACS “r”: *“A gente ainda está se adaptando às transformações”*.

É lamentável que a articulação existente entre trabalhadores de uma mesma equipe, muitas vezes sofra rupturas a cada troca de profissionais. Então, como é possível haver uma integração entre os membros da equipe no Programa Saúde da Família no município de Itabaiana-SE, se a dinâmica de trabalho é marcada por constante rotatividade de profissionais?

As equipes de trabalho que compõem o Programa Saúde da Família, em grande parte dos municípios do Brasil, vivem dificuldades em relação a essas mudanças de profissionais. Alguns deles, principalmente da categoria médica, prestam concurso público, mas assumem o cargo na perspectiva de um emprego temporário. Pouco tempo depois, eles migram para outro município. Muitas vezes, porque a remuneração é mais atrativa e a distância para a capital é menor. Nessa transição de médicos e enfermeiros, os ACS permanecem no território tendo em vista a sua vinculação ao município e, sobretudo, a uma determinada área na qual residem. Por esse motivo, esses profissionais esperam mais uma vez, o reconhecimento e a confiança da comunidade, como explicado pela ACS “s”: *“As pessoas tem que confiar em você, porque vão embora todos, mas você permanece”*.

Essa permanência do ACS no Programa Saúde da Família - PSF e no território, integralmente, não o obriga a responder todas dificuldades e carências do SUS. O PSF é desenvolvido por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem

delimitados, pelas quais as equipes assumem a responsabilidade, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006c, p.12). No entanto, é preciso compreender que somente

a implantação do PSF não resulta necessariamente na mudança do modelo assistencial. Pode haver unidades de saúde médico-centradas, assim como outras usuário-centradas, o que vai depender dos diversos modos de agir dos profissionais na relação entre si e com os usuários (BORNSTEIN et al., 2009, p. 198).

Portanto, abordar o trabalho do ACS é tratar continuamente da tensão entre as atividades prescritas e os limites e possibilidades que caracterizam as condições concretas do trabalho. Limites que se definem com o descumprimento de horários estabelecidos em contrato, rotatividade de profissionais, ausência de uma política de valorização do trabalhador; além das carências, ainda, existentes no SUS, como por exemplo, a violação do direito da população à oferta de exames, consultas, cirurgias, dentre outros procedimentos.

Esse conjunto de limitações e tensões que entrecortam o trabalho dos ACS evidencia a posição que ocupam na estrutura do sistema de saúde: eles estão entre a população que demanda e o Estado, que deveria atender essas demandas. Além disso, eles também são usuários desse mesmo sistema, do qual fazem parte, enquanto trabalhadores. “O ACS, sendo um trabalhador que tem dupla inserção no território de atuação da equipe de saúde – como morador e como profissional de saúde -, é entendido como facilitador da criação de vínculos.” (BORGES; et al, 2009, p.174).

Conclui-se, nesse eixo, “Trabalho do Agente Comunitário de Saúde”, que os ACS compreendem o seu papel no SUS, enquanto um sujeito que faz a escuta das necessidades da comunidade e provoca a construção de outras demandas da população.

Foi possível perceber, nos grupos focais, os diferentes aspectos nos relatos dos ACS que atuam na realidade da zona rural e os que desenvolvem a sua prática na zona urbana. As falas dos ACS da zona urbana enfatizaram o aspecto da insatisfação dos mesmos em relação ao reconhecimento ou à valorização de seu trabalho, tanto por parte da comunidade como da Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana-SE.

De um modo geral, esses aspectos emergem com certa força e constituem elemento que evidencia a complexidade do trabalho desses profissionais. Especialmente, no que se

refere às comunidades, os ACS explicitam a importância que atribuem ao reconhecimento simbólico de seu trabalho ao relatarem a satisfação de serem recebidos nos domicílios como se fossem um membro da família, alguém que é esperado e recebido com atenção, reforçando os laços de confiança e conferindo certa ‘autoridade’ à figura desse profissional. Fato importante para o desenvolvimento das atividades. Por outro lado, os ACS se ressentem dos inconvenientes trazidos pelas demandas constantes dessa mesma comunidade que não se restringe ao horário oficial da jornada de trabalho, invadindo o tempo livre desses profissionais, aspecto potencializado pelo fato dos Agentes atuarem e residirem no mesmo território.

Já no que diz respeito a relação com a Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana-SE, os ACS, especialmente aqueles que atuam na zona urbana, explicitam o desejo de serem resolutivos na prática junto à comunidade, mas ficam limitados pelos entraves do sistema de saúde, tais como: dificuldades na ofertas dos serviços para os usuários do SUS; e ausência de política de valorização do ACS por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana-SE.

Os relatos dos ACS da zona rural apontam a dificuldade de fixação de alguns profissionais no PSF, como um problema nevrálgico no SUS. Mas por que essa queixa está localizada nos relatos de ACS que atuam na zona rural? É possível que esse problema esteja atrelado às dificuldades das condições de trabalho encontradas com mais ênfase na zona rural, a exemplo das distâncias entre a cidade de Itabaiana-SE e os seus respectivos povoados.

É possível perceber a heterogeneidade no discurso dos ACS, tanto os da zona urbana quanto os da zona rural, em relação ao reconhecimento de seu trabalho e à descrição das suas atribuições. No entanto, vale ressaltar que ambos valorizam aspectos que contribuam para um trabalho efetivamente em equipe, onde esses trabalhadores possam contar com apoio uns nos outros, gerando relações de confiança, fortalecendo as suas práticas e buscando atender as demandas de saúde da população.

O trabalho em equipe não tem como garantir respostas às deficiências do SUS, mas ele pode contribuir para a melhoria nas condições de trabalho, buscando alternativas concretas para enfrentar os desafios postos a esses profissionais cotidianamente. Para isso, é preciso ampliar a oferta de serviços no SUS, instituir estratégias atrativas de fixação de alguns profissionais no PSF, além de estabelecer um Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos - PCCV para os trabalhadores, inclusive para o ACS, no intuito de buscar atender às

necessidades dessa categoria, em relação à gestão do trabalho e à formação no âmbito do SUS.

A formação, embora ainda desarticulada de um PCCV, foi ofertada aos ACS do município de Itabaiana no Estado de Sergipe. Mas, qual a percepção desses profissionais sobre a Formação em Agente Comunitário de Saúde? No eixo a seguir, discutiremos sobre aspectos relacionados a participação do ACS no Módulo I do Curso de Formação.

4.2 A participação dos Agentes Comunitários de Saúde no Módulo I do Curso de Formação

Neste subitem, o olhar volta-se para uma análise dos principais aspectos que nortearam a participação dos ACS no Módulo I do Curso de Formação, tais como: expectativas em relação à formação; motivação para participar do Curso de Formação em ACS; aspectos de ordem administrativa e pedagógica; necessidade de conciliar trabalho e formação.

Expectativas em relação ao Curso de Formação em ACS

Sobre esse primeiro aspecto, foram localizadas 12 falas de ACS, sendo 3 delas da UBS Souto Diniz e outras 3 da UBS Multirão, ambas UBSs situadas na zona urbana. Na zona rural, identificamos mais 5 relatos na UBS Matapoã, e 1 na UBS Queimadas.

*No início, quando entra, é ruim, mas depois vai se atualizando. Então muitas pessoas querem **aprender mais um pouco**, né? (ACS “e”, urbano, 2011).*

***Eu achei boa a iniciativa** (ACS “f”, urbano, 2011).*

*E depois que a gente começou a estudar, a conhecer... **Coisas que a gente não conhecia**, né? (ACS “h”, urbano, 2011).*

***Minhas expectativas foram boas**, independente de estar lá uma hora, uma hora e meia da tarde, de qualquer forma (ACS “j”, urbano, 2011).*

É uma melhoria pra gente, a gente acredita ou pelo menos acreditava que isso poderia remunerar de alguma forma, porque cada vez que você se especializa, você tem direito a uma remuneração, gratificação (ACS “m”, urbano, 2011).

Pra ter mais conhecimento (ACS “n”, urbano, 2011).

*No primeiro dia de aula, a professora esclareceu como seria o curso. Eu sinceramente no meu ponto de vista fiquei muito empolgada quando ela falou a temática como é que ia se dar o curso, eu fiquei muito empolgada por causa dos assuntos que seriam trabalhados. **Vamos esclarecer várias dúvidas porque ia falar sobre visitas, vacinas, sobre os doentes, sobre o SUS, a implementação do SUS no Estado de Sergipe, no Brasil, como foi que surgiu, quais os princípios. Aí nós ficamos bastante empolgados. Eu particularmente fiquei.** (ACS “p”, rural 2011).*

Pra adquirir mais conhecimento, ouvir opiniões diferentes e aperfeiçoar mais ... Assim, como “a1” eu também achei que era um curso de auxiliar, no que ela explicou lá na segunda etapa, vai ser mais ou menos isso, a segunda e a terceira etapa (ACS “x”, rural, 2011).

A minha motivação foi que eu tive mais segurança nos conhecimentos. Quer dizer a gente já tinha conhecimentos, mas, pra mim foi bom porque eu tinha mais segurança, em tudo, nas questões de passar as informações, na questão de visitas, segurança de nosso trabalho, entendeu? (ACS “y”, rural, 2011).

*Eu pensei quando falaram: “oi vai ter um curso”. **Eu pensei que ia ter um curso, com mais experiências** (ACS “z”, rural, 2011).*

Verificar a pressão arterial, como agir nos primeiros socorros, mais técnico. E não aquela coisa burocrática mesmo, só no papel... E claro, **futuramente dizem que vai receber um pouco mais né? Ter um curso técnico é uma passagem a mais que os outros.** (ACS “a1”, rural, 2011).

Eu pensava que o curso ia ser assim, de enfermagem, eu não imaginei que fosse ser desse modo. (ACS b1, rural, 2011)

As expectativas contidas nas falas dos ACS’s apresentam-se a partir de dois elementos. O primeiro diz respeito à esperança de um retorno financeiro, almejado na fala de dois ACS: “a1” da zona rural – “*futuramente dizem que vai receber um pouco mais*”; e “m” da zona urbana – “*a gente acredita ou pelo menos acreditava que isso poderia remunerar de alguma forma*”.

O segundo elemento refere-se ao interesse em adquirir novos conhecimentos, vinculados à área de atuação e em vivenciar experiências práticas, relacionadas aos conteúdos técnicos que embasam a realização do trabalho executado em saúde, a exemplo das

expressões: *“Eu pensei que ia ter um curso, com mais experiência”* – ACS “z”; e *“A minha motivação foi que eu tive mais segurança nos conhecimentos”* – ACS “y”.

Na expressão *“Eu pensava que o curso ia ser assim, de enfermagem”*, a ACS “b1” compara a formação em ACS com o Curso de Auxiliar de Enfermagem, porque faz uma relação com a formação técnica. Tal qual a formação desenvolvida pelos profissionais de nível médio, que atuam no campo da Enfermagem, por meio do PROFAE. Por que será que a necessidade de um curso, contemplando as experiências práticas, foi apontada somente pelos ACS da zona rural?

Aqui, mais uma vez, é possível perceber a heterogeneidade no discurso desses sujeitos. É provável que algumas questões constitutivas do trabalho do ACS, contribuam para essa lacuna apresentada na formação. Conforme já apresentado, existe uma dinâmica de trabalho diferenciada na zona rural, devido à constante rotatividade de profissionais. Essa é uma das questões que singulariza o trabalho desse profissional, gerando demandas diferenciadas, aqui demonstrada como a necessidade de exercitar conteúdos práticos.

Diante dos elementos apresentados pelos ACS, é possível afirmar que eles estavam mobilizados a aprender e ampliar conhecimentos vinculados ao cotidiano do seu trabalho, em um modelo de curso que ofertasse o exercício de conteúdos práticos. Em se tratando de formação de trabalhadores, requer-se o uso de metodologias que sejam capazes de dialogar com o mundo do trabalho, de modo que os conteúdos possam contribuir para o enfrentamento de questões concretas nesse trabalho.

As falas desses profissionais apontam para a necessidade de qualificação dos ACS com vistas a suprir a carência não só do acesso ao conhecimento, como também da aplicabilidade desses conteúdos, de modo a contribuir nas atividades diárias desses trabalhadores. Mas como foi ofertado o curso de Formação em ACS?

Embora os Agentes estivessem mobilizados para fazer o Módulo I do Curso de Formação em ACS, na perspectiva de ampliar conhecimentos, a fim de auxiliar na sua prática no trabalho em saúde, a obrigatoriedade foi um elemento desmotivador desses trabalhadores. Esse é outro aspecto localizado nos relatos dos ACS, pois dos 15 ACS que participaram dos grupos focais na zona urbana, 8 deles declararam ter participado para cumprir uma obrigatoriedade imposta pela Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana-SE. Entre os 13

ACS participantes da zona rural, 5 explicitaram essa mesma preocupação. Totalizando 13 relatos sobre este aspecto:

***Era obrigatório!** Primeira coisa, todo mundo recebeu com maus ouvidos a informação da oferta do curso. Porque **ninguém queria porque é obrigação né?** Algo que tem que ir naquele, horário, certinho ir pra lá, lugar meio longe. **A secretaria não só convocou, como comunicou que o curso não era opcional, mas obrigatório.** O curso foi realizado no horário do trabalho, horário contrário. A prefeitura em acordo com o Estado, liberou nosso trabalho à tarde, pra que a gente pudesse se especializar. Então as chamadas eram enviadas para o pessoal. Então **você era obrigado a ir. O que motivou a concluir o curso, foi pra não cortar o meu ponto**⁵⁹ Ah! Vou lhe dizer, pelo menos pra mim, eu soube que daqui a alguns anos só vai continuar agente de saúde quem tiver o curso técnico, como é que você vai perder a sua oportunidade? Pra perder seu trabalho? Não. **Eu fiz o curso porque foi dito que, futuramente só vai continuar quem tiver a formação técnica do agente comunitário de saúde, eu conclui por isso** (ACS “b”, urbano, 2011).*

*Praticamente 99% foi por isso, porque não é pra ter mais agente de saúde, **futuramente, no nome, é pra mudar, é técnico de saúde. Então pra ser técnico em saúde tem que ter o curso técnico, então ele vai ser obrigatório,** porque o curso é nacional* (ACS “d”, urbano, 2011).

*Pra saber até aonde ir, o objetivo final, se ia ter mais e também, **prestar contas a Secretaria Municipal de Saúde*** (ACS “i”, urbano, 2011).

*É mais a forma como chegou [...] **foi de livre e espontânea pressão*** (ACS “f”, urbano, 2011).

*No início **disseram que era obrigatório**, a verdade tem que ser dita. Seria uma preparação, uma preparação né, para o agente comunitário de saúde, a gente tinha que estar preparado. Tinha que fazer o curso, uma capacitação.* (ACS “g”, urbano, 2011).

*É como agente já tinha falado, já tinha comentado, **era essa coisa de obrigatoriedade do curso*** (ACS “k”, urbano, 2011).

A gente não ia com vontade própria, fomos obrigados.** Eu na minha parte não tinha muita vontade não. Uma hora, uma e meia da tarde, esperar por um curso, era obrigatório sim, **era obrigado pela secretaria, então, expectativa de minha parte, não tinha não (ACS “m”, urbano, 2011).

A prefeitura convocou a gente pra ir (ACS “n”, urbano, 2011).

*Nós ficamos sabendo do curso porque eles enviaram um ofício pra gente. **Foi a Secretaria quem passou pra gente do curso, e que todos precisavam se inscrever no curso*** (ACS “p”, rural, 2011).

⁵⁹ A expressão “não cortar” utilizada pela ACS “m” refere-se ao fato de não cortar o ponto do trabalho registrado diariamente. Isto é, reduzir no salário mensal, os dias correspondentes às faltas no curso, embora essa não seja uma situação legal para o funcionário público.

O estímulo foi de livre e espontânea pressão (ACS “s”, rural, 2011).

*Eu acho que o motivo mesmo foi o **medo de perder o emprego**, porque de outro modo se a gente não fizesse o primeiro módulo, não fazia o segundo, então eu acho que é isso, **a gente foi arrastando**.* (ACS “t”, rural, 2011).

*Porque queira ou não, o brasileiro se não mexer no bolso, queira ou não tem o prejuízo ou então o psicológico. Foi o que houve por parte de alguns que **quem quisesse continuar no emprego teria que ter esse curso**. Foi dito pela secretária, pela secretária de saúde. Alguns agentes de saúde foram conversar com a secretária que não ia fazer o curso e ela disse: “**quem quiser continuar como agente de saúde futuramente, tem que ter o curso**”. E isso psicologicamente abala qualquer cidadão brasileiro, o emprego* (ACS “u”, rural, 2011).

Porque a gente vai passar a ser agente técnico da saúde, e não agente de saúde (ACS “b1”, rural, 2011).

A intenção de destacar e quantificar as falas acima, que representam trechos dos relatos de ACS da zona urbana e da zona rural, foi evidenciar como a questão da obrigatoriedade esteve no centro das motivações em relação a participação dos ACS no Curso de Formação. A oferta do Curso, em caráter obrigatório, deu-se para efeito de cumprimento de uma legislação, e aqueles que não se adequassem a essa realidade, estariam sujeitos à demissão.

A oferta do Módulo I do Curso de Formação em ACS, embora estivesse amparada por lei, não se constituiu enquanto demanda de qualificação desses profissionais. A obrigatoriedade em frequentar o curso já foi, por si só, um elemento que funcionou como desmotivador para esses trabalhadores, conforme explicado por vários ACS: “*O estímulo foi de livre e espontânea pressão*” (ACS “s”).

A estruturação de um curso de formação poderia ter resultado de um diagnóstico construído a partir das dificuldades identificadas pelo próprio ACS, em seu trabalho cotidiano. No entanto, o caráter de obrigatoriedade acabou produzindo uma postura negativa dos ACS em relação à participação no Curso; tendo em vista que participariam de uma formação pelo receio ao desemprego, ou melhor, para garantir a estabilidade no mercado de trabalho, conforme expressões de dois ACS da zona rural e um da zona urbana: “*Medo de perder o emprego*” (ACS “t”); “*Quem quisesse continuar no emprego teria que ter esse*

curso” (ACS “b1”); “*Eu fiz o curso porque foi dito que, futuramente só vai continuar⁶⁰ quem tiver a formação técnica do agente comunitário de saúde*” (ACS “b”).

Contrastando com o aspecto negativo da obrigatoriedade, os Agentes apontam para uma perspectiva positiva, que se delineia como possibilidade futura, vinculada à obtenção de uma certificação como “técnicos em saúde”, como declaram três ACS: “*Futuramente só vai continuar quem tiver a formação técnica do agente comunitário de saúde*” (ACS “b”); “*Futuramente, no nome, é pra mudar, é técnico de saúde*” (ACS “i”); “*Porque a gente vai passar a ser agente técnico da saúde*” (ACS “b1”).

Assim, os Agentes colocam em marcha mecanismos de apropriação positiva de uma determinação institucional, recebida com forte carga negativa, num esforço de reverter, mesmo que de forma limitada, a lógica da obrigatoriedade a que se veem submetidos, pois o diploma de “Técnico em Agente Comunitário de Saúde” só será obtido após o término dos três módulos previsto no Plano de curso dessa formação.

Ao que parece, não há evidências sobre esclarecimentos aos ACS, das zonas rural e urbana, quanto à oferta do Curso ser uma garantia à categoria do direito em se qualificar, ou seja, lhe ser assegurado o direito de se profissionalizar, pois, de acordo com as falas de 2 ACS da UBS Souto Diniz (na zona urbana) e 1 ACS da UBS Queimadas (na zona rural), esses profissionais desconheciam os objetivos do Curso, como se confirma nos seus relatos:

Chegou a relação, a lista das turmas, vai começar hoje, vai começar amanhã, do que se tratava, eu não sabia. Eu achei, assim, meio disperso, no sentido de informar a gente, o tempo do curso, no final o que a gente ia lucrar com o curso, se vai ter diploma, enfim, essas coisas que a gente quer saber (ACS “i”, urbano, 2011).

É aquela história, imagine, não tem por onde correr. Quando a gente se inscreveu, pelo menos eu, não sabia exatamente do que se tratava, que seria um curso, que ia durar um ano, se eu não me engano. Disserem que ia durar um ano e meio, mas eu não sabia na verdade, ninguém chegou pra mim e disse é assim, assim, é um curso assim, nadinha e tchau (ACS “m”, urbano, 2011).

Foi comentado aqui sobre esse curso, mas não sabíamos nada. Simplesmente chegou um comunicado aqui com uma semana, que na outra já começava (ACS “t”, rural, 2011).

⁶⁰ A expressão “continuar” do ACS “b” refere-se a permanecer atuando na função de ACS.

A partir dessas falas, é possível inferir que, apesar do movimento que se instituiu em todo o país para garantir a profissionalização do ACS, por meio da criação de leis específicas, os ACS de Itabaiana-SE não revelaram conhecer esse processo. Isso se deve ao fato de instâncias, como a Federação dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado de Sergipe, estarem distantes, muitas vezes, desses profissionais ou não terem uma atuação efetiva, capaz de mobilizar a categoria em prol de seus interesses.

Então, voltemos à questão desta pesquisa: a oferta do Módulo I do Curso de Formação em ACS buscou a qualificação de trabalhadores implicados com o seu fazer, com habilidades de questionar os modelos instituídos, pensar novos modelos e operacionalizá-los em sua rotina de trabalho? Ou, a preocupação com a formação se restringiu ao âmbito quantitativo, com formação oferecida em larga escala, tal como exigido nas legislações?

Constata-se, por meio dos relatos, que o Módulo I do Curso fora ofertado a esses trabalhadores para efeito de cumprimento da exigência posta em legislação (Lei Nº 10.507/2002 e Lei Nº 11.350/ 2006), não havendo preocupação da gestão em informar aos ACS que a referida formação é fruto de conquistas da própria categoria. O processo formativo ofertado deveria, ainda, responder às necessidades de qualificação desses profissionais que estavam mobilizados para aprender, ou seja, contemplando, inclusive, atividades práticas que despertassem a reflexão para revisões no cotidiano do trabalho. Ao invés disso, o Módulo I repercutiu uma formação de caráter obrigatório, pelo medo de perder o emprego, e na esperança de se tornar técnico, com vista ao aumento salarial.

Desse modo, o que faltou para atender às necessidades da Formação dos ACS no município de Itabaiana-SE? Qual o limite do esforço desses trabalhadores para concluir o Curso?

Motivação para participar do curso de Formação em ACS

Alguns elementos do Curso implicaram positivamente, ou negativamente, na questão da motivação dos Agentes, tanto da zona urbana, quanto os da zona rural. Tais elementos estão postos em duas dimensões: uma de ordem administrativa e outra, pedagógica. Quanto às questões administrativas, as dificuldades foram identificadas a partir das narrativas dos ACS,

em relação à ausência da Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana – SE, no Curso de Formação em ACS, ao transporte e à estrutura física do local em que fora realizado.

A gestão local não esteve em nenhum momento no Colégio Estadual Murilo Braga, onde ocorreu o Curso, para discutir sobre as necessidades dos ACS's em relação à formação. Mas, preocupou-se em monitorar as frequências dos alunos no Curso, conforme registrado na fala de 2 Agentes da zona rural: um da UBS Queimadas e o outro da UBS Matapoã:

*Era obrigatório a gente fazer o curso. Só que **eles não fizeram fiscalização, não foram fazer nenhuma visita** para ver como estava andando o curso. (ACS “q”, rural, 2011).*

*A Secretaria de Saúde deveria fazer uma fiscalização. Durante os dias que eu fui eu não vi essa fiscalização, de forma alguma, eu acho que a Secretaria, não sabe nem como cobrar o agente hoje. Nem como uma pergunta que você acabou de fazer sobre a aplicabilidade do curso na área, ninguém da Secretaria pode fazer porque eu acho que **eles não sabem o que a gente estava fazendo no curso**. Eu acho que **alguém lá deveria ter tido acesso ao material para ler pra depois fazer uma pergunta pra gente**, acredito eu que isso não aconteceu (ACS “u”, rural, 2011).*

Esses trabalhadores relatam não ter percebido uma preocupação da Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana-SE em acompanhar a dinâmica do Curso e conhecer os seus conteúdos programáticos. A partir da ótica dos ACS, o acompanhamento da gestão seria muito significativo para esses trabalhadores. Ao que parece, tal escuta não foi realizada, implicando nos desdobramentos de outras dificuldades enfrentadas pelo ACS durante o curso.

A questão do transporte foi indicada como uma dessas dificuldades enfrentadas pelos Agentes para que se deslocassem do seu local de trabalho ou de suas casas para o Colégio Estadual Murilo Braga, onde foi realizado o Curso, em Itabaiana-SE. Esse aspecto foi apontado por 4 ACS da zona urbana, e 6 da zona rural, conforme relatos a seguir:

***É muito longe. Gastar com moto-taxi. Já é esse dinheiro michado pra o lanche da tarde, pra comprar água também, que tem que comprar.** Então é um curso **fia**⁶¹, sem, assim... bom pra umas coisas e péssimo pra outras (ACS “a”, urbano, 2011).*

***Era muito longe.** Era a gente que pagava e olhe que nós morávamos mais próximo, mais o pessoal do povoado tinha que pagar transporte, porque*

⁶¹ A expressão “Fia” utilizada pela ACS “a”, quer dizer “filha”. Quando a ACS “a” dirige a fala ao outro.

nem o município oferecia, nem tão pouco, o posto⁶² né? (ACS “e”, urbano, 2011).

A distância foi uma dificuldade pra gente. Deveriam disponibilizar uma área aqui mais próxima pra não deslocar, porque também tinha agente de saúde do Bairro Miguel Teles, que vinha pra cá. Distante, não tinha ajuda nenhuma do curso, todo dia pagava transporte pra poder vir (ACS “f”, urbano, 2011).

Tinha que tirar do bolso né? Pra não vim a pé (ACS “g”, urbano, 2011).

(...) pagava oito reais por dia pra ir. Eu morava em Macambira, e ia arruando isso tudo, porque por aqui não tinha transporte direto, e não tinha moto pra ir pra casa, eu tinha que ligar pra casa, pra ir uma moto de lá porque não tinha como me deslocar até em casa, então eu acredito que a gente se interessou, se não, a gente não tinha participado do bendito curso desse (ACS “s”, rural, 2011).

Nós fomos procurar saber se o município estava responsável pelo transporte. E a secretaria informou que não. Ai ficou assim, a gente ficou pagando. Íamos todos os dias. De segunda a sexta menos os feriados. E tínhamos que pagar passagem porque ficava distante. A dificuldade desse curso pra nós que moramos aqui, é isso. É a questão do transporte (...). Eu acho que deveria ter um transporte pra gente, pelo menos na zona rural, se tivesse um transporte, seria bom. Porque pegava primeiro ela e depois, uma agente de saúde e depois vinha por aqui. A gente poderia esperar, pelo menos na BR, pra não entrar nos povoados que demora também (ACS “x”, rural, 2011).

Foi difícil, pra gente que mora no interior, foi difícil. Mas nós não desistimos, continuamos, apesar das dificuldades. Porque nos tivemos muitas dificuldades. Do transporte, do trabalho. Mesmo porque a gente tinha que dar conta de tudo (ACS “y”, rural 2011).

Quem mora distante, pra vim na perna, pra vim aqui pra pista, pra enfrentar, pra pegar topic, pra chegar... A gente não trabalhava quase nada (ACS “z”, rural, 2011).

Porque eu mesmo, tive mais dificuldades, porque moro mais distante pra pegar transporte, e eu dependo do transporte da escola. Elas moram perto da BR, aí fica mais fácil pegar o transporte, e eu já fico mais distante. Eu que saía de uma área distante, mais de 2 km. Pra vim pra BR, pegar transporte. (ACS “a1”, rural, 2011).

As escolas entraram de férias, os transportes dos estudantes pararam, e a gente teve que botar do bolso da gente (ACS “b1”, rural, 2011).

Dois fatores estão associados à dificuldade do transporte: a distância de alguns povoados até a estrada principal, BR 235, onde havia a possibilidade de transporte para

⁶² O posto equivale à Unidade Básica de Saúde.

chegar à cidade; e as despesas financeiras que esses profissionais tiveram para assumir o pagamento integral do seu deslocamento ao Curso.

Além das despesas com o transporte, os ACS ainda tiveram que assumir a compra de água e lanche, conforme explicado: *“Já é esse dinheiro michado pra o lanche da tarde, pra comprar água também, que tem que comprar”* (ACS “a”, 2011).

Apesar de existir uma queixa maior dos ACS da zona rural em relação ao transporte, por estarem geograficamente mais distantes do centro da cidade de Itabaiana-SE, os ACS da zona urbana também sentiram dificuldades de locomoção, uma vez que o Colégio Estadual Murilo Braga localiza-se numa região distante do centro da cidade. Embora os Agentes tenham se deparado com tais dificuldades, eles permaneceram e concluíram o Curso, buscando responder à questão da obrigatoriedade imposta pela Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana-se.

Outro tipo de dificuldade relatada por eles refere-se à estrutura física do Colégio Estadual Murilo Braga. Esse aspecto foi mencionado em todos os grupos focais realizados nas 5 Unidades Básicas de Saúde. Destaca-se aqui: 2 ACS da UBS Lauro Maia, 3 da UBS Multirão, 3 da UBS Souto Diniz, 3 da UBS Queimadas, e 2 da UBS Matapoã, totalizando 13 ACS (dez ACS da zona urbana e sete da zona rural). Vejamos alguns desses relatos:

O local foi ruim. É, até os próprios instrutores também reclamaram. Era péssimo. A sala tinha horas que parecia uma lixeira, não tinha um lixeiro. Uma vez eu fui pegar a vassoura, peguei a vassoura e fui varrer (ACS “c”, cidade, 2011).

O prédio mesmo era precário, o colégio é precário. O banheiro nem se fala. E o banheiro de homem já fede, imagine lá dentro! (ACS “d”, cidade, 2011).

Assim o local, também, que ofereceram pra gente estudar, não era adequado. O espaço físico pra mim não foi legal, não foi bom. A água, não tinha uma água pra você beber, tinha que levar ou comprar, e banheiro misericórdia! Tinha dias que você chegava e voltava do mesmo jeito que você não podia entrar no banheiro, era uma tristeza. Quer dizer, era desorganizado. Pra mim a negatividade foi só em relação à escola escolhida? (ACS “e”, cidade, 2011).

Eu sei que pra finalizar, colocaram a gente numa sala que parecia um inferno, parecia um inferno de quente. Pra mim, o pior foi o espaço, assim, que reservaram pra gente. O espaço físico foi horrível (ACS “f”, cidade, 2011).

*A escola tinha sala de aula ampla, mas o **banheiro era sujo**. Um calor, **não tinha ventilador**. Banheiros... **Não tinha água** (ACS “g”, cidade, 2011).*

*Olhe, o curso é bom, mas o quê? O local, assim, o Murilo Braga onde colocaram... Acho que o Estado... tanto lugar que tem... Lá era um barulho. **O local não era apropriado pra gente** (ACS “l”, cidade, 2011).*

*Você vê que é uma poeira, **a sala estava suja**, você chegava lá, **cheio de mosquito, horrível!** Você ficava com medo do mosquito lhe morder (ACS “m”, cidade, 2011).*

***E o barulho?** Os meninos assim... Infelizmente, os adolescentes⁶³ ficavam com o celular ligado (ACS “n”, cidade, 2011).*

***O curso foi fornecido em um local que não tinha muita estrutura**, a gente era cuidando de sala, porque uma sala não tinha tomada, porque **se quisesse passar um filme tinha que mudar pra outro lugar**. Chegava em outro lugar estava ocupado, aí a gente ficava assim, o tempo todo desse jeito, **quando chovia, nós não tínhamos como ficar na sala porque era chuva por todo lado** (ACS “q”, rural, 2011).*

*Olhe pra você ter uma ideia, nessa escola, **a sala que a gente estava, não tinha janela**, quando chovia tinha que correr pro outro lado porque não tinha janela. Nós tínhamos medo de vir uma pedra de lá pra cá e abrir a cabeça de alguém, nós olhávamos pra cima e pensava meu Cristo! Aqui nós não vamos morrer! Ai a gente não tinha água. Se a gente não comprasse tinha que tomar daquele bebedouro lá quente, **o banheiro era horrível**, pra gente utilizar... quem entrasse lá dentro já prendia a respiração. Era só na saída, porque se passasse... coitadinha, o mal cheiro! Tudo que você pensasse. E nos primeiros dias a gente não tinha nem onde sentar. **A limpeza, éramos nós mesmos que fazíamos pra sentar**. Não tinha aula e o **colégio estava abandonado. O mato bem grande!** (ACS “s”, rural, 2011).*

*O colégio parece que não tinha uso por parte dos alunos, e a noite eu acho que alguns alunos ao invés deles irem no banheiro, faziam na sala mesmo, porque no primeiro dia **numa sala que a gente entrou, num canto tava lá aquela água que não era água, tava ali. No popular, dejetos humanos**. (ACS “u”, rural 2011).*

*E a sala ficou de frente para o sol e à tarde, além do cansaço do trabalho da gente, chega na sala, **a sala muito quente porque fica exposta assim, do lado do sol**. Essa situação deixava a gente muito cansado, porque a gente chegava lá, cansado, numa sala quente, sem água. **O local do curso não foi bom não**. (ACS “x”, rural 2011).*

***Sem ter higiene na sala**, porque a gente pegava folhas do caderno pra passar nas cadeiras. **Cheio de marimbondo**, voando na cabeça da gente, só faltava morderem. Minha prima pegava o fio das coisas, pra tentar ligar o ventilador, porque **a instalação era uma negação**. Não tinha instalação, **pegava a pontinha de um fio e de outro e emendava**. Esperávamos ela*

⁶³ Os adolescentes aos quais a ACS “n” refere-se são os alunos do ensino médio regular que estudavam no Colégio Estadual Murilo Braga no mesmo horário do curso de Formação em ACS.

chegar, porque só ela tinha coragem de mexer no fio, pra encaixar um no outro pro ventilador ligar (ACS “b1”, rural 2011).

A insatisfação demonstrada por esses trabalhadores impacta, negativamente, no processo de aprendizagem, na medida em que o processo de concentração é dificultado devido ao cenário caótico enfrentado pelos ACS: salas quentes, sujas, com pouca ventilação, acústica péssima e sem condições de fazer uso de dispositivos tecnológicos, carteiras e banheiros sujos, além da falta de água.

Conforme apresentado no capítulo 3, a ETSUS fez uso de um instrumento de avaliação (ver anexo 03), para verificar as condições físicas e estruturais dos espaços onde seriam realizadas as aulas. No documento intitulado “Roteiro de visita aos municípios para verificação de espaço físico destinado à sala de aula”, da ETSUS/SE, deveriam ser observados os seguintes itens: localização, ventilação, iluminação, acústica, instalações sanitárias, bebedouros.

Então, o que leva os responsáveis pelo Curso manter a formação dos ACS em um espaço com estrutura inadequada? É possível que os elementos de ordem administrativa do curso (infraestrutura e logística) tenham adquirido um lugar secundário na execução do Curso de Formação em ACS? Os elementos de ordem pedagógica assumiram um lugar de maior prestígio na realização do referido Curso? Esses são questionamentos, elaborados a partir do levantamento dos dados, que se somam às inquietações desta pesquisa.

A motivação para participação do Curso esteve permeada por elementos que causaram desestímulos decorrentes de dificuldades enfrentadas, conforme citado: a distância da residência ou do trabalho até a escola onde foi realizado o Curso; as despesas com transportes, água e alimentação; as condições inadequadas de espaço físico. Todos esses fatores foram identificados como negativos no processo de formação desses trabalhadores.

Quanto aos fatores de ordem pedagógica, destacam-se: conteúdo do Curso; qualificação dos docentes; material didático e pedagógico; retorno aos estudos e conciliação com outros cursos; necessidade do ACS conciliar o trabalho com o Curso de Formação. Esse conjunto de fatores se associa de múltiplas formas no discurso dos ACS, ora atuando como elemento dificultador ora como facilitador quando consideramos a participação dos ACS no referido Curso.

Nos grupos focais, 9 ACS manifestaram-se em relação ao conteúdo proposto no Curso, sendo 5 da zona urbana e 4 da zona rural. Desses 9, 5 relataram já ter conhecimento do conteúdo trabalhado; 2 não identificaram aplicabilidade do conteúdo em seu trabalho cotidiano; 1 compreendeu que o Curso ofertou poucas informações; e 1 apontou a ausência de conteúdos mais específicos do trabalho do ACS, conforme explicitado nas falas desses profissionais:

Pra mim os conteúdos não ajudaram na prática, porque não que você saiba tudo. Claro que uma novidade, é muito bom! Mas vimos o que nós já sabíamos (ACS “b”, urbano, 2011).

O primeiro módulo, assim, ajudou, acho que ajudou um pouco. Eu acho que devia ser mais específico, um curso mais específico para o agente. Eu acho que conta muito a história, a história do SUS. É porque assim, claro que também tem que ir também na história do trabalho, isso e aquilo, mas eu acho que deveria ser mais específico mesmo (ACS “d”, urbano, 2011).

Eu achei muito pouco, para o que falaram. Poucas informações. O mesmo assunto pra pouco tempo, porque a última apostila que a gente fez, era um assunto pra gente ver em uma semana, e vimos em três dias, não foi? (ACS “e”, urbano, 2011).

No papel muita coisa não condiz com nossa realidade. A gente notou que não é essa realidade no dia-a-dia do agente de saúde. Toda luz que vem pra ajudar é importante, mas muita coisa não bate com a realidade em nada, totalmente diferente do que falta (ACS “i”, urbano, 2011).

Teve um caso, para tentar modificar a estrutura de nosso posto, um projeto de intervenção. Aí, a gente colocou o que tinha que ser modificado, mas a gente sabe que aquilo nunca vai acontecer, porque aqui dentro tem que tirar essa escada, construir uma rampa, tinha que tirar o banheiro que é de frente à copa. Olhe sem nexo! Não adianta falar uma coisa que nunca vai acontecer. Você fica estudando uma coisa que só vai ficar naquele papel, na teoria, nunca vai pôr em prática. O que aconteceu no primeiro módulo, eu não mudei praticamente nada no meu dia-a-dia, dentro do primeiro módulo. As coisas que me informaram, foi muito superficial. Algumas coisas que não tinha necessidade, eles se aprofundavam muito, da história do SUS, como surgiu, essas coisas assim, queria mostrar que o SUS era uma maravilha, e que a gente sabe que no fundo no fundo, eles ficavam só repetindo. Na teoria é fácil, né? E quando ia para a parte prática de erradicar as doenças, de mostrar, ficou muito superficial. (ACS “m”, urbano, 2011).

Pra mim também, só correria. Aprendizado, nada mais do que eu já sabia (ACS “q”, rural, 2011).

Eu acho que contribuiu quase nada. Não vou dizer que foi nada, porque a gente sempre aprende um pouquinho, mas tudo que foi passado lá, a gente já tinha conhecimento no dia-a-dia, que a gente já fazia no dia-a-dia, não teve uma coisa muito diferente que fosse contribuir mais. Contribuiu,

*porque aprendizado sempre contribui, mas eu acredito que não teve uma coisa que dissesse assim, antes e depois do curso, eu acho que não... Serviu como uma revisão, coisas que eu havia feito num treinamento há muito tempo atrás, fui obrigado a dar uma lida e passar para o papel. Serviu de uma revisão, fez com que eu lembrasse. Ai facilita, que se alguém vier perguntar você já liga tudo, só essa revisão, só a revisão do que eu já sabia. Foi realmente como ela disse, novo, algo de novo que realmente possa ser usado, que eu lembre não teve não, novo mesmo, **algo de novo, não**. (ACS “u”, rural, 2011).*

*Ai quer dizer o que veio passar agora, pra mim, **foi só lembrança do que já tinha visto**, que tinha feito. (ACS “z”, rural, 2011).*

*Olhe, interesse até hoje tem, mas é o seguinte, **a gente não aprendeu nada além do que a gente já sabia**, eu pensei que era uma coisa nova mas não me surpreendeu não (ACS “a1”, rural, 2011).*

*Tudo que eles falaram é o que já está na área. **A gente já sabia**, porque o cadastramento, por exemplo. Entendeu? (ACS “b1”, rural, 2011).*

Os relatos dos ACS da zona urbana e rural expressam que os conteúdos deveriam ser permeados por situações de aprendizagem prática, pois o que foi apresentado não condiz com a realidade deles. Esses profissionais explicitam o desejo de uma formação que apresente aspectos históricos “*claro que também tem que ir também na história do trabalho, isso e aquilo*”, mas também trabalhe com questões referentes às atividades laborais do ACS, “*devia ser mais específico*” (ACS “d”).

Essas questões práticas estão relacionadas com o ensino técnico e profissionalizante, no qual a sociedade reconhece, historicamente, como uma porta para empregabilidade, ou manutenção do sujeito nessa situação. Isso porque a Educação Profissional em Saúde esteve sustentada pelo tripé educação, trabalho e assistencialismo. Esse último aspecto, bastante enfatizado por ser uma modalidade de educação que, por muito tempo, esteve voltado para as classes menos favorecidas.

O fato dos ACS terem acesso a conteúdos que já conheciam - “*a gente não aprendeu nada além do que a gente já sabia*” (ACS “a1”) -, não implicou em contribuição para o desenvolvimento de suas atividades profissionais cotidianas - “*No papel muita coisa não condiz com nossa realidade*” (ACS “i”). Segundo esses profissionais, as informações foram insuficientes para refletir nas ações desenvolvidas por eles diariamente: “*Na teoria é fácil, né? E quando ia para a parte prática de erradicar as doenças, de mostrar, ficou muito superficial*” (ACS “m”).

Um dos elementos apontados como motivador para que o ACS participasse do Curso foi a necessidade de adquirir conhecimentos que dialogassem com o seu fazer no trabalho diário, no entanto, os depoimentos aqui apresentados indicam que não houve a satisfação dessa demanda do ACS.

O Curso também aparece como um processo de revisão de conteúdos, que foram vistos pelos ACS em outros momentos de qualificação mais aligeiradas, com carga horária de 20 ou 40 horas, no máximo. Em sua trajetória histórica, esses profissionais foram privados de uma formação completa. Eram capacitados por demandas pontuais, conforme relembram 3 ACS (uma da zona urbana e duas da zona rural).

Na realidade, a Secretaria de Saúde fazia cursos e passava os conteúdos para as enfermeiras, e essas enfermeiras deveriam passar os conteúdos aprendidos para seus agentes de saúde. Só que isso não acontecia. A Secretaria só mandava a enfermeira passar para o agente de saúde, aquilo que era muito importante pra gente. Assim, uma coisa pra gente ficar informado (ACS “a”, urbano 2011)

Eu fiz uma semana, porque era todo início de programa, quando lançaram o programa a gente passou uma semana. Depois sempre tinha. Quase todos os meses tinha treinamento, pra gente. (ACS “x”, rural, 2011).

Quando começou, a gente passou oito dias sem vim em casa, com os médicos os enfermeiros, um curso direto, que era na Secretaria de Saúde. Passava o domingo lá, a gente descia na segunda e só voltava no sábado[...]. Agora, foi uma semana. Quando entramos logo tivemos curso sobre a mortalidade infantil, a desnutrição, como resolver os problemas da comunidade, aleitamento materno, diarreia, começava por aí, e sobre os, primeiros socorros. Quando começou foi isso aí. Alimentação alternativa para essas crianças de baixo peso. [...] A gente passou a conhecer nesses cursos também sobre drogas, sobre álcool. Ah! Nós fizemos muitos cursos, no começo foram muitos. (ACS “z”, rural, 2011).

É possível perceber que os cursos e treinamentos aconteciam de forma fragmentada, objetivando atender às demandas por programas: saúde da criança, do idoso, mulher, vacinas, dentre outros. Desse modo, o ACS ficava privado de ter acesso à totalidade dos conteúdos abordados, estando vulnerável à ação multiplicadora das enfermeiras, responsáveis por acompanhar os cursos e repassar conteúdos e técnicas para os ACS's, ou ainda, quando esses ACS participavam dos cursos, ficavam limitados às demandas de programas advindos do Ministério da Saúde, sem considerar às singularidades locais e suas necessidades de Formação.

Até 2005, foram ofertados cursos aos ACS, cujo conteúdo variava conforme os problemas de saúde a serem enfrentados pelo país. Eram cursos pulverizados em várias ações que não se constituíam como uma formação consistente (MOROSINI, 2010). A partir desse contexto, a educação, no sentido mais genérico, e especialmente a educação profissional, buscou atender às necessidades do capitalismo. Para tanto, ofertou-se conhecimentos aos indivíduos de forma parcelada, pois sob a égide do capitalismo, cabe à educação formar profissionais disciplinados, dedicados ao trabalho e, portanto, produtivos para o capital (PEREIRA, 2006).

Esse é o cenário da formação dos ACS, em Itabaiana-SE, e em todos os demais municípios de Sergipe, onde existe uma oferta do Curso restrita ao Módulo I, até o momento, e, portanto, insuficiente frente às demandas apontadas por esses profissionais. As falas dos Agentes apontam para a importância em dar continuidade à formação e ao aprofundamento dos conteúdos se aproximando, cada vez mais, de uma reflexão sobre o fazer cotidiano desses profissionais no trabalho em saúde.

No que diz respeito à atuação dos docentes, 5 ACS avaliaram como negativa e desmotivadora para o processo de aprendizagem. Desses, apenas 1 ACS atua na zona urbana.

Eu acho que faltou um pouco orientar sobre o curso. Eles não tinham ainda como saber como seria o curso. O professor mesmo sabia. Já tinham a apostila estipulada pela ETSUS, então o professor lia aquilo ali. Não ia pesquisar pra debater em sala de aula. Então assim, foi um pouco desorganizado nesse sentido. (ACS “m”, cidade, 2011).

É porque as professoras que aplicaram o curso pra gente, elas eram de áreas diferentes. Muitas vezes quem explicava o conteúdo, éramos nós, elas não estavam preparadas. E outros problemas também. Assim em relação a nossa turma no curso é que foram duas professoras. Aí uma sempre ficava esperando pela outra. Essa associação de dois professores na mesma sala, na mesma turma, na nossa turma não deu certo. Elas planejavam a aula, no momento, “há você vai fazer isso, eu faço aquilo”. A gente chegava no colégio onde estava sendo aplicado o curso, uma hora, uma e meia da tarde, quando elas vinham começar a passar o conteúdo, era umas três horas da tarde. (ACS “p”, rural, 2011).

Eu acho que no terminar do curso, elas ganharam muito mais do que nós, porque elas aprenderam coisa que a gente já sabia. O que a gente fizesse pra elas estava tudo ótimo, maravilhoso, porque elas não entendiam nada da área, nem se interessavam ler o assunto antes, pra pesquisar, pra procurar informação pra passar pra gente. (ACS “q”, rural, 2011).

Nós tivemos uns instrutores de péssima qualidade, não sei se foi o caso de todas as turmas, mas a nossa turma, realmente deixou muito a desejar. A

*gente não tinha pra onde correr, não tinha como tirar uma dúvida, porque não tinha condições mesmo de fazer. **Eu não sei o que aconteceu, pra colocar pessoas tão desqualificadas pra dar um curso daquele,** porque material, a única coisa que sobrou pra mim, quando eu olho a pasta, a única coisa que sobrou pra mim foi essa bagagem⁶⁴ Porque o material é muito bom, mas que por incentivo do curso, foi só o que levei. [...] elas não sabiam nem o que tava pedindo. Aí exercício tal, traga respondido amanhã. Como é que vou trazer respondido, se ela não discutiu na sala? **Elas não sabiam passar. A gente entendia o que tava pedindo, mas elas passavam que era de outra forma.** Eu não sei, como já falei no início, eu não sei as outras turmas, mas a nossa turma infelizmente, nós não tivemos uma tutoria, muito menos o instrutor, nenhuma das três, nós fomos... ali foi um trio (ACS “s”, rural 2011).*

*Geralmente quando a gente chegava, segunda semana de dispersão, a gente ainda tava na primeira na apostila. **A tutoria estava em uma e as professoras estavam em outra, dificilmente dava certo. A gente lia o exercício entendia de um jeito e elas pediam outra coisa,** quando a gente ia perguntar a elas, aí elas ficavam assim e iam [...] **As professoras, elas não liam antes pra poder chegar lá e dizer,** olhe o texto é assim, assim. Não ela chegava lá **lia um pouquinho, uma ficava esperando pela outra.** Findava que a gente não lia muito, não procurava ler bem o texto, porque não tinha tempo, a gente trabalhava, chegava em casa era hora de ir para o curso, chegava em casa de noite ia fazer outras coisas, né? [...] Aí findou que **Os professores não conseguiam passar para gente.** (ACS “t”, rural, 2011).*

Parece então, que o problema do despreparo e da falta de compromisso docente teve um foco maior na zona rural, sendo alvo de críticas em 2 grupos focais nas UBSs Queimadas e Matapoã, dos 3 grupos realizados nessa área. Já na zona urbana, apenas 1 ACS da UBS Souto Diniz localizou esse problema.

A estratégia da seleção simplificada e da capacitação pedagógica, desenvolvida pela Escola Técnica do SUS, em Sergipe, parece não ter sido suficiente, pois, na prática, os próprios alunos reconhecem a pouca qualificação de alguns dos docentes. A qualificação dos docentes tem sido tema de diversas discussões junto à rede de Escolas Técnicas do SUS. O dilema é ter, ou não, um corpo docente nas ETSUS, considerando que os cursos são temporários e são realizados, em sua maioria, por demanda do próprio sistema, a partir de indicadores de saúde, ou seja, o curso pode ser ofertado em um ano para 3.000 trabalhadores, e depois não ser mais ofertado.

⁶⁴ A “bagagem” a qual a ACS “s” fala, são todos os textos e atividades disponibilizados pela escola aos ACS. Esses textos estão organizados em cinco Unidades de Produção Pedagógica – UPP, conformando assim, o livro “Módulo I dos Cursos Técnicos da ETSUS”. As turmas de 2010 não receberam os livros impressos, somente as cópias, pois o material, naquele momento, encontrava-se na gráfica. Mas, segundo informações da coordenação, todos os alunos que concluíram o módulo I do curso de Formação em ACS em 2010, receberão os livros completos.

Então, parecem estar postas duas questões: as mudanças e acréscimos acelerados nas demandas de formação técnica para o SUS, a partir principalmente do quadro epidemiológico do país; e os desafios das ETSUS's em qualificarem um corpo docente amplo, a exemplo da Formação em ACS que demandou a contratação de mais de 300 profissionais entre docentes e tutores, para atuar em cursos descentralizados da capital.

Dada essa questão, compreende-se que existem disciplinas comuns a diversos campos da formação técnica no SUS, a exemplo do histórico do SUS, políticas de saúde, processo saúde-doença, educação em saúde, território e que, portanto, é possível conformar um corpo docente mínimo, fixo na ETSUS, que transite por essas áreas da saúde coletiva, com possibilidade de atuar não só como docentes, mas como pesquisadores da escola.

E o que falam os ACS das outras 3 UBSs sobre os docentes? Alguns ACS das UBSs Lauro Maia e Multirão, localizadas na zona urbana e da UBS Matapoã, na zona rural, em contraposição aos relatos apresentados até o momento sobre a atuação dos docentes no Curso, citaram aspectos positivos que motivaram a permanência no Curso de Formação em ACS, tal como indicam as falas a seguir:

***E elas (docentes) também eram boas profissionais.** Elas passaram pra nós aqui...Ela aprendeu conosco, também. Ela passou e também aprendeu* (ACS "c", urbano, 2011).

***Eram professores bons, capacitados, nós gostávamos dos professores, o material, certo! O espaço, que não tinha ... não ofereceu nada. Agora os professores eram bons.** Se tivesse que dá os assuntos no tempo certinho, teria sido bem melhor, não era?* (ACS "g", urbano, 2011).

***Eu achei que a professora era muito boa.** Eu acho que era muito bem.* (ACS "i", urbano, 2011).

Se a gente chegasse lá estressado, com ela melhorava.** Teve dia mesmo que cheguei na sala com problemas, chorando, se acabando... Ai, assim, um conhecimento que teve coincidência, e nesse dia ela tava dando uma aula, justamente sobre isso, né? Quando a pessoa fica estressada, briga e chora. Aí, ela acalma a pessoa. **Ela é uma ótima professora. (ACS "x", rural, 2011).

*Assim a gente também mudou de professores. **O primeiro, pra falar a verdade foi uma negação, foi péssimo, agora, os dois últimos foi bom.** Principalmente aquele show que ela deu na aula de psicologia. Ah! **Eu amei aquela aula, pra falar a verdade, botou pra lá! Parece que nós fomos privilegiados com os professores, não os dois primeiros, mas os dois últimos, pra falar a verdade, foi muito bom.*** (ACS "a1", rural, 2011).

Eles ensinavam mesmo com vontade, eles tiravam as dúvidas da gente. Perguntavam se tinha alguma dúvida, eu gostei! (ACS “b1”, rural, 2011).

Percebe-se, portanto, que 3 ACS da zona urbana manifestaram satisfação em relação a atuação e qualificação dos docentes, enquanto na zona rural, 3 ACS discordam do nível de qualificação dos docentes. Ao que parece, os docentes que lecionaram na zona urbana são profissionais mais preparados, quanto à didática e ao domínio de conteúdos, em relação àqueles que atuaram na zona rural.

Um dado interessante a ser observado é que os ACS da zona rural, os quais indicam uma maior proporção de críticas em relação aos docentes, são também os que possuem o maior nível de escolaridade, de acordo com a tabela Nº 09 (apresentada no Capítulo 3, p.80).

Outro aspecto apontado pelos alunos foi o material didático e pedagógico, que atuou, por sua vez, como estímulo positivo em relação ao Curso. Sobre esse aspecto, manifestaram-se 5 alunos da zona urbana e 7 da zona rural.

Acho que o material era muito... a linguagem é muito elaborada, é muito acadêmica mesmo para o nível dos alunos. Para quem tava estudando, conseguia muito bem acompanhar, mas para maioria que não estava estudando, que já faz muito tempo... Era pra ser simples, mas na verdade... Principalmente as primeiras unidades. Já no final era uma linguagem mais acessível. A princípio, logo no início, era bem... (ACS “b”, urbano, 2011).

Ela disse que a editora tava imprimindo os livros que tinham, a própria diretora. As apostilas não vinham completas, era isso. Eu peguei a apostila, não vinham completas e pronto. (ACS “f”, urbano, 2011).

E essas questões todas, são sucintas, quase todas, a gente lê, interpreta, pensa, aquela coisa bem demorada. É como as meninas falaram, você passa realmente o final de semana todo só pra estudar aquilo ali. Eu deixava de fazer outras atividades particular, pra estudar, porque as questões eram bem complicadinhas. E era tipo uma sequência, você fazia a segunda, olhava a primeira e aí, sucessivamente (ACS “k”, urbano, 2011).

E as atividades tinham primeira, segunda, questão, tinha questões que tinham dez itens (ACS “l”, urbano, 2011).

Eu gostei do material! Muito extenso, para pouco tempo, eram muitas atividades, você ter que fazer três, quatro atividades numa aula, e ainda no final de semana fazia em casa, quando chegava o cronograma, que tinha que ser feito, era UPP, unidade de produção, de não sei o quê... Eram muitas atividades para pouco tempo, não dava pra você ir devagar, tinha que correr realmente no conteúdo, porque a apostila era extensa (ACS “m”, urbano, 2011).

Em relação também ao material... Assim, o material é de qualidade, mas muitas vezes chegava atrasado era xerocado, porque, na maioria dos cursos em que a gente vê, do Estado, são materiais encadernados, todos bonitinhos, e o da gente não. Era sempre xerox, nem sempre tinha para todos né? Tinha que juntar os grupos pra poder utilizar o material. Mas sempre o material era de qualidade, era bastante interessante. (ACS “p”, rural, 2011).

Apesar de que, a gente lendo o material que foi fornecido era muito interessante, mas a maneira delas passarem, é que assim a gente não tinha nem noção. A gente começava a entender, depois quando lia em casa, que era uma coisa interessante, mais... A única coisa interessante era o conteúdo das apostilas era muito bom, que falava de coisas que a gente não sabia do SUS (ACS “q”, rural, 2011).

Na minha bagagem só ficou o material, né. Não vou dizer a você que vou desconsiderar o material, o material é muito bom, só foi mal passado (ACS s, rural, 2011).

O material realmente era bom, mas a gente não soube, assim, não tinha como a gente pegar e ver que seria útil pra gente no trabalho, porque a gente não tinha esse tempo, e o curso não conseguia passar. (ACS “t”, rural, 2011).

Mas, com certeza com o material que nós temos em casa, que foi o que restou de bom pra gente, foi esse material... Hoje, qualquer dúvida que você tiver sobre o SUS, você tem como tirar, com certeza, certo? Agora, o material redigido, realmente pra qualquer concurso da área de saúde, pode ser um bom material (ACS “u”, rural, 2011).

Na apostila, explicava tudo certinho. Do material não tenho do que reclamar, não (ACS “x”, rural, 2011).

Rapaz, o material foi interessante! (ACS “a1”, rural, 2011).

A totalidade dos ACS da zona urbana possui nível médio e, segundo os relatos, parecem ter tido os melhores docentes, em relação à didática utilizada e ao domínio dos conteúdos estudados. No entanto, foram esses profissionais, que apontaram críticas negativas ao material didático e pedagógico do Curso nos seguintes aspectos: 1 aluno queixou-se da dificuldade com a linguagem e 3 ACS indicaram insatisfação em relação ao excesso e à complexidade das atividades, o que demandava desse profissional tempo e dedicação extraclasse.

Já os 7 ACS citados da zona rural, que possuem o maior nível de escolarização e que tiveram professores menos aptos quanto à didática e ao domínio dos conteúdos, não apresentaram as dificuldades relatadas pelos ACS da zona urbana quanto ao material disponibilizado. Ao contrário, consideraram que o material didático e pedagógico significa

uma herança preciosa do Curso, cujo conteúdo é “*bastante interessante*”, de “*boa qualidade*”. É um material que contribuiu para eles refletirem sobre o processo cotidiano de seu trabalho no SUS.

Apesar disso, registraram-se críticas (1 ACS da zona rural e outro da zona urbana) quanto ao fato de o material de suporte não ser impresso, mas em cópias reprográficas nem sempre na quantidade devida, indicando problemas na organização do Curso. Outra questão pontuada por um dos Agentes da zona rural é que o material poderia ser melhor utilizado, provavelmente pelos docentes. Voltamos, portanto, a questão da qualificação docente.

Muitas são as questões que emergem sobre esse processo de formação. Os fatores intervenientes, quanto aos docentes e ao nível de criticidade entre os Agentes Comunitários de Saúde, resultam em um conjunto de elementos que os diferenciam quanto a estarem inseridos num contexto rural ou urbano, dada a heterogeneidade do discurso desses sujeitos. Destacam-se ainda dois desafios que interferiram na participação dos ACS no Módulo I do Curso de Formação: o primeiro refere-se ao fato de 2 Agentes (zona urbana) declararem estar afastados dos estudos há algum tempo. O segundo desafio trata-se da necessidade de outras 3 profissionais (zona rural) conciliarem o Curso com os estudos da Graduação.

***Já conheci muitos agentes que tão fazendo universidade.** Aí, faz à noite, aí já passava a tarde toda lá, os dois turno, né? Não tinha ânimo pra estar em sala de aula, não tinha condição de acompanhar. Não é que esteja desmerecendo, mas **quem tá há vinte anos sem estudar, não tem a facilidade de assimilar o conteúdo tão facilmente.** Mesmo pra quem já estudou, era difícil (ACS “b”, urbano, 2011).*

***A maioria daquelas pessoas deixaram de estudar há muitos anos, então, ninguém vê com bons olhos. Outros estão estudando. É cansativo também pra quem tá estudando, que estuda duas coisas também** (ACS “d”, urbano, 2011).*

Na zona urbana, os ACS “b” e “d” abordam como dificuldade o retorno aos estudos depois de longo período de afastamento. A ACS “b” declara estar há mais de 20 anos sem estudar. O fato de estar longe dos estudos evidencia inúmeros desafios a essa profissional. Ela precisa se readaptar a novas situações de aprendizagem. Como consequência, presume-se haver uma necessidade de instituir estratégias metodológicas e dispositivos pedagógicos, durante a realização do Curso, promovendo o estímulo desses a sua reinserção no mundo da formação.

Outra situação desafiadora foi relatada por três ACS da zona rural.

[...]eu estudo à tarde e faço universidade. Aí quer dizer, muitas vezes deixei de pegar conteúdos do meu curso, pra ir pra esse curso, porque senão, eu poderia perder o emprego. Foi o que disseram à gente. Ai quer dizer, eu deixava a universidade de lado pra poder ir pro curso.[...] Conciliar os horários foi uma dificuldade. Horários de universidade, de ir pro curso, optar por um ou pro outro, pra mim foi isso (ACS “r”, rural, 2011).

Eu sei que pra mim teve muita dificuldade, porque eu estudo à tarde, e só podia ir dois dias na semana, e tinha que levar todas as atividades prontas, pra mim era mais trabalho, mas eu não me arrependi não (ACS “t”, rural, 2011).

Faço faculdade a tarde. Era mais complicado, ainda. Às vezes eu tinha uma aula na faculdade, ou então ao contrário, ou então faltava um, era sempre essa correria (ACS “a1”, rural, 2011).

O fato de essas Agentes terem que conciliar os dois tipos de formação exigiu um esforço maior. Esse sacrifício emana da preocupação em manter o emprego, uma vez que o módulo I do Curso de Formação em ACS apresentou-se como pré-requisito para tanto. Ao mesmo tempo, esse profissional almeja galgar níveis mais elevados de escolarização que lhes permitam outras possibilidades de inserção no mercado de trabalho.

O Curso de formação ofertado pela Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe, por meio da Escola Técnica do SUS, em Sergipe, e em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Itabaiana-SE, parece ter causado estranhamento e nenhuma sensação de pertencimento à ACS “r” da UBS Queimadas, a qual atua na função de ACS há 6 anos. Essa ACS utiliza a expressão: “esse curso”, para fazer referência à formação do ACS. E utiliza “meu curso”⁶⁵, para citar o curso que realiza na universidade. Talvez porque ela não escolheu fazer “esse curso” e sim, o “meu curso”.

A busca pela elevação do nível de escolaridade ganha destaque entre os ACS da zona rural. Dos 13 ACS que participaram do grupo focal, um deles possui nível superior, dois desses estão concluindo a Graduação e, um terceiro, possui Pós-Graduação *lato sensu*. Esse é um dado interessante que aparece na tabela Nº 09 (apresentada no Capítulo 3, p. 80), pois há uma constante busca dos ACS na zona rural pela elevação de sua escolaridade, enquanto que os ACS da zona urbana se mantêm com o nível médio de escolaridade, apresentando dificuldades ao retornarem a processos de formação.

⁶⁵ As informações obtidas no grupo focal não especificou a área ou o curso de graduação que os ACS “r” e “a1” realizam.

Em síntese, os Agentes Comunitários de Saúde foram contemplados, historicamente, com processos de qualificação que buscavam responder às demandas pontuais do sistema de saúde. Para participar da formação em ACS, exigida pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Itabaiana-SE, alguns profissionais, principalmente os da zona rural tiveram que conciliar a referida formação com outros cursos. Outros ACS, em especial os da zona urbana, enfrentaram o desafio de retornar aos estudos, após algum tempo afastado.

Tanto os ACS da zona urbana quanto os da zona rural consideraram importante os conteúdos teóricos para formação, mas enfatizaram a importância de situações de aprendizagem prática. Pois, segundo eles, uma formação estritamente teórica não contribui plenamente para o agir em saúde.

Vale ressaltar aspectos polêmicos na discussão dos grupos focais, o que gerou divergências de percepções entre os sujeitos participantes da pesquisa, tais como: qualificação dos docentes; qualidade do material didático pedagógico ofertado. Esses são alguns elementos de ordem pedagógica que contribuíram para a motivação ou desmotivação do ACS na participação do Curso de Formação.

Necessidade de conciliar trabalho e formação

Encontrar formas de conciliar o trabalho com a realização do Curso foi mais uma dificuldade enfrentada pelos Agentes. Mesmo sendo realizado somente no turno da tarde, muitos ACS explicitaram o esforço feito para conseguir articular as atividades laborais e os estudos. Essa dificuldade foi relatada por 10 deles, sendo 2 da zona urbana e 8 da zona rural. Seguem seus depoimentos:

*Pra mim já era um ponto negativo, porque dificulta, né? Porque **de manhã você tem um horário pra você trabalhar, uma hora você tinha que está no posto**, claro que não era sempre que você tinha que fazer um trabalho direitinho, mas você tinha que fazer, você tinha que fazer (ACS “g”, urbano, 2011).*

*Você chega num lugar, passa a tarde inteira, alguém falando e você tinha que fazer atividades. (...). Então imagine, **você tá num lugar onde você é obrigado a ir. Você tá cansado de ficar no sol o dia todo, você chega lá e não se interessa** (ACS “m”, urbano, 2011).*

*E assim, também **a correria em nosso trabalho**. Porque como o curso era à tarde, a gente só tinha a parte da manhã. E como a gente mora afastado,*

tinha que sair mais cedo da área, ir pra casa tomar um banho, almoçar, transporte, também (ACS “p”, rural, 2011).

Eu mesmo, saia onze horas da manhã de casa e quando chegava em casa era seis e meia da noite, uma vez cheguei sete horas chovendo. (ACS “s”, rural, 2011).

*O tempo não dava pra quem morava distante que, além de ir pra área depois pegar um transporte, no caso dela pra ir lá pro curso, quando ia chegar em casa à noite. A maioria das agentes de saúde são mães de família. As que não são mães de família são universitárias. Então realmente a dificuldade era essa. Às vezes, o curso, de uma certa forma, pra algumas pessoas que gostam de trabalhar corretamente, **o curso contribuiu para que a área ficasse um pouco descoberta**, porque tinha que ser dado uma prioridade. Aí às vezes acabava dando prioridade para alguns afazeres. Por exemplo, quem tá no curso, na universidade tem provas e o outro precisa estudar, aí às vezes, **ficava a área de uma certa forma...*** (ACS “u”, rural, 2011).

*Eu achei muito cansativo porque entrava no serviço oito horas, aí tinha vezes que meio-dia já **estava nas carreiras, pra estar de volta uma hora pra aula. Às vezes não dava tempo nem de almoçar.*** Tinha dias que lá na área **a gente trabalhava estressado** (ACS “w”, rural, 2011).

Pouco tempo pra gente estar na área, e fazer o trabalho na área e as atividades que elas passam lá também. E assim porque eram muitos dias. Eu acho que se fosse pelo menos três dias na semana seria melhor pra nós. (ACS “x”, rural, 2011).

Era aquele corre-corre, que às vezes, a gente chegava atrasado, por causa das dificuldades.[...] Não conseguia chegar naquele exato momento, porque eu já chegava atrasada, pra tomar banho e eu deixava de almoçar para ir para o curso, certo. (ACS “y”, rural, 2011).

Saia de casa onze horas, onze e meia, pra chegar meio-dia. Até pegar o transporte é muito cansativo no sol desse. Ninguém merece! (ACS “a1”, rural, 2011).

E fora as atividades que eles passam, além do trabalho que a gente tem. [...]. Porque chegar em casa, tem filhos, tem o trabalho da gente, a gente não tem nem tempo de responder as coisas. Ficava pouco tempo pra gente estar na área (ACS “b1”, rural, 2011).

Fica evidente a dificuldade dos Agentes Comunitários de Saúde em conciliar o trabalho e o Curso de Formação, principalmente os que atuam na zona rural. As UBSs Queimadas e Matapoã ficam afastadas da cidade, emergindo maior dificuldade desses trabalhadores desenvolverem suas atividades, no território junto às famílias e enfrentarem o Curso, cumprindo horários, realizando atividades na turma e extraclasse, além de precisar conciliar outras funções de caráter pessoal (família, igreja, amigos). Essa dinâmica de trabalho

e formação comprometeu a atuação desse profissional no território, como citado: “*a gente trabalhava estressado*” (ACS “w”).

E quanto ao segundo módulo do Curso de Formação em ACS? Questionei aos ACS se eles fariam, caso lhes fosse ofertado. Apenas 3 ACS se manifestaram quanto a esse ponto (um da zona urbana e dois da zona rural):

Vamos ter que fazer por conta do emprego que tem em mãos (ACS “b”, urbano, 2011).

Se o segundo módulo acontecer, eu vou pensar duas vezes em me deslocar, porque até agora teve o primeiro que a experiência foi muito ruim. Então, agora eu vou pensar duas vezes antes de começar a fazer o segundo modulo com certeza, mesmo com ameaças (ACS “u”, rural 2011).

Eu tenho interesse em fazer o II Módulo, mas que seja diferente do primeiro. No segundo módulo, deveria ter muita prática. Práticas interessantes. (ACS “a1”, rural 2011).

Os ACS apresentam duas preocupações para participar do Módulo II: a primeira refere-se à ameaça de perder o emprego (ACS “b” e “u”); a segunda recai sobre a expectativa de ter, no próximo módulo, exercícios práticos durante a formação (ACS “a1”). Tais constatações suscitam uma questão: E o momento de dispersão previsto no Plano de curso do Módulo I não foi posto em prática?

O Módulo I prevê 150 horas de dispersão e 250 horas de concentração, perfazendo um total de 400 horas. Os momentos de concentração e dispersão deveriam ser trabalhados de forma intercalada. Uma semana conteúdos teóricos, na semana seguinte, as práticas, de modo que as atividades propostas fossem se complementando.

De acordo com as “Diretrizes para a qualificação básica do Agente Comunitário de Saúde”,

os períodos de dispersão deverão ocorrer, preferencialmente, na microárea do agente comunitário ou na área de abrangência da unidade de saúde. Durante as atividades de dispersão os ACS terão oportunidade de consolidar sua aprendizagem, aprofundar a observação do seu meio e aplicar conceitos que, pouco a pouco, vão sendo elaborados. (BRASIL, 2002b, p. 6)

A dispersão no Curso de Formação em ACS seria, portanto, o momento de articular os conteúdos discutidos em sala de aula com os exercícios práticos, como por exemplo: elaborar uma cartografia do território onde atua, a partir dos conceitos estudados; riscos, recursos,

vulnerabilidade. Ou ainda, realizar ações educativas (palestras, reuniões), alinhadas ao conteúdo de educação em saúde.

Os momentos de dispersão, embora previstos no projeto de Curso, não são mencionados nos grupos focais. Dessa forma, faz-se necessário rever o formato desse processo de formação, considerando que se trata de alunos/trabalhadores que desejam aprimorar também as suas ações em serviço.

Será que a aplicação da técnica deveria estar no primeiro módulo? Ou poderia haver um empenho dos ACS em pleitear os Módulos II e III, para concluírem a formação técnico e profissionalizante, além de uma aceitação dos gestores para efetivar os módulos subsequentes?

Por fim, esse eixo buscou apresentar os fatores que motivaram ou desmotivaram a permanência e conclusão dos ACS no Módulo I, a partir da apresentação dos aspectos que provocaram debates nos grupos focais lançando mão, também, da quantificação dos ACS que produziram as falas referentes a tais. Apesar desses ACS participarem de grupos diferenciados, optou-se em quantificar os aspectos presentes na fala dos ACS, devido à similitude entre os relatos desses sujeitos na zona urbana e na zona rural.

Um dos aspectos geradores das discussões referiasse às dificuldades dos ACS em ter motivação para a participação no Curso. Seja pelo transporte, espaço físico, atuação dos docentes, necessidade em conciliar trabalho e formação, condições físicas do profissional. Tais aspectos influenciaram negativamente no processo de aprendizagem dos alunos contribuindo ao desestímulo para o Curso.

Entretanto, outros elementos parecem ter atuado positivamente, ao menos para parte desses profissionais, ainda que de forma pontual, tais como: o desejo de adquirir conhecimentos, a presença de professores preparados nas aulas, a qualidade do conteúdo do material didático e pedagógico e a perspectiva de receber, futuramente, alguma recompensa financeira, advinda da formação em nível técnico. É possível inferir que esses aspectos, indicados aqui como positivos, não parecem superar os aspectos negativos que marcaram a experiência formativa dos ACS de Itabaiana-SE.

O eixo a seguir buscará responder mais uma das questões centrais desta pesquisa. Quais as percepções dos Agentes do município de Itabaiana-SE sobre o Curso de Formação em ACS para o processo de trabalho desses profissionais?

4.3 As percepções dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o Módulo I do Curso de Formação para o processo de trabalho desses profissionais

A discussão neste eixo é norteadada pela formação do ACS, enquanto elemento que busca contribuir para a recomposição de práticas no trabalho em saúde. Para tanto, os relatos foram organizados a partir das contribuições do referido Curso, sob a ótica dos ACS de Itabaiana-SE, participantes dos grupos focais, a saber: aquisição ou ampliação de conhecimentos e mudanças de atitudes laborais e pessoais; interação entre os membros da equipe; formação política dos ACS.

Aquisição ou ampliação de conhecimentos e mudanças de atitudes laborais e pessoais

Dos 28 ACS participantes da pesquisa, 16 deles, ou seja, 57,14 %, apontaram que a participação no Módulo I do Curso de Formação em ACS contribuiu para aquisição de conhecimentos, tal como explicitado inicialmente por 8 ACS da zona urbana:

*No final do curso, pra falar a verdade, **todo mundo saiu e gostou dos ensinamentos**. Eu senti até falta (ACS “c”, urbano, 2011).*

*Eu acho assim, que **aumentou um pouco o conhecimento**, porque é uma área que eu procurei conhecer mais sobre a reforma sanitária, saúde, as vacinas, as doenças, tudo, sobre a história. Então, a obrigação é ter conhecimento, é claro! (ACS “d”, urbano, 2011).*

***A gente se atualizou**, mas a gente já fazia. Então, tem que se atualizar. Mas por que muda, né? A medicina muda, né? Você aprende uma coisa hoje, e amanhã já... O pessoal pergunta uma coisa, a gente responde. É mais fácil. A gente que estudou sabe. Ajudo, e se não souber, pesquiso. Tem coisa que a pessoa perguntava e eu não sabia o que dizer. **Hoje, se perguntar sobre a saúde o que eu aprendi, eu faço, já sei**, né? (ACS “f”, urbano, 2011).*

*E sobre o SUS. Tem muita coisa que fala sobre o SUS. **Muita coisa eu não tinha conhecimento e, hoje, eu tenho.** E eu fico comparando o que eu aprendi do SUS assim, em relação a outros países que não disponibilizam um sistema, do que a gente tem aqui. E, às vezes, até na comunidade. Olhe, país tal, tal lugar, não tem isso, não tem aquilo. Quando alguém vai falar alguma coisa contra, **não que o SUS seja aquela maravilha, né?** Aí, eu falo assim, se comparar o país tal... não existe isso, não existe aquilo. Eu trouxe isso comigo. Pra mim foi, que até eu mesmo tinha uma certa negatividade em relação a isso. Mas, **quando eu passei a estudar, a conhecer, tanto ajuda a gente, como ajuda a comunidade também.** E a gente passa a ter outra ideia, como é que se diz... **a ter uma visão da coisa.** Como pessoa, a gente sempre evolui, quando, assim, aprende alguma coisa, quando consegue aprender, quando consegue, não sei bem a palavra, quando você consegue aquele... conhecimento, **quando você tem um certo conhecimento, você evolui. Isso é na sua família, no trabalho, né?** (ACS “g”, urbano, 2011).*

*E a gente aprendeu muito, porque o curso de agente de saúde, no início, a gente não aprendeu o que fazia nesse curso... **E foi muito produtivo porque a gente conheceu muito sobre o SUS.** A criação do SUS. Tudo desde o princípio até hoje, então foi bom. É, com esse conhecimento que a gente obteve... Não que a gente não tenha compromisso, mas, assim, **a gente adquiriu mais conhecimento.** Você **passa a ter um compromisso maior na sua área com sua comunidade, você passa a dar uma boa informação, coisa que antes a gente não sabia né?** Com esse curso, eu **passei a saber... Então você passa a dar mais informação, fornecer mais. Ajuda a gente e ajuda a comunidade** (ACS “h”, urbano, 2011).*

*Veja, contribuiu em quê? **Conhecer mais sobre algumas doenças.** Sobre a tuberculose, sobre algumas doenças que a gente não conhecia, e principalmente, **sobre as leis do SUS,** pois antes os usuários não tinham direitos. E agora, a gente sabe... o surgimento do SUS, sabe que ele é universal. Chega num lugar: Ah! Não posso atender você porque você não é daqui. **E a gente sabe que tá infringindo a lei do SUS, que ela é universal e integral.** Então não importa se você está em Recife, em Aracaju, Itabaiana, tem que ser atendido, porque o SUS todo mundo faz parte, né? E muitas pessoas que estão aí, **os próprios profissionais de saúde, muitos não sabem, e a gente agora tá sabendo através do curso.** Ah! Vamos dizer, você não é do Brito, você não é de São Domingo, você não pode ser atendido aqui, essa aqui não é a sua... E no caso de urgência? **A pessoa tem que ser atendida, se lá tem condições de atender.** Os que não têm, tem que encaminhar para outro, e isso acontece muito. **E pela lei está lá, então, tem a obrigação de lhe atender** (ACS “i”, urbano, 2011).*

Pra mim o curso foi muito bom,** mostrou muitas coisas que eu não tinha conhecimento, não foi supérfluo, porque independente de eu usar no meu dia-a-dia ou não. Estar guardado eu sei que existe, quando eu precisar, se eu precisar, eu vou utilizar. Então não adianta **fazer um curso que vai passar 100% da nossa atividade, não existe isso, porque a realidade de cada um é diferenciada, ele não tem como focar de um modo geral.** Porque no caso, veja bem, fugiu-se da realidade, mas o que foi mostrado que não fugiu da realidade? É porque é assim, **mostrou muitas coisa com relação às doenças. Nós vimos, estudamos, pesquisamos, muitas coisas que mudou o nosso dia-a-dia, até com relação a visita domiciliar que algumas pessoas:

Ah! Eu não tenho o que fazer numa visita domiciliar. Foi visto que se tem muito o que se fazer numa visita, você só não faz se você não tiver disposto, mas que há, há. Contribuiu muito, porque elas mostraram coisas pequenas com relação à higiene. Mas foi assim, um assunto tão bem passado, que todo mundo teve consciência que é importante a higienização, e através da visita domiciliar, o que se pode observar e o que se pode orientar pra melhorar a qualidade de vida das pessoas. A partir do momento como profissional que você melhora a qualificação dos seus serviços, com certeza na vida pessoal, na vida particular da gente, isso há uma influencia muito grande, se você melhora sua capacidade profissional, você melhora sua autoestima. [...]Então foi assim, muita coisa importante, e que pra mim foi muito proveitoso (ACS “j”, urbano, 2011).

Uma aplicabilidade real nesse momento, eu acho que não tinha, mas nada impedia de enriquecer o que a gente já sabia um pouco, muitas coisas que a gente viu lá, que era pra gente conhecer, a gente não conhecia. Eu digo isso por mim mesma que já trabalho há seis anos e tinha coisa que eu não sabia. Então, eu acho assim independente da gente ter uma aplicabilidade direta ou não na minha atividade, todos os dias nas casas das pessoas, eu acho que contribuiu sim, agora a questão é: não adianta eu entrar lá porque eu sou obrigada, porque se não, cortam o ponto, eu tenho que ter disposição em aprender, e nem todos os dias eu estava com disposição. [...] Essa primeira parte foi teórica, foi uma abordagem geral, eu não conhecia a lei do SUS, eu não conhecia como era a funcionalidade deles, eu sabia que era universal, mas não sabia em que momento se encaixava essa universalidade, entendeu? (ACS “m”, urbano, 2011).

Para os Agentes da zona urbana, citados acima, o Módulo I contribuiu na medida em que indicaram se sentir melhor preparados para orientarem os usuários da comunidade. “Quando eu passei a estudar, a conhecer, tanto ajuda a gente, como ajuda a comunidade também (ACS “g”); “Através da visita domiciliar, o que se pode observar e o que se pode orientar pra melhorar a qualidade de vida das pessoas” (ACS “j”); “Com esse Curso eu passei a saber... Então você passa a dar mais informação, fornecer mais. Ajuda a gente e ajuda a comunidade.” (ACS “h”)

Destaca-se, ainda, sobre as contribuições do curso, depoimentos de duas ACS das UBS Multirão e Souto Diniz, apontando as possibilidades de crescimento profissional e pessoal, por meio da ampliação dos conhecimentos. Por exemplo: “Quando você tem um certo conhecimento você evolui. Isso é na sua família, no trabalho.” (ACS “g”); “Você melhora a qualificação dos seus serviços, com certeza na vida pessoal, [...] se você melhora sua capacidade profissional, você melhora sua auto estima”. (ACS “j”).

Quando a ACS “g” argumenta: “Eu fico comparando o que eu aprendi do SUS assim, em relação a outros países que não disponibiliza um sistema, do que a gente tem aqui”, ela demonstra a sua compreensão a respeito do processo evolutivo do Sistema público de saúde

brasileiro. Essa profissional identifica, também, entraves nesse sistema quando utiliza a expressão: “*não que o SUS seja aquela maravilha*”.

A seguir, outros depoimentos que são de ACS da zona rural:

Foram muitos agentes de saúde que saíram consciente de lá. Que o SUS não é esse bicho de sete cabeças que todo mundo acha, porque sem ele o ser humano não sobrevive. Mesmo que ele tenha que pagar todas as suas consultas e todos os seus exames, mas sem o SUS fica muito difícil de sobreviver. Então, foi uma forma que muitos agentes saíram de lá sabendo porque a gente trabalhou bastante essa parte sobre o SUS e o material que a gente teve sobre ele, é bem interessante (ACS “s”, rural, 2011).

A nossa visão em relação ao SUS, quer queira ou não modifica, que a gente ouve as opiniões dos outros e vai dando a nossa. (ACS “u”, rural, 2011).

Pra mim, apesar de ser muito corrido, mas foi bom. Porque mesmo a gente sabendo alguma coisa, a gente aprendeu mais. Passou a ter mais conhecimento (ACS “v”, rural, 2011).

O conhecimento do SUS que a gente não tinha muito né? A gente aprendeu muita coisa. Pra mim mudou na prática, os risco de trabalho. No caso eu ia trabalhar assim, com a sandália errada, que não sabia que corria o risco. Na parte da ética também. A professora ensinou também como a gente lhe dar com a comunidade, e assim, muitos conhecimentos sobre os riscos de trabalho. Por exemplo, aqui no posto, que tem muitos riscos que eu não sabia, e através desse curso, né! Adquiri muitos conhecimentos (ACS “x”, rural, 2011).

Eu tive mais segurança, mais conhecimentos. Quer dizer a gente já tinha conhecimentos, mas, pra mim foi bom porque eu tinha mais segurança em tudo, nas questões de passar as informações, na questão das visitas, na segurança de nosso trabalho, entendeu? (ACS “y”, rural, 2011).

Pra mim o curso foi bom, fora essa questão das viagens né? Pra mim, me orientou, que já estava parada, há muito tempo, muitas coisas. Reviveu, mais algumas coisa que foi passado (ACS “z”, rural, 2011).

Eu acho que o curso contribuiu de alguma forma, porque a gente aprimorou mais o conhecimento. Assim, que a gente já tinha um pouco, mas fez lembrar de coisas que nós já tínhamos esquecido. Assuntos que há muito tempo atrás não comentava (ACS “a1”, rural, 2011).

Eu gostei porque é um aperfeiçoamento. Eu não achei ruim não. Eu gostei. Esclareceu coisa que a gente pensou que não existia. Ele contribuiu na aprendizagem. Como no caso, ela começou a explicar sobre as doenças, os riscos, que a gente não sabia, alguma coisa, aí a gente entendeu várias coisas. Bom! Como entrar na casa da pessoa, ensinou também, na parte da vitamina A. Também como lavar as mãos, antes de ter a higiene, né? Se a casa for fechada pedir para abrir as janelas, por causa das doenças. [...] A professora explicou sobre os perigos existentes para nós que trabalhamos

pela BR. Se por um acaso acontecer algum acidente com a gente no período que a gente tá trabalhando. Aí é um acidente de trabalho. Nós não sabíamos dessa informação, tirou muitas duvidas (ACS “b1”, rural, 2011).

Apesar da obrigatoriedade, tanto os ACS da zona urbana, quanto os da zona rural perceberam o Curso como importante para ampliar seus conhecimentos sobre: o SUS, as doenças, a higiene, além de aspectos relacionados às visitas domiciliares. Um processo, portanto, que contribuiu para o aprofundamento de conteúdos, inclusive daqueles que os ACS já tinham tido acesso em outros cursos, conforme relatam ACS da zona urbana: “A gente conheceu muito sobre o SUS” (ACS “h”); “Conhecer mais sobre algumas doenças.” (ACS “i”); “Mudou o nosso dia a dia, até com relação à visita domiciliar [...] teve consciência que é importante a higienização [...] da visita domiciliar, o que se pode observar e o que se pode orientar” (ACS “j”); “Eu não conhecia a lei do SUS, [...] não sabia em que momento se encaixava essa universalidade” (ACS “m”).

E os ACS da zona rural: “Saíram de lá sabendo, porque a gente trabalhou bastante essa parte sobre o SUS” (ACS “s”); “O conhecimento do SUS que a gente não tinha muito” (ACS “x”); “Me orientou, que já estava parada, há muito tempo” (ACS “z”); “a gente aprimorou mais o conhecimento, [...] fez lembrar de coisas que nós já tínhamos esquecido” (ACS “a1”). Além dos temas citados, dois ACS da zona rural ressaltaram as contribuições referentes aos conteúdos “vitaminas” e “ética”. “Ensinou também, na parte da vitamina A” (ACS b1); e “Na parte da ética também” (ACS “x”).

Os ACS da zona rural consideraram importantes os conhecimentos adquiridos para realizar as orientações, de maneira que estejam mais apropriadas aos conteúdos, que certamente contribuirão para exercício de uma das atribuições do ACS, mencionadas no Anexo I da Portaria N° 648/ 2006. Nela consta, dentre outras atividades desse profissional: estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2006e).

O fato de haver o desenvolvimento de ações educativas suscita aos gestores inserirem esses Agentes Comunitários de Saúde em programas e projetos bem diferentes ao que é proposto em lei, como sua atribuição, a exemplo das ações que eles desenvolvem referente ao “Programa Bolsa Família”. Essa é uma das queixas relatadas pelos ACS por excederem as suas atribuições.

Dois ACS da UBS Mapatoã da zona rural declararam ter adquirido conhecimentos referentes aos riscos no trabalho, como por exemplo: “*Pra mim mudou na pratica, os risco de trabalho. No caso eu ia trabalhar assim, com a sandália errada, que não sabia que corria o risco.*” (ACS “x”); “*Sobre os perigos existentes para nós que trabalhamos pela BR. Se por um acaso acontecer algum acidente com a gente*” (ACS “b1”).

Esse é um dos aspectos em que se evidencia a possibilidade de conhecimentos adquiridos no Curso de Formação terem provocado mudanças de atitude do ACS no desenvolvimento do trabalho. A ACS “b1”, da mesma UBS Matapoã, indica essa possibilidade ao narrar um fato ocorrido em sua área.

*Como no meu caso, na minha área tem uma menina que tem hanseníase, mas eu não fazia visita a ela porque tem um monte de cachorro na frente da casa dela, entendeu? Eu falava: olhe professora, eu não vou nessa casa, faço o acompanhamento, tudo normal, mas não na casa dela. Mas ela pega e vem na minha casa. A professora disse: você tá errada, não pode levar uma pessoa que tá com a doença pra sua residência. Porque eu não ia, por causa do cachorro. Não prendiam o cachorro. E é um monte. Uma casa distante. Uma vez eu fui com meu marido de moto e vim com as pernas pendurada, para os cachorros não me ataquem. Ai eu expliquei a ela, que a menina ia na minha casa. Ela disse: não, você está errada! Faça um jeito, marque um dia, pra essa mãe amarrar esses cachorros, pra você fazer a visita na casa dela. **Você não pode trazer doença pra sua casa.** Ai quer dizer, a professora já me deu uma informação boa, né? Porque eu não tava com pensamento de que aquela doença poderia atingir a minha família. A professora disse que de todo jeito eu não poderia levar ela pra minha casa. Já falava com ela, e ela ia. Já pra eu não ir por causa dos cachorros. Ai ela disse: olhe! Não leve jamais, você está errada. E eu não tinha essa noção que não podia. **Já mudou a minha atuação.** Eu disse: não é porque eu não quero ir na casa dela, a questão é porque tem cachorro (ACS “b1”, rural, 2011).*

É interessante destacar que dos 9 ACS da zona urbana e da zona rural que declararam, no eixo anterior, não ter motivações para a participação no módulo I do Curso de Formação em ACS, 7 desses profissionais, expressaram o que agregou em seus conhecimentos, a partir do Curso e dos aspectos positivos, que contribuíram para melhorar seu processo de trabalho no SUS. São os ACS: “d”, “i”, “m”, “u”, “a1” e “b1”.

Interação entre os membros da equipe

A possibilidade de interação com outras equipes de saúde durante o Curso foi outro aspecto positivo apresentado nos grupos focais, como podemos conferir na fala de 4 ACS (3 da zona urbana das UBS Lauro Maia e Souto Diniz; e 1 da zona rural, da UBS Queimadas).

*Eu acho que **a gente se relacionou melhor**. Gente que a gente achava que era besta, que a gente viu que não é. **Nos aproximamos mais** (ACS “b”, urbano, 2011).*

*Desenvolveu muita gente também. **Acabou assim, unindo mais as equipes**, porque não ficou restrito só àquela equipezinha, eram quatro a cinco equipes por sala” (ACS “d”, urbano, 2011).*

*Então pra mim também foi bastante importante, contribuiu muito, até com relação, assim, **esse curso nos aproximou**, porque de uma certa forma, cada uma vai pra sua área trabalha, tem suas atividades, e quando todas as tarde a gente se reúne pra trabalhar juntos, discutir os assuntos, participar do curso, aproximou mais. Nós **começamos a nos conhecer melhor**, umas as outras, **descobrir algumas afinidades** e foi bom eu gostei, foi um trabalho que juntou mais, separou no caso de separação, mas juntou no caso de união, então é relativo isso. Pra mim foi muito bom. (ACS “j”, urbano, 2011).*

*E também, assim, a relação com os outros agentes, porque aqui só tá a nossa equipe. A gente só sabe dos problemas de nossa área. E com a presença de outras equipes, de outros agentes, sempre existiam debates [...], **cada agente ia falando de sua experiência, dos problemas** que tinha na área. Então **isso também é enriquecedor para o nosso dia-a-dia**, para passar para as outras pessoas as experiências dos outros. Temos alguns ACS bem antigos aí, que já passaram por várias situações, e esses sempre estavam colocando suas vivências no curso (ACS “p”, rural, 2011).*

No cotidiano do trabalho vivenciado pelos Agentes Comunitários de Saúde não é sempre possível o encontro entre os ACS da mesma unidade básica de saúde e, tão pouco, de outras unidades de forma regular. Isso acontece, provavelmente, pelas diferentes dinâmicas de organização das equipes.

Então, esse processo de qualificação parece ter sido um lugar de encontro com o outro, que está tão próximo. Muitas vezes, lotados na mesma UBS, e ao mesmo tempo, tão distante em sua rotina de trabalho, a exemplo das expressões utilizadas por eles próprios: “*A gente se relacionou melhor [...]. Nos aproximamos mais*” (ACS “b”); “*Acabou assim, unindo mais as equipes*” (ACS “d”); “*Esse curso nos aproximou [...]*começamos a nos conhecer melhor, umas as outras, descobrir algumas afinidades” (ACS j); “*Cada Agente ia falando de sua*

experiência [...] isso também é enriquecedor para o nosso dia a dia” (ACS “p”). Os 3 primeiros citados são da zona urbana e o último, da zona rural.

Esses momentos de encontro e de participação coletiva, segundo os sujeitos da pesquisa, resultaram na redução da timidez de 3 profissionais, pois o Curso contribuiu para melhorar a sua atuação em relação a se expressar em público. Os relatos são 2 da zona rural e 1 da zona urbana:

*Eu só acho ruim uma coisa, porque às vezes **eu queria fazer uma pergunta no curso e ficava inibida de fazer. Se eu for pra frente e errar e todo mundo mangar⁶⁶? Eu aprendi que ninguém é melhor que ninguém, todos aqui, estão aprendendo. No final, teve que trancar a torneirinha, porque não parava não, já sabia falar direitinho.*** (ACS “a”, urbano, 2011).

*Mas **o curso possibilitou a gente se expor na frente. Eu sei que hoje eu tenho um pouquinho mais... A gente tem que se habituar, né !É bom que vai perdendo um pouco a vergonha*** (ACS “a1”, rural, 2011).

*Mas assim através desse curso **a gente aprendeu a perder a timidez, porque a professora passava um trabalho lá, e a gente apresentava na frente. Uns ficavam com vergonha, outros dias ía. Aí quer dizer, estimula mais a gente pra se apresentar*** (ACS “x”, rural, 2011).

Essas questões estão diretamente articuladas com a noção de competências que esses profissionais deveriam desenvolver, de acordo com os Referenciais Curriculares Nacionais, para a Formação do ACS, no sentido de que possam atuar de forma resolutiva, a partir de seus conhecimentos e experiências, para o desenvolvimento de seu trabalho junto à comunidade e às equipes de saúde.

Essa noção de competência foi então redefinida como a capacidade (das pessoas) de enfrentar – com iniciativa e responsabilidade, guiadas por uma inteligência prática do que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores para mobilizar suas capacidades – situações e acontecimentos próprios de um campo profissional (PEREIRA, 2006, p. 92).

O desenvolvimento de competência vincula-se à ampliação da autonomia do trabalhador em saúde ao enfrentar situações imprevistas no processo de trabalho. Tal processo configura-se, para Ramos (2006, p. 24), “como algo concreto que manifesta e esconde uma essência produzida pelas relações sociais de produção”. A noção de competência é uma forma

⁶⁶ “Mangar” é uma expressão utilizada para indicar que alguém está caçoando, zombando de um outro alguém ou de alguma situação.

instituída na nova lógica do capital, em que os trabalhadores localizam-se e movem-se dentro de uma estrutura, os quais são condicionados à se adaptar a um novo cenário.

Estariamos, então, voltando à lógica da adaptação vivida em relação à acumulação flexível do trabalho, em que o trabalhador deveria ser polivalente, buscando atender às necessidades de mercado?

A capacidade do indivíduo em responder a uma situação adversa do seu cotidiano do trabalho, implica no desenvolvimento de experiências e conhecimentos que buscam atender ao meio material e social, conforme mostra trechos da narrativa da ACS “b1”: *[...] na minha área tem uma menina que tem hanseníase[...]Mas ela pega e vem na minha casa [...]Eu não tava com pensamento de que aquela doença poderia atingir a minha família [...] Eu não tinha essa noção que não podia. [...] Já mudou a minha atuação*”. Sendo assim, “o indivíduo agiria em uma sociedade de acordo com suas determinações dadas, contribuindo para o equilíbrio social” (RAMOS, 2006, p.290).

O repertório de competências descrito para a Formação dos ACS, bem como para outras formações, subjaz em um benefício social, onde a possibilidade de ascensão profissional condiciona-se à capacidade dos indivíduos em responder às determinações da sociedade e, portanto, a capacidade de uma adaptação aos modelos instituídos no capital. Dessa forma, a noção de competências é mais uma forma do trabalhador responder às necessidades de mercado, utilizando seus conhecimentos e suas experiências em prol da manutenção de uma lógica dominante.

Formação política dos ACS

Nos depoimentos de 5 ACS (4 da zona urbana e 1 da zona rural), é possível perceber a contribuição do Curso para uma postura questionadora, frente ao Sistema Único de Saúde, enquanto trabalhadores e usuários.

*A gente se aperfeiçoou mais, engajou mais no negócio, **agora vamos ver, se aquilo que a gente aprendeu quando precisar vai ter**, entendeu? (ACS “e”, urbano, 2011).*

*Você cresce, você aprende, entendeu? Só **que têm muitas coisas, que mesmo com o que a gente aprende, não depende da gente**, entende? Por isso que a gente disse assim que melhorou pra gente e pra comunidade,*

porque a partir do momento que você conhece os seus direitos você passa a cobrar, você passa a ir atrás (ACS “h”, urbano, 2011).

Então! Ah, mas vamos evitar! Aí a integralidade cai por terra, porque vai atender o usuário do SUS integralmente, onde? Aí cadê a universalidade? Tem ou não tem? A cota acabou, aí eu preciso de um exame mais apurado. Ah, vamos evitar o câncer de mama, mas o mastologista tá sem conseguir o exame. Deus me livre! Isso mexe com nossa vida enquanto usuário, mas quem faz a constituição do SUS, o plano de saúde é de outro mundo. O político quando fica doente, vai para São Paulo, ou para o exterior, e o pobre vai pra fila do João Alves morrer lá. Aí a igualdade do SUS não existe, é balela. É um curso que veio mostrar, que a lei do SUS não é teoria, é uma realidade e está lá, na constituição. Então, isso aí não é teoria, e se você tem o direito, tá na lei, você pode exigir (ACS “i”, urbano, 2011).

O curso é teórico, ele vai partir, de uma parte ampla, ou seja, ele vai partir da teoria do que seria feito, porém a gente que vai dar a visão da aplicabilidade, onde é que aceita aquilo que foi proposto, ou não. Então nessa questão, eu acho que eles têm razão, a gente como profissional, tem que começar a avaliar se o nosso sistema de saúde funciona. Você consegue realmente ver, o que funciona e o que dá pra melhorar. Agora, aquela história, não adianta eu ter ido pro curso, ter aprendido, mas o sistema não avança, fica naquilo mesmo, então enquanto profissional sim, eu melhorei, eu tive mais informação. A questão é; não adianta eu saber, mas o sistema não melhora, porque o problema não é meu trabalho, é o sistema. Porque vão achar que eu por si só, porque eu fiz o curso eu vou levar a culpa, porque se eu fizesse isso o problema seria meu, enquanto profissional. Mas quando eu melhora, eu consigo conversar mais com a população, informar a ela mais, eu vejo que o problema não é só meu, é meu que eu posso melhorar a cada dia, e do sistema também. (ACS “m”, urbano, 2011)

A gente passou a procurar também, os nossos direitos no trabalho, como acidente de trabalho[...] (ACS “b1”, rural, 2011).

Esses relatos apontam avanços na formação política dos Agentes Comunitários de Saúde, os quais se colocam numa posição crítica, indignados pelo fato de estudarem e discutirem conceitos, princípios e diretrizes que, na prática, eles, enquanto membros de uma equipe, não conseguem implementar. Isso lhes remete a uma sensação de impotência frente aos desafios do SUS.

Desse modo, pode-se indicar, conforme os depoimentos dos ACS do município de Itabaiana-SE, sujeitos da pesquisa, que embora o curso não tenha ofertado o aprofundamento de técnicas desenvolvidas por eles diariamente em seu trabalho, na proporção de suas expectativas, a formação em ACS contribuiu para esses profissionais ampliarem o seu conhecimento e/ou para revisar conteúdos aprendidos em capacitações pontuais. Esses

conhecimentos contribuíram para atuação dos Agentes, segundo seus relatos, principalmente no que se refere à sua orientação aos usuários do SUS.

A formação também contribuiu para melhorar a interação entre os ACS, socializar experiências, desconstruir pré-conceitos em relação a outros profissionais, além de melhorar a forma de se expressar e construir críticas ao Sistema Único de Saúde. Considerando que parte dos conteúdos, discutidos no módulo I do Curso de Formação em ACS, já tinha sido visto em outros processos de qualificação, emerge a necessidade da continuidade dos módulos subsequentes, a fim de que possam concluir a formação técnica em ACS.

Sendo assim, compreende-se que a articulação entre o trabalho em saúde e a formação do ACS enseja a superação do entendimento do trabalho como uma mercadoria e a educação como um método para responder as demandas de um sistema, que se preocupa em atender ao cumprimento da legislação, sob um processo esvaziado de sentidos para os trabalhadores contemplados com o processo formativo. Muito além de responder as demandas da legislação, a formação para os Agentes Comunitários de Saúde deve considerar as contradições da realidade social em um processo que busque atender às necessidades de qualificação identificadas pelos próprios ACS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a formação dos Agentes Comunitários de Saúde é pensar no processo de articulação entre a qualificação profissional e as transformações no mundo do trabalho em saúde, especialmente no que se refere à organização dessa categoria e à regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde.

Nessa perspectiva, o trabalho comunitário desse profissional, que parecia simples, foi se tornando cada vez mais complexo, exigindo que a formação desses profissionais estivesse baseada em um elenco de competências que o ACS deveria desenvolver ao término da formação. Nesse sentido, foram propostas para o Módulo I do Curso de Formação em ACS as seguintes competências:

Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades; realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde; desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde. (BRASIL, 2004, p. 24).

Tais competências conformariam um “novo perfil do ACS”, atuando nas equipes do Programa Saúde da Família, após o término da formação desses profissionais. Sendo assim, vale elucidar como resposta a esta pesquisa os aspectos convergentes e divergentes da concepção dos Agentes da zona urbana e da zona rural, sobre as contribuições do Curso de Formação dos ACS para o processo de trabalho deles.

Em relação aos aspectos convergentes entre os Agentes Comunitários de Saúde, que residem e atuam na zona urbana e na zona rural, podemos destacar elementos sobre o trabalho desse profissional. É perceptível que ambos conhecem as suas atribuições e têm clareza do seu papel no Sistema Único de Saúde, ao ponto de reconhecerem que exercem atividades cotidianamente, além das previstas em legislação.

Quanto à motivação para participação do Módulo I do Curso de Formação, os Agentes da zona urbana e rural enfatizaram a importância do Curso como um dispositivo que lhes levaria a uma condição financeira melhor em sua profissão, tendo em vista esse ser o primeiro

passo para a formação técnica e profissionalizante. Além disso, os ACS buscavam adquirir e ampliar conhecimentos teóricos e, principalmente, práticos. Eles construíram uma expectativa do Curso quanto à necessidade de exercitar os conteúdos apreendidos com o seu fazer cotidiano. Essa motivação parece ter perdido o sentido, pois algumas singularidades referentes à formação desses profissionais não foram consideradas, a exemplo da necessidade de trabalhar os conteúdos a partir das práticas dos Agentes.

Outras dificuldades foram identificadas por eles, das zonas urbana e rural, a exemplo da obrigatoriedade do Curso para que eles continuassem exercendo a função de ACS. Tal obrigação se constituiu como o primeiro elemento desmotivador para participação desses trabalhadores no Curso. Somado a essa questão, o fato do ACS fazer a inscrição para um curso sem conhecer o seu objetivo, causou-lhes estranhamento e não pertencimento ao processo. E, ainda, a desmotivação por encontrar dificuldades de ordem administrativa, tais como: a estrutura física, totalmente inadequada; e o transporte para se deslocar até o local de realização do curso.

Quanto aos aspectos divergentes da percepção dos ACS, é possível identificar, nesses dois mundos, algumas nuances. Em relação ao trabalho no SUS, os ACS da zona urbana têm uma expectativa de reconhecimento da comunidade na qual atuam. Essa, por sua vez, espera dos ACS respostas às suas necessidades de saúde. A comunidade superestima as possibilidades de atuação do ACS, apesar desse trabalhador nem sempre conseguir responder às solicitações desses usuários do SUS. Tal limitação ocorre porque o trabalho do ACS depende da funcionalidade eficaz de um sistema complexo, envolvendo diversas variáveis, inclusive dependendo da atuação de outros profissionais na Unidade Básica de Saúde ou até, além desta.

Esses profissionais da equipe do Programa Saúde da Família deveriam interagir, criar vínculos e responsabilização junto aos usuários do seu território de abrangência. No entanto, muitas vezes há, na zona urbana, um descompasso de ritmo entre os ACS e os demais trabalhadores, devido ao descumprimento da carga horária por parte dos profissionais de nível superior, e do próprio Agente Comunitário de Saúde que, por sua vez, assume outros compromissos no horário de trabalho. Como aqueles que estão fazendo curso universitário no horário de trabalho, apoiando-se na ausência do outro profissional.

Na zona rural, o problema da integração com a comunidade localiza-se na questão da rotatividade de alguns profissionais, principalmente o médico. Isso fragiliza o trabalho de todos os profissionais da equipe, pois, enquanto alguns membros da equipe mudam constantemente, o ACS permanece em seu território atendendo à população. Portanto, esse trabalhador está permeado por desafios e contradições. Desafios para responder as demandas de saúde da população. E contradições, por ser morador do território em que presta serviço. Ele vive as dificuldades da comunidade e também necessita do sistema.

O reconhecimento do trabalho do ACS, como uma categoria profissional, por meio da Lei Nº 10.507/2002, e o aproveitamento dos ACS que já atuavam no Programa Saúde da Família, na Lei Nº 11.350/2006, foram, sem dúvidas, avanços significativos para a consolidação do trabalho do ACS no Sistema Único de Saúde. No entanto, é possível que o caminho, a partir de então, seja a implantação de uma política de valorização desses profissionais, com a elaboração de um plano de cargo, carreiras e vencimentos, contemplando inclusive a formação técnica e profissionalizante, que até o momento esteve restrita ao Módulo I.

Sobre esse, desenvolvido no município de Itabaiana-SE, é possível destacar alguns fatores que impactaram, favorável e desfavoravelmente, quando se considera a motivação para concluir o curso citado. Os ACS da zona urbana expressaram o seu descontentamento ao ter acesso aos conhecimentos já adquiridos em outros processos de qualificação e pela impossibilidade de aprofundar os conhecimentos específicos à sua função.

Diferente dos ACS da zona urbana, que destacaram aspectos positivos em relação à atuação dos docentes, os da zona rural tiveram docentes menos preparados em relação ao conteúdo e a didática, com mudanças, inclusive, de profissionais no meio do Curso. Mesmo com dificuldades em relação aos docentes, esses profissionais na zona rural apresentaram satisfação quanto ao material didático e pedagógico.

Já os da zona urbana, consideraram a linguagem do material muito elaborada, com atividades extensas e complexas. É possível que o nível de escolarização tenha impactando nas diferentes percepções, já que todos os ACS que atuam na zona urbana possuem nível médio de escolarização, alguns tendo deixado de estudar a muito tempo. Enquanto na zona rural, há uma mescla no nível de escolarização dos ACS que varia do ensino médio ao superior, completo ou incompleto, e até Pós-Graduação em *lato sensu*. Por esse motivo, há

também uma dificuldade maior entre os ACS da zona urbana, quanto se trata de retornar os estudos. Já a dificuldade dos que atuam na zona rural reside no esforço de conciliar a formação com outros cursos que estão realizando em nível superior.

Os Agentes da zona rural, apesar de enfrentarem dificuldades durante o desenvolvimento do curso, quanto à distância dos povoados, docentes menos qualificados e rotatividade de profissionais das equipes de saúde, são profissionais que procuram aperfeiçoar o seu nível de escolarização, buscando melhorias em sua atuação no mercado de trabalho. Devido a isso, tais profissionais esforçaram-se para conciliar as duas formações.

Tanto os ACS da zona urbana, quanto os da zona rural reconheceram as possibilidades de aperfeiçoar o seu trabalho com a conclusão do Módulo I do Curso de Formação em ACS em relação à: orientação junto à comunidade, embora reconheçam que nem tudo é aplicável nos serviços de saúde; aproximação com ACS de outras equipes do Programa Saúde da Família, o que não ocorre frequentemente no trabalho no SUS; mudanças de atitudes em relação aos riscos no trabalho; e, por fim, a sua atuação crítica enquanto trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde.

Portanto, a qualificação se apresentou como um desafio para os ACS, os quais além de terem seu trabalho, muitas vezes precarizado, ainda assumem a responsabilidade de sua formação para se manter no mercado de trabalho.

Evidencia-se, nesta pesquisa, que a oferta do Curso de Formação do ACS, por si só, não respondeu a complexidade das necessidades dos serviços de saúde e, muito menos, garantiu a melhoria nas ações prestadas pelos trabalhadores no SUS. Responder as necessidades de saúde dos usuários desse sistema é organizá-lo, assumindo o emaranhado de dificuldades existentes nele. Além disso, urge a necessidade de revisar a formação desses profissionais, com vistas a responder às necessidades de qualificação dos próprios trabalhadores ACS, ou seja, estruturar um curso técnico profissionalizante, atendendo todas as diretrizes das instâncias reguladoras – Conselho Estadual de Educação e Ministério da Educação, mas norteado pelos princípios da Educação Permanente em Saúde.

Utilizar as bases da Educação Permanente em Saúde poderia ser potencializador para identificar as necessidades de formação de coletivos, a partir dos problemas enfrentados pelas equipes das Unidades Básicas de Saúde. A Educação Permanente propõe “tornar a rede

pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho” (CECCIM, 2005a, p. 03), através do desenvolvimento de reflexões, análises e revisão de práticas do cotidiano dos serviços de saúde.

Trata-se de um processo permeado por estratégias de transformação do agir em saúde, pressupondo uma aprendizagem significativa em espaços coletivos, a qual elege o cotidiano do trabalho como objeto central da aprendizagem e considera os saberes científicos como insumos que permeiam as ações de educação em saúde.

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de sobrevivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde, pelo menos no nosso caso (CECCIM, 2005b, p.165).

Para efetivar a interação constante da educação com o mundo do trabalho, torna-se necessário respeitar os saberes inerentes aos educandos, respeitar seus saberes socialmente construídos. Mas, também, discutir com os alunos a relação que se estabelece entre esses saberes e os conteúdos programáticos preestabelecidos a partir de um elenco de competências.

Talvez essa fosse uma das formas do ACS encontrarem sentido na formação que lhes foi ofertada, trazendo para a pauta das discussões o seu mundo de trabalho. Tomar o processo de trabalho do ACS como objeto central da aprendizagem, tal como se propõe a Educação Permanente é apostar em uma Educação Profissional em Saúde, sustentada nas necessidades de qualificação do trabalhador, possibilitando atividades práticas, possíveis de refletir o seu cotidiano do trabalho.

Espero que os resultados aqui expostos possam contribuir na implantação de processos formativos para os Agentes Comunitários de Saúde e demais trabalhadores do Sistema Único de Saúde que são desafiados cotidianamente. E que as reflexões propostas possam incitar novas discussões no campo da Educação Profissional e na relação trabalho e educação.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. A nova morfologia do trabalho, suas principais metamorfoses e significados: um balanço preliminar. In: GUIMARÃES, Cátia (Org.). **Trabalho, educação e saúde**: 25 anos de educação politécnica no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2010.

_____. **Adeus ao trabalho?**: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. Campinas (SP): Cortez, 2007.

ARANHA, Lúcia. **Educação e trabalho no contexto da terceira revolução industrial**. São Cristóvão (SE): Ed. UFS, 1999.

BERBEL, Neusi Aparecida Navas . **Metodologia da problematização**: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. Londrina: UEL, 1999.

BORGES, Camila Furlanetti et. al. Cuidado, acessibilidade e integralidade: elementos fundamentais para pensar a saúde e o trabalho do ACS. In: MONKEN, Maurício; DANTAS, André Viana (Orgs.). **Estudos de politecnia de Saúde**. Volume 04. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 167-190.

BORNSTEIN, Vera Joana et. al. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, 2008, p. 457-480.

BORNSTEIN, Vera Joana et al. O processo de trabalho do Agente comunitário de Saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção à saúde. In: MONKEN, Maurício; DANTAS, André Viana (Orgs.). **Estudos de politecnia de saúde**. Volume 04. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009, p. 191-219.

BRASIL. **Programa de preparação estratégica de pessoal de saúde – PPREPS**. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Organização Panamericana de Saúde, 1975.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo. Saraiva, 1988.

_____. **Lei Nº 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. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Lei Nº 9.394** de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Ministério da Educação, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.886**, 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: Ministério da Saúde, 1997a.

_____. **Decreto Nº 2.208** de 17 de abril de 1997. Regulamenta o §2º do art. 36 e os artigos 39 a 42 da Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Ministério da Educação, 1997b.

_____. **Decreto Nº 3.189** de 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Educação. **Referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico em saúde**. Brasília: Ministério da Educação, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.298**, de 28 de novembro de 2000. Institui a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Referências conceituais para organização do sistema de certificação de competência/PROFAE**: manual de orientação. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, 2000c.

_____. **Lei complementar Nº 101**, de 04 de maio de 2000 estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000d.

_____. Ministério da Saúde. **Certificação de competências para área da saúde: os desafios do PROFAE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Nº 10.507**, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, Congresso Nacional, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a qualificação básica do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. BRASIL, Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH – SUS**, Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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

_____. Ministério da Saúde. **Lei Nº 11.350**, de 05 de outubro de 2006. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, Congresso Nacional, 2006a.

_____. **Emenda constitucional Nº 51**. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. Brasília: Congresso Nacional, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Série Pactos pela Saúde. 4. ed. Brasília. 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Série Pactos pela Saúde. 4. ed. Brasília. 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Série Pactos pela Saúde, 2006. V. 6, Brasília, 2006f.

_____. Ministério da Saúde. **Validação da metodologia de avaliação de competências:** Manual de orientação. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão Educação na Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n. 4. Rio de Janeiro. Out/Dez, 2005a.

_____. Educação permanente em saúde: desafios ambiciosos e necessários. **Revista Interface** – Comunicação Saúde e Educação, v.9, n.16, p. 161-77, 2005b.

ESTEBAN, Maria Paz Sandín. **Pesquisa qualitativa em educação:** fundamentos e tradições. Porto Alegre: AMGH, 2010.

FIOCRUZ. **Projeto memória da educação profissional em saúde:** anos 1980-1990. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

FRANÇA DE BARROS, Daniela. **Avaliação da formação dos agentes comunitários no Brasil.** Brasília: Universidade de Brasília: Dissertação de mestrado não publicada, 2006.

FRANÇA DE BARROS, Daniela et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol 19, n. 1, enero-marzo, 2010, p. 78-84. Disponível <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=71413596009>> Acesso em: 28 jun 2011.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Capital humano. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Dicionário de educação profissional em saúde.** Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas.** (Série Pesquisa em Educação, v. 10). Brasília: Líber Livro, 2005.

MACHADO Lucília R. Qualificação do trabalho e relações sociais. In: FIDALGO, Fernando Selmar (Org.). **Gestão do trabalho e formação do trabalhador**. Belo Horizonte: Movimento da Cultura Marxista, 1996, p. 13-40.

MATTA, Gustavo Corrêa. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**. Contradições e desafios em 20 anos do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/EPSJV, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

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

_____. **A política de formação dos agentes comunitários de saúde**: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005. Rio de Janeiro: Dissertação de mestrado não publicada, 2009.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. A política educacional brasileira na ‘Sociedade do Conhecimento’. In: **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. MATTA, Gustavo Correa e LIMA, Júlio César França (org.). Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/EPSJV, 2008, p. 355-391.

PEREIRA, Isabel Brasil. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

PERRENOUD, Philippe. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

RAMOS, Marise Nogueira. **Trabalho, educação e corrente pedagógica no Brasil**: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010.

_____. Conceitos básicos sobre trabalho. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. (Orgs.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Coleção Educação

Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 27-56.

_____. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Integralidade na atenção e na formação dos sujeitos: desafios para educação profissional em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ; ABRASCO, 2005, p. 207-221.

SCHMIDEL, Jucineide Proença da Cruz. **Formação do agente comunitário de saúde na reorganização da atenção primária com perspectiva de mudança do modelo de atenção.** Rio de Janeiro: Dissertação de mestrado não publicada, 2009.

SERGIPE. **Plano de curso técnico de agente comunitário de saúde.** Sergipe: ETSUS, 2004.

_____. **Ata da reunião do fórum de educação permanente da saúde** de 31 de março de 2005. SERGIPE, 2005.

_____. **Roteiro de visita aos municípios para verificação de espaço físico destinado à sala de aula.** Sergipe: ETSUS, 2009a.

_____. **Perfil social e econômico de trabalhadores candidatos a discentes dos cursos técnico em saúde bucal e técnico em agente comunitário de saúde: uma análise gráfica.** Sergipe: ETSUS, 2009b.

_____. **Projeto político pedagógico da ETSUS-SE.** Sergipe: ETSUS, 2010.

_____. **A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe.** 1. Sergipe: Ed. FUNESA, 2011.

SILVA, Livia Maria Goes de Araújo Cohim. **Instrumento de avaliação da formação técnica do agente comunitário de saúde: desempenho final.** Salvador: Dissertação de mestrado não publicada, 2010.

TEIXEIRA, Ana Maria Freitas. A cigarra e a formiga: qualificação e competência – um balanço crítico. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais. Nº 61, 1º semestre. São Paulo, 2006, p. 53-69.

VIEIRA, Mônica. **Para além da comunidade**: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPJV, 2011.

ZARIFIAN, Philippe. **O modelo das competências**: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo. Ed. SENAC, 2003.

SITE CONSULTADO:

http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/agente_comunitario.pdf. Acesso em 14 de dez.2010.

APÊNDICES

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCELO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

APÊNDICE Nº 01

**NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIONAL DE
ARACAJU-SE MATRICULADOS NO MÓDULO I DO CURSO DE FORMAÇÃO EM
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

REGIONAL DE ARACAJU			
MUNICÍPIOS	Nº DE ACS	ALUNOS MATRICULADOS	ALUNOS EM SALA DE AULA
ARACAJU	768	0	0
BARRA DOS COQUEIROS	45	0	0
DIVINA PASTORA	10	1	1
ITAPORANGA D'ÀJUDA	60	56	52
	58	9	9
LARANJEIRAS RIACHUELO	21	2	1
SANTA ROSA DE LIMA	9	12	12
SÃO CRISTOVÃO	185	162	155
TOTAL	1.156	242	230

Fonte: ETSUS-2010

Análise: 19,89% dos trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde da regional de Aracaju estão efetivamente em sala de aula.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCELO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

APÊNDICE Nº 02

**NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIONAL DE
ESTÂNCIA-SE MATRICULADOS NO MÓDULO I DO CURSO DE FORMAÇÃO
EM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

REGIONAL DE ESTÂNCIA			
MUNICÍPIOS	Nº DE ACS	ALUNOS MATRICULADOS	ALUNOS EM SALA DE AULA
ARAUÁ	24	34	34
BOQUIM	60	62	62
CRISTINÁPOLIS	41	45	37
ESTÂNCIA	120	56	56
INDIAROBA	34	3	2
ITABAIANINHA	76	18	18
PEDRINHAS	17	28	28
SANTA LUZIA DO ITANHY	37	42	31
TOMAR DO GERU	33	38	38
UMBAÚBA	43	39	39
TOTAL	485	365	345

Fonte: ETSUS-2010

Análise: 71,13% dos trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde da regional de Estância estão efetivamente em sala de aula.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

APÊNDICE Nº 03

**NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIONAL DE
LAGARTO-SE MATRICULADOS NO MÓDULO I DO CURSO DE FORMAÇÃO EM
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

REGIONAL DE LAGARTO			
MUNICÍPIOS	Nº DE ACS	ALUNOS MATRICULADOS	ALUNOS EM SALA DE AULA
LAGARTO	174	176	176
RIACHÃO DO DANTAS	33	38	37
SALGADO	42	42	42
SIMÃO DIAS	101	112	91
POÇO VERDE	43	43	43
TOBIAS BARRETO	117	29	29
TOTAL	510	440	418

Fonte: ETSUS-2010

Análise: 81,96% dos trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde da regional de Lagarto estão efetivamente em sala de aula.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

APÊNDICE Nº 04

NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIONAL DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO-SE MATRICULADOS NO MÓDULO I DO CURSO DE FORMAÇÃO EM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

REGIONAL DE NOSSA SENHORA DO SOCORRO			
MUNICÍPIOS	Nº DE ACS	ALUNOS MATRICULADOS	ALUNOS EM SALA DE AULA
Capela	51	52	43
Cumbe	9	2	2
Nossa Senhora das Dores	44	53	53
Siriri	13	6	6
Carmópolis	28	29	29
General maynard	5	5	4
Japarutuba	34	40	40
Maruim	36	9	5
Nossa senhora do socorro	261	0	0
Pirambu	14	18	18
Rosário do catete	20	7	7
Santo Amaro das Brotas	27	9	9
TOTAL	542	230	216

Fonte: ETSUS-2010

Análise: 39,85 % dos trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde da regional de Nossa Senhora do Socorro estão efetivamente em sala de aula.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

APÊNDICE Nº 05

**NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIONAL DE
PROPRIÁ-SE MATRICULADOS NO MÓDULO I DO CURSO DE FORMAÇÃO EM
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

REGIONAL DE PROPRIÁ			
MUNICÍPIOS	Nº DE ACS	ALUNOS MATRICULADOS	ALUNOS EM SALA DE AULA
Brejo Grande	18	6	6
Ilha das Flores	16	1	1
Japoatã	37	40	37
Neópolis	50	51	51
Pacatuba	30	9	9
Santana do São Francisco	15	6	6
Amparo de São Francisco	6	2	2
Aquidabã	30	0	0
Canhoba	9	11	11
Cedro de São João	11	15	15
Malhada dos Bois	7	3	3
Propriá	66	46	46
São Francisco	7	7	7
Telha	7	0	0
Muribeca	18	0	0
N. Senhora de Lourdes	16	0	0
TOTAL	343	197	194

Fonte: ETSUS-2010

Análise: 56,55 % dos trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde da regional de Propriá estão efetivamente em sala de aula.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCELO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

APÊNDICE Nº 06

**NÚMERO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA REGIONAL DE NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA-SE MATRICULADOS NO MÓDULO I DO CURSO DE
FORMAÇÃO EM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA			
MUNICÍPIOS	Nº DE ACS	ALUNOS MATRICULADOS	ALUNOS EM SALA DE AULA
Feira Nova	13	16	16
Gracho Cardoso	14	19	19
Itabi	12	5	5
Monte Alegre de Sergipe	22	30	30
Nossa Senhora da Glória	75	13	12
Canindé de são Francisco	60	0	0
Poço Redondo	80	5	5
Gararu	24	3	3
Porto da Folha	61	65	65
Total	361	156	155

Fonte: ETSUS-2010

Análise: 42,93% dos trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde da regional de Nossa Senhora da Glória estão efetivamente em sala de aula.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

APÊNDICE Nº 07

**ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL COM OS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

I – Identificação

1. Nome:
2. Município/ Regional:
3. Equipe de saúde (povoado ou cidade):
4. Tempo de profissão:
5. Vínculo (efetivo ou contratado):

II – Aspectos gerais relacionados ao curso:

1. O que você entende por Formação em Agente Comunitário de Saúde?
2. O que lhe motivou à participar do curso?
3. O que você acha na iniciativa da oferta do curso?
4. Como você conseguiu conciliar trabalho e educação?

III – Aspectos relacionados ao formato do curso:

1. Qual a sua percepção do formato do curso (descentralizado)?
2. As condições físicas, ambientais e de horário as quais foram realizadas o curso foram satisfatória? Por quê?
3. Você enfrentou dificuldade para participar do curso? Qual (is)?

IV – Aspectos relacionados ao currículo:

1. Pra você como foi estudar em um formato de curso em que não existiram disciplinas, mas um modelo integrado de conteúdos em que um único docente trabalha todo o módulo?
2. Como você enxergou a relação teoria/ prática no desenvolvimento do curso?
3. Você entende que desenvolveu competências para o exercício de suas atividades? Qual a mudança perceptível na prática?

V – Aspectos relacionados à atuação dos docentes e tutores:

1. Qual o grau de satisfação em relação a atuação dos docentes e tutores do curso no que diz respeito à metodologia e à avaliação?
2. Como você enxergou a relação docentes e tutores no desenvolvimento do curso?

VI - Aspectos relacionados ao material didático-pedagógico do curso:

1. O material atendeu às expectativas e as diretrizes do curso (linguagem, atividades)?
2. A utilização do material didático-pedagógico pelos docentes e tutores satisfaz às suas necessidades enquanto aprendiz? Como?
3. Existe uma aplicabilidade do conteúdo teórico à prática nos serviços de saúde? Em caso positivo, como você enxerga essa relação no cotidiano de seu trabalho?

VII – Contribuições da Formação para os Agentes Comunitários de Saúde:

1. Qual a importância do curso para a sua atuação profissional?
2. Qual a importância do curso para sua vida pessoal?
3. Suas expectativas em relação ao curso foram contempladas?
4. O que mudou em seu fazer profissional no cotidiano do seu trabalho em saúde?

ANEXOS

ANEXO Nº 01**ORGANIZAÇÃO DAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE**

MICRO-REGIÃO ITABAIANA	
Código IBGE	Nome do Município
280050	Areia Branca
280100	Campo do Brito
280140	Carira
280230	Frei Paulo
280290	Itabaiana
280370	Macambira
280390	Malhador
280410	Moita Bonita
280500	Pedra Mole
280520	Pinhão
280600	Ribeirópolis
280680	São Domingos
280445	N. S. Aparecida
280700	São Miguel do Aleixo

MICRO-REGIÃO NOSSA SENHORA DO SOCORRO	
Código IBGE	Nome do Município
280130	Capela
280190	Cumbe
280460	Nossa Senhora das Dores
280720	Siriri
280150	Carmópolis
280250	General Maynard
280330	Japaratuba
280400	Maruim
280480	Nossa Senhora do Socorro
280530	Pirambu
280610	Rosário do Catete
280660	Santo Amaro das Brotas

ANEXO Nº 01**ORGANIZAÇÃO DAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE**

- continuação -

MICRO-REGIÃO ARACAJU		MICRO-REGIÃO ESTÂNCIA	
Código IBGE	Nome do Município	Código IBGE	Nome do Município
280030	Aracaju	280040	Araúá (34-34)
280060	Barra dos Coqueiros	280067	Boquim
280200	Divina Pastora	280170	Cristinápolis
280320	Itaporanga d`Ajudá	280210	Estância
280360	Laranjeiras	280280	Indiaroba
280590	Riachuelo	280300	Itabaianinha
280650	Santa Rosa de Lima	280510	Pedrinhas
280670	São Cristovão	280630	Santa Luzia do Itanhy
		280750	Tomar do Geru
		280760	Umbaúba

MICRO-REGIÃO NOSSA SENHORA DA GLÓRIA	
Código IBGE	Nome do Município
280220	Feira Nova
280260	Gracho Cardoso
280310	Itabi
280420	Monte Alegre de Sergipe
280450	Nossa Senhora da Glória
280120	Canindé de São Francisco
280540	Poço Redondo
280240	Gararu
280560	Porto da Folha

MICRO-REGIÃO PROPRIÁ	
Código IBGE	Nome do Município
280070	Brejo Grande
280270	Ilha das Flores
280340	Japoatã
280440	Neópolis
280490	Pacatuba
280640	Santana do São Francisco
280010	Amparo de São Francisco
280020	Aquidabã
280110	Canhoba
280160	Cedro de São João
280380	Malhada dos Bois
280570	Propriá
280690	São Francisco
280730	Telha
280430	Muribeca
280470	N. Senhora de Lourdes

ANEXO Nº 02

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES do município de Itabaiana-SE com os respectivos endereços

UBS POVOADOS

CNES	Equipe	Endereço
2477696	Posto de Saúde Agrovila Dr. Maria do Carmo N. Alves	Povoado Agrovila
2477718	Posto de Saúde Bom Jardim	Povoado Bom Jardim
2611910	Posto de Saúde Caraibas	Povoado Caraibas
2816008	Posto de Saúde Mangabeira	Povoado Mangabeira
3471438	Posto de Saúde Mangueira José Augusto de Menezes	Povoado Mangueira
5362938	Posto de Saúde Ormeil Câmara	Povoado Terra Vermelha
2611902	Posto de Saúde Ribeira Severiano Vieira Santos	Povoado Ribeira
5253853	Posto de Saúde São José	Povoado São José
6312519	Posto de Saúde Zangue	Povoado Zangue
2477726	Unidade PSF Cajaiba	Povoado Cajaiba
2546140	Unidade PSF Matapoã	Povoado Matapoã
2611872	Unidade PSF Pé do Veado	Povoado Pé do Veado
2546167	Unidade PSF Queimadas	Povoado Queimadas
2477769	Unidade PSF Rio das Pedras	Povoado Rio das Pedras
2477742	Unidade PSF Lagoa do Forno	Povoado Lagoa do Forno
2611929	Unidade PSF Serra Prof. Deuzinha Tavares dos Santos	Povoado Serra
6431399	Posto de Saúde do Carrilho	Povoado Carrilho

UBS CIDADE

CNES	Equipe	Endereço
2477688	Unidade PSF Centro de Saúde III	Rua Josué Passos, 700
2477750	Unidade PSF Mutirão	Rua Jõazinho Retratista S/N
2611880	Unidade PSF CS Souto Diniz	Av. Otoniel Dórea, 534
3281329	Unidade PSF Dr. Lauro Maia	R: Percilio Andrade, 1477, A
2477734	Unidade PSF Dr. Luciano Siqueira	Rua Francisco Bragança
2546159	Clinica de Saúde da Família Drº Ormeil Câmara de Oliveira	Conj. José Luiz Conceição, Rua F, 81
2477777	Unidade PSF Sítio Porto	Av. Zefinha de Capitulino, 2245
2611899	Unidade PSF Vlademir Souza de Carvalho	Rua São José, s/n

ANEXO Nº 03

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
FUNDAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE – FUNESA
ESCOLA TÉCNICA DO SUS EM SERGIPE- ETSUS

ROTEIRO DE VISITA AOS MUNICÍPIOS PARA VERIFICAÇÃO DE ESPAÇO FÍSICO
DESTINADO À SALA DE AULA

1. Município visitado: _____
2. Data _____ Horário: () Manhã () Tarde
3. Pessoa de referencia no município
Nome _____ Formas de contato _____
4. Informações de localização do espaço físico
Rua _____ Nº _____ Bairro _____
Ponto de Referência _____
5. Características do espaço físico
Localização: () Boa () Ruim _____
Ventilação: () Ar condicionado () Ventilador () Natural
Iluminação: () Adequada () Inadequada _____
Acústica: () Boa () Ruim _____
Instalações sanitárias: () Adequada () Inadequada _____
Bebedouro: () Sim () Não _____
6. Disponibilidade de equipamentos escolares
Carteira escolar: () Sim/ Quantidade: _____ () Não
Estado de conservação das carteiras: () Bom () Regular () Ruim
Retro projetor: () Sim () Não
Data show: () Sim () Não
Aparelho de DVD: () Sim () Não
Computador: () Sim () Não

ANEXO Nº 04**Questionário sobre o perfil do Agente Comunitário de Saúde (ACS) do Estado de Sergipe****Município de lotação:** _____**Sexo** ☐ Feminino ☐ Masculino**1. Idade:** _____**2. Tempo de serviço**☐ Menos de 1 ano ☐ De 1 ano à 3 anos ☐ De 3 anos à 5 anos ☐ Mais de 5 anos.**3. Escolaridade**

- | | |
|--|--|
| ☐ Ensino Fundamental Incompleto | ☐ Ensino Fundamental Completo |
| ☐ Ensino Médio Incompleto | ☐ Ensino Médio Completo |
| ☐ Superior Incompleto | ☐ Superior Completo |
| ☐ Pós-Graduação | |

4. Estado Civil☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Outro(a)**5. Você tem filhos?**☐ Não ☐ Sim**1 Se sim, quantos filhos?**☐ Um ☐ Dois ☐ Três ☐ Quatro ou mais**2 Qual a faixa etária dos seus filhos?**☐ 0 - 1 ano ☐ 2 – 5 anos ☐ 6 – 9 anos ☐ 10 anos ou mais.**6. Quantas pessoas residem na sua casa?**

- ☐ Uma pessoa
- ☐ De 2 a 5 pessoas
- ☐ De 6 a 9 pessoas
- ☐ Mais de 10 pessoas

7. Qual a sua renda familiar?

☐ Até um salário Mínimo (R\$ 415,00)

☐ De R\$ 416,00 a R\$ 900,00

☐ De R\$ 901,00 a R\$ 1.300, 00

☐ R\$ 1.301,00 a R\$ 2.000,00

☐ Mais de R\$ 2.000,00

8. Sua casa é:

☐ Própria ☐ Cedida ☐ Alugada

9. Onde você mora?

☐ Cidade. Qual? _____

☐ Povoado. Qual? _____

10. Onde você trabalha?

☐ Cidade. Qual? _____

☐ Povoado. Qual? _____

11. Qual seu regime trabalhista?

☐ Concursado ☐ Contratado ☐ Outro

12. Você tem acesso a internet?

☐ Sim ☐ Não

13. Quais as maiores dificuldades enfrentadas no trabalho? (Mais de uma opção pode ser assinalada).

☐ O trabalho é muito distante de onde eu moro.

☐ Tenho problemas com a Chefia e/ou com colegas de trabalho.

☐ Geralmente, fico sobrecarregado de trabalho por falta de pessoal.

☐ Exigência da comunidade

☐ Condições precárias de trabalho (falta de materiais, estrutura física inadequada)

☐ O salário é baixo.

☐ Falta de preparo prejudica meu desempenho.

14. Desempenha outras atividades além da de ACS?

☐ Não ☐ Sim

15. Já participou de capacitações?☐ Não☐ Sim**3 Se sim, quais?**

4 Se sim, quanto à frequência das capacitações, você considera☐ Muito suficiente ☐ Suficiente ☐ Pouco suficiente ☐

Insuficiente

5 Se sim, quanto à metodologia das capacitações, você considera☐ Muito adequada ☐ Adequada ☐ Pouco adequada ☐

Inadequada

16. Em relação a sua atividade profissional sente-se☐ Muito realizado☐ Realizado☐ Pouco realizado☐ Não realizado**17. O que lhe motiva no local de trabalho?**☐ A participação em capacitações☐ Interação com a equipe☐ Gostar do que faz☐ Salários e benefícios☐ Relação com a população☐ Relação com os líderes comunitários☐ Valorização e reconhecimento☐ Nada motiva☐ Outros.**18. Em sua opinião, como a comunidade vê a sua função?**☐ Como importante para a efetivação dos programas da atenção básica☐ A comunidade entende as nossas funções, nos apóiam e nos procuram quando precisam☐ Como agentes voltados somente para a saúde das pessoas carentes

- ☐ Entendem de forma equivocada, porque a comunidade exige coisas que não podemos realizar
- ☐ Como desnecessária

19. Como você vê a sua função na comunidade?

- ☐ Como um profissional que pode melhorar a saúde da comunidade em geral
- ☐ Como um profissional de iniciativa que pode realizar ações além das que lhe são atribuídas (como organização de palestras, conseguir doações de materiais, mobilizar a comunidade em programas como da coleta seletiva de lixo, etc.)
- ☐ Necessária para ajudar somente a população mais carente e necessitada
- ☐ Como um profissional que não pode fazer muita coisa pela população
- ☐ Como desnecessária

2.2 SOBRE O RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

1. Como classifica seu relacionamento com as outras pessoas da equipe de trabalho?

- ☐ Muito satisfatório ☐ satisfatório ☐ pouco satisfatório ☐ insatisfatório

2. Como classifica seu relacionamento com a coordenação ?

- ☐ Muito satisfatório
- ☐ satisfatório
- ☐ pouco satisfatório
- ☐ insatisfatório

3. Como costuma resolver os conflitos interpessoais no trabalho?

- ☐ conversa abertamente a fim de resolver o conflito
- ☐ deixa para lá
- ☐ procura os superiores
- ☐ evita a pessoa que está em conflito

4. Como é a relação entre a unidade de saúde e outros equipamentos (escola, igreja, hospital, SAMU, CAPS, outras secretarias)?

- ☐ Muito satisfatória ☐ Satisfatória ☐ Pouco satisfatória ☐ Insatisfatória

5. Como classifica sua relação com os usuários?

- ☐ Muito satisfatória ☐ satisfatória ☐ Pouco satisfatória ☐ Insatisfatória

SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO

1. Como considera a estrutura física?

☐ Muito adequada ☐ Adequada ☐ Pouco adequada ☐ Inadequada

2. Está satisfeito com os equipamentos de trabalho?

☐ sim ☐ não

Você sente ou apresenta com frequência:

- ☐ Dores no estômago
- ☐ Insônia
- ☐ Ansiedade
- ☐ Cansaço físico
- ☐ Dores de cabeça
- ☐ Aumento de peso
- ☐ Tristeza
- ☐ Dificuldade de concentração
- ☐ Irritabilidade
- ☐ Esquecimento
- ☐ Manchas na pele por causa do sol
- ☐ Tenho lesão por esforço repetitivo (L.E.R.)
- ☐ Outros

Com relação ao seu trabalho, classifique seu nível de stress:

☐ Muito alto ☐ Alto ☐ Baixo ☐ Inexistente

O que lhe provoca stress ?

- ☐ Relação com os colegas
- ☐ Relação com a comunidade
- ☐ Relação com a família
- ☐ As visitas domiciliares
- ☐ Relação com a coordenação
- ☐ Monitoramento do território
- ☐ Horário de trabalho

Anexo Nº 05 - Relatório do Histórico de cobertura das equipes de saúde da família do Departamento de Atenção Básica - DAB																			
MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB																			
Competência: Dezembro de 2010																			
IBGE	Município	População	Agentes Comunitários de Saúde						Equipe de Saúde da Família						Equipe de Saúde Bucal				
			Teto	Credenciados M. Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção cobertura populacional	Teto	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Modalidade I		Modalidade II		
															Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema
3E+05	AMPARO DE S. FRANCISCO	2.268	6	6	6	6	2.268	100	1	1	1	1	2.268	100	1	1	1	0	0
3E+05	AQUIDABÃ	19.890	50	30	37	30	17.250	86,73	8	6	6	6	19.890	100	3	3	3	0	0
3E+05	ARACAJU	544.039	1.360	900	814	808	464.600	85,4	227	153	133	132	455.400	83,71	79	64	63	0	0
3E+05	ARAUÁ	12.042	30	24	26	24	12.042	100	5	5	5	5	12.042	100	4	3	3	0	0
3E+05	AREIA BRANCA	16.733	42	42	43	42	16.733	100	7	7	7	7	16.733	100	2	2	2	0	0
3E+05	BARRA DOS COQUEIROS	19.998	50	50	44	44	19.998	100	8	8	7	7	19.998	100	8	6	6	0	0
3E+05	BOQUIM	25.270	63	60	60	60	25.270	100	11	10	6	6	20.700	81,92	5	3	3	0	0
3E+05	BREJO GRANDE	8.086	20	18	18	18	8.086	100	3	3	3	3	8.086	100	3	3	3	0	0
3E+05	CAMPO DO BRITO	16.745	42	25	25	25	14.375	85,85	7	4	4	4	13.800	82,41	2	2	2	0	0
3E+05	CANHOPA	4.025	10	9	14	9	4.025	100	2	2	2	2	4.025	100	1	1	1	0	0
3E+05	CANINDE DE S. FRANCISCO	23.005	58	60	68	60	23.005	100	10	10	10	10	23.005	100	9	7	7	0	0
3E+05	CAPELA	28.960	72	54	51	51	28.960	100	12	10	10	10	28.960	100	8	8	8	0	0
3E+05	CARIRA	19.708	49	49	49	49	19.708	100	8	8	7	7	19.708	100	2	2	2	0	0
3E+05	CARMÓPOLIS	12.610	32	28	28	28	12.610	100	5	4	4	4	12.610	100	2	2	2	0	0
3E+05	CEDRO DE SÃO JOÃO	5.522	14	11	13	11	5.522	100	2	2	2	2	5.522	100	1	1	1	0	0
3E+05	CRISTINÁPOLIS	16.131	40	41	41	41	16.131	100	7	7	6	6	16.131	100	5	3	3	0	0
3E+05	CUMBE	3.870	10	9	9	9	3.870	100	2	2	1	1	3.450	89,15	1	1	1	0	0
3E+05	DIVINA PASTORA	4.448	11	10	10	10	4.448	100	2	2	2	2	4.448	100	2	2	2	0	0
3E+05	ESTÂNCIA	63.582	159	144	120	120	63.582	100	26	18	18	18	62.100	97,67	15	15	15	0	0
3E+05	FEIRA NOVA	5.875	15	13	13	13	5.875	100	2	2	2	2	5.875	100	1	1	1	0	0
3E+05	FREI PAULO	13.060	33	31	32	31	13.060	100	5	5	5	5	13.060	100	5	3	3	0	0
3E+05	GARARU	11.999	30	24	24	24	11.999	100	5	3	2	2	6.900	57,5	2	3	2	0	0
3E+05	GENERAL MAYNARD	2.907	7	5	6	5	2.875	98,9	1	1	1	1	2.907	100	1	1	1	0	0
3E+05	GRACHO CARDOSO	5.732	14	14	15	14	5.732	100	2	2	1	1	3.450	60,19	2	2	2	0	0
3E+05	ILHA DAS FLORES	8.906	22	20	20	20	8.906	100	4	4	4	4	8.906	100	4	4	4	0	0
3E+05	INDIAROBA	18.126	45	34	34	34	18.126	100	8	5	5	5	17.250	95,17	5	5	5	0	0
3E+05	ITABAIANA	86.564	216	196	182	182	86.564	100	36	17	17	17	58.650	67,75	9	8	8	0	0
3E+05	ITABAIANINHA	38.850	97	80	76	76	38.850	100	16	10	8	8	27.600	71,04	3	3	3	0	0
3E+05	ITABI	4.827	12	12	13	12	4.827	100	2	2	2	2	4.827	100	1	1	1	0	0
3E+05	ITAPORANGA D'AJUDA	29.347	73	60	61	60	29.347	100	12	9	9	9	29.347	100	9	7	7	0	0
3E+05	JAPARATUBA	16.046	40	37	35	28	16.046	100	7	5	5	4	13.800	86	2	3	2	0	0
3E+05	JAPOATÁ	14.027	35	37	37	37	14.027	100	6	6	6	6	14.027	100	5	5	5	0	0
3E+05	LAGARTO	92.474	231	200	174	174	92.474	100	39	21	13	13	44.850	48,5	6	7	6	1	0
3E+05	ARANJEIRAS	24.714	62	66	52	52	24.714	100	10	11	10	10	24.714	100	11	7	7	0	0
3E+05	MACAMBIRA	6.554	16	15	15	15	6.554	100	3	2	2	2	6.554	100	2	2	2	0	0
3E+05	MALHADA DOS BOIS	3.830	10	7	8	7	3.830	100	2	1	1	1	3.450	90,08	1	1	1	0	0
3E+05	MALHADOR	12.124	30	22	22	22	12.124	100	5	5	3	3	10.350	85,37	1	1	1	0	0
3E+05	MARUIM	15.582	39	36	36	36	15.582	100	6	6	6	6	15.582	100	3	3	3	0	0

Anexo Nº 05 - Relatório do Histórico de cobertura das equipes de saúde da família do Departamento de Atenção Básica - DAB
MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB
Competência: Dezembro de 2010

IBGE	Município	População	Agentes Comunitários de Saúde						Equipe de Saúde da Família						Equipe de Saúde Bucal					
			Teto	Credenciados M.Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção cobertura populacional	Teto	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada	Modalidade I			Modalidade II		
															Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas
3E+05	MOITA BONITA	11.269	28	26	24	24	11.269	100	5	4	3	3	10.350	91,84	3	3	3	0	0	0
3E+05	MONTE ALEGRE	13.817	35	30	30	30	13.817	100	6	5	4	4	13.800	99,88	5	2	2	0	0	0
3E+05	MURIBECA	7.466	19	18	18	18	7.466	100	3	3	3	3	7.466	100	3	3	3	0	0	0
3E+05	NEÓPOLIS	19.538	49	50	50	50	19.538	100	8	6	5	5	17.250	88,29	4	2	2	1	1	1
3E+05	NOSSA SRA APARECIDA	8.813	22	20	21	20	8.813	100	4	3	3	3	8.813	100	2	2	2	0	0	0
3E+05	NOSSA SRA DA GLÓRIA	30.804	77	75	75	75	30.804	100	13	12	12	12	30.804	100	8	6	6	0	0	0
3E+05	NOSSA SRA DAS DORES	24.747	62	47	50	47	24.747	100	10	8	8	8	24.747	100	8	8	8	0	0	0
3E+05	NOSSA SRA DE LOURDES	6.509	16	16	16	16	6.509	100	3	3	2	2	6.509	100	2	2	2	0	0	0
3E+05	NOSSA SRA DO SOCORRO	155.334	388	309	259	256	147.200	94,76	65	63	60	59	155.334	100	55	52	51	0	0	0
3E+05	PACATUBA	12.870	32	30	30	30	12.870	100	5	5	5	5	12.870	100	5	5	5	0	0	0
3E+05	PEDRA MOLE	2.878	7	7	7	7	2.878	100	1	1	1	1	2.878	100	1	1	1	0	0	0
3E+05	PEDRINHAS	8.709	22	22	17	17	8.709	100	4	2	2	2	6.900	79,23	1	1	1	0	0	0
3E+05	PINHÃO	5.809	15	15	15	15	5.809	100	2	2	2	2	5.809	100	2	2	2	0	0	0
3E+05	PIRAMBU	8.608	22	21	14	14	8.050	93,52	4	4	3	3	8.608	100	4	3	3	0	0	0
3E+05	POÇO REDONDO	30.249	76	80	78	78	30.249	100	13	8	6	5	17.250	57,03	4	3	3	0	0	0
3E+05	POÇO VERDE	21.882	55	43	43	43	21.882	100	9	6	6	6	20.700	94,6	5	3	3	0	0	0
3E+05	PORTO DA FOLHA	27.456	69	66	62	62	27.456	100	11	11	8	7	24.150	87,96	1	1	1	0	0	0
3E+05	PROPRIÁ	28.520	71	66	68	66	28.520	100	12	10	10	10	28.520	100	10	8	8	0	0	0
3E+05	RIACHÃO DO DANTAS	19.588	49	34	33	33	18.975	96,87	8	6	6	6	19.588	100	2	3	2	1	0	0
3E+05	RIACHUELO	9.466	24	23	23	23	9.466	100	4	4	4	4	9.466	100	4	4	4	0	0	0
3E+05	RIBEIRÓPOLIS	16.194	40	41	37	37	16.194	100	7	7	7	7	16.194	100	4	4	4	0	0	0
3E+05	ROSÁRIO DO CATETE	8.965	22	20	20	20	8.965	100	4	3	3	3	8.965	100	3	3	3	0	0	0
3E+05	SALGADO	19.101	48	51	42	42	19.101	100	8	7	7	7	19.101	100	3	3	3	0	0	0
3E+05	SANTA LUZIA DO ITANHY	13.502	34	39	37	37	13.502	100	6	6	6	6	13.502	100	6	6	6	0	0	0
3E+05	SANTA ROSA DE LIMA	3.996	10	9	9	9	3.996	100	2	2	2	2	3.996	100	2	2	2	0	0	0
3E+05	STANA DO SÃO FRANCISCO	6.861	17	15	15	15	6.861	100	3	3	3	3	6.861	100	3	3	3	0	0	0
3E+05	SANTO AMARO BROTAS	12.140	30	27	27	27	12.140	100	5	4	4	4	12.140	100	4	4	4	0	0	0
3E+05	SÃO CRISTÓVÃO	75.104	188	152	173	152	75.104	100	31	24	24	24	75.104	100	16	14	14	0	0	0
3E+05	SÃO DOMINGOS	10.555	26	17	18	17	9.775	92,61	4	3	3	3	10.350	98,06	1	1	1	0	0	0
3E+05	SÃO FRANCISCO	3.007	8	7	7	7	3.007	100	1	1	1	1	3.007	100	1	1	1	0	0	0
3E+05	SÃO MIGUEL DO ALEIXO	3.813	10	9	9	9	3.813	100	2	2	2	2	3.813	100	2	2	2	0	0	0
3E+05	SIMÃO DIAS	38.343	96	101	101	101	38.343	100	16	6	4	4	13.800	35,99	6	3	3	0	0	0
3E+05	SIRIRI	7.946	20	13	17	13	7.475	94,07	3	3	3	2	6.900	86,84	2	2	2	1	1	1
3E+05	TELHA	2.969	7	7	7	7	2.969	100	1	1	1	1	2.969	100	1	1	1	0	0	0
3E+05	TOBIAS BARRETO	49.261	123	118	115	115	49.261	100	21	10	6	6	20.700	42,02	4	4	4	0	0	0
3E+05	TOMAR DO GERU	13.717	34	33	33	33	13.717	100	6	5	5	5	13.717	100	2	2	2	0	0	0
3E+05	UMBAÚBA	21.397	53	44	43	43	21.397	100	9	5	5	5	17.250	80,62	1	1	1	0	0	0
Total Geral: 75		2.019.679	5.049	4.180	3.974	3.895	1.924.642	95,29	843	637	575	569	1.741.156	86,21	416	366	360	4	2	2

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

 Obs: A **Nota Técnica** contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.