

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

ROSANA MARQUES DE MENEZES

**O TRABALHO E A FORMAÇÃO DO AGENTE
COMUNITÁRIO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
ARACAJU**

**São Cristóvão – Sergipe
2009**

Rosana Marques de Menezes

**O TRABALHO E A FORMAÇÃO DO AGENTE
COMUNITÁRIO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE
ARACAJU**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de mestre em Educação, ao Núcleo de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Sergipe, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Helena Santana Cruz.

**São Cristóvão - Sergipe
2009**

“O TRABALHO E A FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARACAJU”

APROVADO PELA COMISSÃO EXAMINADORA EM
1º DE SETEMBRO DE 2009


PROF^a. DR^a. MARIA HELENA SANTANA CRUZ


PROF^a. DR^a. ADA AUGUSTA CELESTINO BEZERRA


PROF^a. DR^a. ANA MARIA FREITAS TEIXEIRA

Suplente

À Prof^a Dr^a Maria Helena Santana Cruz responsável pela materialização desse sonho. Nunca serei grata o suficiente pela compreensão, paciência, apoio e compartilhamento de saberes.

Às minhas mães, irmãs, amigas, companheiras, confidentes: Maria Anete Nunes de Menezes (Tia Ia) e Elizabete Nunes de Menezes (Betinha) sem as quais nada seria, nada valeria. Amo vocês.

À Lídia Marques da Silva (minha mãe biológica) e José Argemiro de Menezes (*in memoriam*) que me concederam o dom da vida.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, criador de todas as coisas; Ser superior no qual acredito e sinto sua presença constantemente em minha vida.

A Santo Expedito e São Judas Tadeu, aos quais peço a interseção junto a nosso senhor JESUS CRISTO e sempre sou atendida.

Ao meu filho- **LAELSON GUEDES MECENAS FILHO**. Você é o maior presente que JESUS CRISTO poderia ter me dado. Sem você minha vida não teria sentido. “Como é grande o meu amor por você. Nem mesmo o céu, nem as estrelas, nem mesmo o mar e o infinito não é maior que o meu amor nem mais bonito”.

Às minhas mães, irmãs, companheiras, confidentes, tudo em minha vida: MARIA ANETE NUNES DE MENEZES (**Tia Ia**) e ELIZABETE NUNES DE MENEZES (**Betinha**). Vocês são responsáveis por tudo que sou, tenho e valho.

À minha irmã Kátia Suzana pelo compartilhamento de todos os sentimentos de alegria, satisfação, carinho, prazer... que tornam vivos os seres humanos.

A toda minha família a qual tenho muito orgulho de pertencer. Amo e torço por todos vocês.

À Prof^a Dr^a Maria Helena Santana Cruz, exemplo de mulher, mãe, orientadora; e além de todos esses predicados, é um primor como ser humano. Muito obrigada pela confiança depositada, compreensão, pelo respeito, apoio e pelos puxões de orelha.

À Prof^a Dr^a Ada Augusta Celestino Bezerra por ter aceitado pela segunda vez participar de minha banca examinadora. É sempre uma honra contar com sua presença e suas orientações.

À Prof^a Dr^a Ana Maria Freitas Teixeira por também, pela segunda vez, ter aceitado participar de minha banca examinadora. Ter conhecido você, em um momento tão aflito de minha vida, fez toda diferença para mim. Suas orientações e indicações bibliográficas foram chamadas que iluminaram meus caminhos, dando-me a correta direção.

A todos os professores do Núcleo de Pós-Graduação em Educação, em especial Prof^a Dr^a Ana Maria Bueno, ao Prof. Dr. Henrique Schneider, ao Prof. Dr. Paulo Neves e ao Prof. Dr. Miguel Berger.

A todos os meus colegas de mestrado com os quais dividi saberes, alegrias, aflições e risadas. Em especial: Damião (Damica), Luzitânia (Tânia), Marlaine e Silene. O que seria de mim sem vocês?

A Geo, Edson, Murilo e Grazi servidores do Núcleo de Pós-Graduação em Educação por serem sempre atenciosos prestativos e amigos.

Aos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias, sujeitos desta pesquisa, especialmente os pertencentes à sexta região de saúde. Para mim, vocês são os trabalhadores mais importantes do Programa Saúde da Família. Não são só a ponte entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde mas também o viaduto por onde passa o amor que mantém viva nossa comunidade.

Aos meus filhos da UBS “Dr. José Augusto Barreto: Vera, Elane, Ralderez, Neide, Patrícia (equipe cinza); Rute, Irandi, Iris, Jeilson e Carmen (equipe azul); Solange, Jivanildo, Fabiana, Diogo e Fabiana (equipe verde). Ninguém constrói nada sozinho. Essa pesquisa e o conhecimento nela produzido é mérito de vocês.

Aos meus colegas de trabalho da UBS “Dr. José Augusto Barreto”, em especial: Dinha (essa mulher conhece e sabe de tudo da área), Helton e Moisés (pelo apoio na área de informática e estímulo constante), a Meire (companheira de todas as horas), a Renilde, Bel, Marlene e Conceição (pelo socorro nas horas do cafezinho, lanches e almoço).

Ao meu colega de trabalho: Dr. Nerival Celestino de Carvalho que mesmo ausente das atividades profissionais torce e reza pelo meu sucesso.

Às gerentes: Laura Alice, Fabíola, Alessandra e Kelly pelo apoio, estímulo e compreensão nas horas difíceis.

À Anaide Prado, coordenadora da sexta região de saúde, pelo apoio constante e compreensão quando necessitava ausentar-me do local de trabalho, para realização da pesquisa.

Ao Dr. Marcos Ramos, secretário municipal de saúde, por ter autorizado a liberação de toda documentação necessária à pesquisa.

A todos os gerentes pertencentes à sexta região de saúde.

Aos usuários pertencentes à área da sexta região de saúde, campo empírico de minha pesquisa.

Às minhas amigas-irmãs: Fran, Laudiane, Roselange e Rosilene (amigas de todas as horas).

À Dr^a Zaira Maciel Moraes Motta: sua amizade e competência médica me permitiram concluir essa etapa tão importante da minha vida.

À Dulce Maria Almeida de Oliveira, assistente social e coordenadora do núcleo de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde/Aracaju pela gentileza e informações prestadas.

À Dr^a Cláudia Menezes Santos e sua equipe da Escola Técnica Estadual do SUS, por nunca medirem esforços no sentido de contribuir com minha pesquisa.

À Ângela Leite, Maria José de Freitas Oliveira e equipe do COEPS pelo apoio e informações prestadas.

Ao corpo de trabalhadores da Associação Bom Pastor.

A todas as assistentes sociais, em especial: Ana Esmeralda, Martinha, Roseli, Iraci. Vocês fazem com que não percam as esperanças por dias melhores no campo da saúde.

A minha colega VERÔNICA do curso de especialização em gestão em saúde pública, que mesmo sem eu ter a pretensão, encaminhou-me ao curso de mestrado.

A todos que de forma direta ou indireta torceram, sofreram e rezaram pelo meu sucesso. MUITO OBRIGADA.

“A educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda”.

Paulo Freire

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^a. Maria Helena Santana Cruz - Orientadora

Prof^ª. Dr^a. Ada Augusta Celestino Bezerra

Prof^ª. Dr^a Ana Maria Freitas Teixeira

Suplente

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIH- Autorização para Internação Hospitalar
AIS- Ações Integradas de Saúde
CEBES- Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEPS – Centro de Educação Permanente da Saúde
CIS – Comissões Interinstitucionais da Saúde
CMS- Conselho Municipal de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONSEMS- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DOM – Diário Oficial da União
EASF – Equipe Ampliada de Saúde da Família
ESF – Equipe de Saúde da Família
FABAJU – Federação de Bairros de Aracaju
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH- Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
NOB- Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPEP- Organização dos Países Exportadores de Petróleo
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS – Programa de Agentes de Saúde
PCCV- Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
PMA – Prefeitura Municipal de Aracaju
PSF – Programa Saúde da Família
SACEMA- Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Combate as Endemias de Aracaju/SE
SIAB – Sistema de Informações de Atenção Básica
SINTASA-Sindicato dos Trabalhadores da Área da Saúde do Estado de Sergipe

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUDS – Sistemas Descentralizados de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TACS- Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Unidades Básicas de Saúde/ Quantidade de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias

Tabela 02: Quantidade de Equipes de Saúde/ População Atendida

Tabela 03: Cobertura do Programa Saúde da Família

Tabela 04: Conformação das Unidades Básicas de Saúde: I região

Tabela 05: Conformação das Unidades Básicas de Saúde: II região

Tabela 06: Conformação das Unidades Básicas de Saúde: III região

Tabela 07: Conformação das Unidades Básicas de Saúde: IV região

Tabela 08: Conformação das Unidades Básicas de Saúde: V região

Tabela 09: Conformação das Unidades Básicas de Saúde: VI região

Tabela 10: Conformação das Unidades Básicas de Saúde: VII região

Tabela 11: Conformação das Unidades Básicas de Saúde: VIII região

Tabela 12: Formação inicial ao ingressar no curso TACS

Tabela 13: Formação atual do ACS

Tabela 14: Cursos complementares realizados pelos ACS

Tabela 15: Características citadas pelo ACS para um bom desempenho profissional

Tabela 16: Significado do trabalho para o ACS

Tabela 17: Cronograma de Atividades: equipe verde

Tabela 18: Cronograma de Atividades: equipe azul

Tabela 19: Cronograma de Atividades: equipe cinza

Tabela 20: Formas de Vinculação Institucional dos ACS

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Cor do ACS

Gráfico 02: Naturalidade

Gráfico 03: Idade

Gráfico 04: Estado civil

Gráfico 05: Quantidade de filhos

Gráfico 06: Idade dos filhos

Gráfico 07: Bairro onde reside

Gráfico 08: Situação de moradia

Gráfico 09: Situação Trabalhista

Gráfico 10: Desgaste com a profissão

Gráfico 11: Tempo na profissão

Gráfico 12: Participou de processo seletivo para ingresso no PSF

Gráfico 13: Participou de curso introdutório para admissão no PSF

Gráfico 14: Tipo de escola que estudou

Gráfico 15: Participou do I Módulo do curso TACS

Gráfico 16: Aprovação no I módulo do curso TACS para ACS

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Divisão do município de Aracaju em quatro regiões de saúde (até fevereiro/2007)

Figura 02: Divisão atual do município de Aracaju: oito regiões de saúde.

LISTA DE ANEXOS:

- 1- Modelo cadastro do aluno no curso TACS
- 2- Autorização de funcionamento do CEPS como escola técnica apta a realizar o curso TACS em 1.200 horas fornecido pelo Conselho Estadual de Educação.
- 3- Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002 – cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde.
- 4- Lei Complementar nº 61 de 02 de julho de 2003- cria cargos no âmbito da Administração Direta, na área da Saúde, e possibilita as efetivações de servidores na forma do parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências..
- 5- Lei Complementar nº 78 de 01 de abril de 2008 – Altera a Lei Complementar nº 61, de 02 de julho de 2003, cria cargos no âmbito da Administração Direta, na área da Saúde, e possibilita as efetivações de servidores na forma do parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências..

RESUMO

O mundo do trabalho vem sofrendo modificações ao longo dos anos com o processo de globalização e a reestruturação do capital. Esse novo mundo do trabalho altera o processo produtivo. A nova ordem é racionalizar, aperfeiçoar e adequar a força de trabalho face às demandas do setor produtivo, indicando novos elementos na gestão do trabalho e no processo de formação dos trabalhadores. Novas habilidades e competências são requeridas exigindo do trabalhador qualificação constantes. Surgem nesse contexto a noção de polivalência e gestão por competências. Essa pesquisa analisa as transformações ocorridas no mundo do trabalho e suas implicações no campo da Saúde, fazendo uma relação entre Trabalho, Educação e Saúde tendo como objetivo geral, compreender e dar visibilidade ao trabalho e ao processo de formação do Agente Comunitário de Saúde, no Programa Saúde da Família de Aracaju. Analisa a Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju e as contribuições do Curso Técnico para a formação e melhoria da prática profissional desse importante sujeito do Sistema Único de Saúde. A abordagem qualitativa de cunho etnográfico mostrou-se coerente com a pesquisa. Foi priorizado o estudo de caso e foram utilizadas as abordagens qualitativas e quantitativas, uma vez que no campo da Saúde, elas se complementam. A pesquisa inspirou-se no materialismo histórico e teve como campo empírico a sexta região de saúde do município de Aracaju. Contou com um universo de setenta e seis agentes comunitários de saúde e três agentes de combate às endemias. Contou ainda com uma amostra de trinta agentes comunitários de saúde e como tempo cronológico, o período compreendido entre fevereiro do ano de 2006 e a finalização do I Módulo do curso TACS, em dezembro de 2007. Utilizou para a produção do conhecimento, diversas fontes documentais pertencentes ao Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, do Centro de Educação Permanente da Saúde, revistas e *sites* especializados. Os dados empíricos comprovaram que as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, com o processo de reestruturação produtiva, requerem um agente comunitário de saúde, com uma formação diferenciada da adotada atualmente pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Trabalho. Políticas Públicas de Saúde. Formação Profissional. Educação Permanente.

ABSTRACT

The world of the work comes suffering modifications throughout the years with the process from globalization and the reorganization of the capital. This new world of the work modifies the productive process. New abilities are required of the worker emphasizing itself its polyvalence and the management for abilities. This research analyzes the occurred transformations in the world of the work and its implications in the field of the Health making a relation between Work, Education and Health and has as objective generality to understand and to give to visibility to the work and the process of formation of the Communitarian Agent of Health in the Program Health of the Family of Aracaju. It analyzes the Politics of Permanent Education of the City department and Health department of Health of Aracaju and the contributions of the Course Technician for the formation and improvement of the practical professional of this important citizen of the Only System of Health. The research used the historical materialism. The qualitative boarding of ethnographic matrix revealed coherent for allowing the minute description of the objects that it investigates. It had as empirical field the sixth region of health of the city of Aracaju, counted on a universe of seventy and six communitarian agents of health and three agents of combat to the endemic diseases. It still counted on a sample of thirty communitarian agents of health and as chronological time understood between February of the 2006 finishing and the period year of the I Module of the Course Technician for Communitarian Agents of Health in December of 2007. The case study was prioritized and had been used the qualitative and quantitative boarding, a time that in the field of the Health, them if complements. It used for the production of the knowledge diverse pertaining documentary sources to the Center, City department, Health department of Health of Permanent Education of the Health, specialized magazines and sites. The empirical data had proven that the occurred changes in the world of the work with the process of productive reorganization require a communitarian agent of health with a formation differentiated of the adopted one currently for the Health department and that the Permanent Education is a process necessary and valued by the diverse citizens however they point that the same one must be reviewed.

Key-words: Work. Public politics of Health. Professional formation. Permanent education.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas	X
Lista de tabelas	XII
Lista de gráficos	XIII
Lista de figuras.....	XIV
Lista de anexos	XV
Resumo	XVI
Abstract	XVII

INTRODUÇÃO	20
-------------------------	-----------

CAPITULO 1 – ESTADO, TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE	49
1.1 O setor de serviços	53
1.2 O processo de reestruturação produtiva no campo da saúde	55
1.3 As mudanças ocorridas no campo da saúde	56
1.3.1 A década de 80	59
1.3.2 O programa saúde da família	62
1.3.3 O programa saúde da família de Aracaju	64
1.3.4 Divisão do município de Aracaju em quatro regiões de saúde (até fevereiro/2007)	65
1.3.5 Conformação atual das regiões	66
1.3.6 Divisão atual das regiões de saúde de Aracaju (junho/2009)	69
1.4 Políticas de educação permanente no sistema único de saúde e a política de educação permanente do ministério saúde	69
1.4.1 A política de educação permanente na secretaria municipal de saúde de Aracaju ...	74
1.4.2 O curso técnico para agentes comunitários de saúde	77

CAPITULO II – O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	85
2.1 O perfil do agente comunitário de saúde no programa saúde da família de Aracaju ..	85
2.2 O trabalho do agente comunitário de saúde	97
2.3 As atribuições do Agente Comunitário de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju	101
2.4 Características citadas pelo agente comunitário de saúde para um bom desempenho profissional	104
2.5 Significados do trabalho para os ACS	105

CAPÍTULO III – O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E O CURSO TÉCNICO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	107
3.1 Aspectos relacionados ao trabalho	107
3.1.2 O trabalho na ótica do ACS e do Agente de Combate às Endemias	107
3.1.3 Qual a rotina de trabalho do ACS?.....	107
3.1.4 Qual a rotina de trabalho do Agente de Combate às Endemias?	109

3.1.5 Que conhecimentos e competências formais são valorizados para o trabalho no PSF?	110
3.1.6 Qual o sentido do trabalho para o ACS?	112
3.1.7 O que o seu trabalho produz?	113
3.1.8 Qual sua opinião sobre as mudanças que vem ocorrendo no mundo do trabalho?	114
3.1.9 Como o agente comunitário de saúde avalia as mudanças no processo de trabalho em equipes multidisciplinares?	115
3.2 Aspectos relacionados à profissão	116
3.2.1 A legalização da profissão alterou alguma coisa no seu trabalho?	116
3.2.2 Que expectativas você tem para com a profissão?	117
3.2.3 Você sabe se existe um plano de cargo e carreira na SMS para o ACS e o Agente de Combate às Endemias?	118
3.3 Aspectos relacionados à Educação Permanente	119
3.3.1. O que você entende por Educação Permanente?.....	120
3.3.2 Que motivos levaram você a participar do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde?	120
3.3.3 Que contribuições o Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde trouxe para a sua prática profissional?	121
3.3.4 Quais suas expectativas com o curso TACS?	122
3.3.5 Você se sentiu contemplado com a proposta curricular do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde? Em caso positivo ou negativo que temas ou disciplinas você acrescentaria?	123
3.3.6 Os trabalhadores-educadores eram capacitados para a função?	124
3.3.7 Quais as principais dificuldades encontradas para participar do curso?	125
3.3.8 Você tem participado por iniciativa própria de outros cursos ou capacitações não ofertadas pela SMS?	126
3.3.9 Que cursos deveriam ser oferecidos pela SMS para melhoria da prática profissional dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias no Programa Saúde da Família?	126
CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS	133
MONOGRAFIAS, DISSERTAÇÕES E TESES	140
APÊNDICE	141
ANEXOS	146

INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho vem sofrendo modificações ao longo dos anos, tornando-se necessária a alteração nos meios de produção e no processo de trabalho. Novas qualificações e novas competências são, pois, requeridas ao trabalhador a partir da década de 70 do séc. XX. No Brasil os debates sobre a relação Educação e Trabalho intensificaram-se no decorrer de 1990. No campo da Saúde, com o processo de democratização altera-se o papel do Estado. A Saúde configura-se como um direito e integra o capítulo da Seguridade Social da Constituição Federal de 1988. As práticas e as relações entre o Estado e a população, especialmente entre os trabalhadores, sofrem alterações. As idéias, reflexões e análises apresentadas nessa pesquisa nasceram de inquietações emergentes em oito anos de trabalho, desenvolvido como Assistente Social no Programa Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde do município de Aracaju.

No contexto da minha experiência na área da Saúde, há vinte anos e, recentemente como supervisora de prática dos agentes comunitários de saúde no curso técnico para agentes comunitários de saúde, surgiu o desejo de desenvolver uma pesquisa sobre o trabalho e a formação desse interlocutor fundamental do Programa Saúde da Família, sobre sua identidade enquanto grupo suas representações sociais, suas expectativas com relação à profissão, bem como a negatividade e positividade de seu trabalho. Essa pesquisa objetiva analisar sua formação profissional e dar visibilidade ao seu trabalho. Em Aracaju-SE, o trabalho dos agentes comunitários de saúde possui singularidades, uma vez que incorporou desde o ano de 2004, mediante um Projeto de Integração implantado pela Secretaria Municipal de Saúde, o trabalho dos agentes de combate às endemias. Essas duas categorias profissionais se encontram em processo de efetivação: deixarão de ser terceirizados e passarão a ser servidores municipais.

Sabe-se que a divisão social do trabalho é um dos fatos sociológicos do século XIX, o qual está no centro de vários debates e tornou-se preocupação e objeto de estudo de cientistas sociais. Estudos sociológicos sobre a indústria e o trabalho na Alemanha Ocidental datam da década de 50.

O Estado de bem-estar social deveria ser revisto, uma vez que a diminuição dos gastos torna-se a meta dos Estados que devem voltar a ser fortes. Os acordos firmados com os diversos setores sociais e com os sindicatos garantindo direitos sociais e trabalhistas não são cumpridos. A industrialização exigia máquinas que não somente substituíssem o trabalho

manual, mas ainda impusessem a concentração da produção em fábricas – em outros termos, máquinas cujas necessidades energéticas eram grandes demais para as fontes domésticas e cuja superioridade mecânica permitia romper a resistência das formas mais antigas de produção manual. Exigia-se também a introdução de novos materiais, nova tecnologia e mudança na forma de gestão do trabalho, pois nas fábricas a ordem é produzir. Os operários são obrigados a tornar o trabalho o mais produtivo possível, objetivando a acumulação do capital. É esta a divisão capitalista do trabalho, que surge. O capitalismo transforma tudo em mercadoria, bens e serviços, incluindo a força de trabalho e a educação institucionalizada. Marx apud Lefebvre (1979) ressalta que essa polarização da sociedade em classe, a qual mantém uma relação essencialmente conflitiva se dá pelo fato econômico: a generalização da mercadoria e acrescenta:

Quando “tudo” é vendido à sociedade esta se separa em dois grupos inimigos: aqueles que vendem e aqueles que caem entre os objetos vendidos, entre as coisas. A mercadoria trabalho, tempo de trabalho e força é vendida a partir de uma lógica: a mercadoria trabalho se diferencia de outras mercadorias pelo seu valor de uso e troca que consumindo ou sendo consumida cria um valor maior que seu próprio valor, a mais-valia. (MARX apud LEFEBVRE, 1979, p. 2).

Esse novo mundo do trabalho altera o processo produtivo e as novas concepções estão assim embutidas no processo de reestruturação do capital, tendo como objetivo racionalizar, aperfeiçoar e adequar a força de trabalho face às demandas do setor produtivo apontando para novos elementos na gestão do trabalho. Alguns teóricos apostam numa revolução científica e tecnológica. Observam-se transformações em todos os setores, organizações e processos de trabalho. A globalização e a informática ligam o mundo em rede, fazendo com que nações, povos, relações sócio-culturais e político-econômicas, apesar de possuírem características diversas possam estreitar e encurtar suas relações, transformando todas as nações em um só mundo: o globalizado. O novo mundo do trabalho altera o processo produtivo. O emprego encontra-se num momento de redefinição causada pelo capital estrangeiro, externalização de muitas tarefas da indústria, dominância do terciário e crescimento da informalidade. (PAIVA, 1978, p. 51).

A industrialização afetou as relações de produção nas sociedades em todos os setores, inclusive o setor de serviços onde se insere o setor Saúde.

No Brasil, o campo da Saúde apresenta grandes transformações especialmente na década de 1980 com a promulgação da Constituição Federal em 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS e a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde tendo

Brasília (capital do país) como sede. Foram definidos os princípios que devem nortear o novo sistema de Saúde: universalidade, equidade, descentralização, hierarquização e a participação comunitária por meio do controle social, trazendo um grande desafio para a Saúde Coletiva: reformular suas práticas para responder as diretrizes do SUS. Segundo Pires (1998):

“As mudanças no trabalho industrial e nos serviços estão influenciando o setor saúde, destacando-se o uso intensivo de equipamentos de tecnologia de ponta e a terceirização apesar de poucos estudos e pesquisas no Brasil relacionarem trabalho e reestruturação produtiva”. (PIRES, 1998, p. 19).

Os Estados se vêem diante de um desafio: garantir a prestação de bens e serviços e produzir o cuidado em Saúde num Estado que é mínimo para as políticas públicas e máximo para o capital.

O contexto de modernização tecnológica e organizacional advindo da globalização exige profissionais mais qualificados. Novas habilidades são exigidas dos trabalhadores que sequer haviam se acostumado, aprofundado ou se apropriando das transformações do velho mundo. A nova empresa opera em rede e está constantemente preocupada com a concorrência intercapitalista e o trabalhador deve ser capaz de exercer várias funções dentro e fora da empresa (interface com outros setores); ser criativo, estar em constante capacitação, ter habilidades tácitas.

O conceito de “interface”, usado pelos sociólogos da comunicação, dá conta dessa atividade do operário. “Interface” entre as diversas equipes, entre os níveis de hierarquia (LAZARATTO, 2005, p. 25). As atividades cognitivas merecem destaque pois, são mais valorizadas que o conhecimento teórico e manual. Também devemos esclarecer que as chamadas habilidades tácitas são inerentes a cada trabalhador e apresentam-se de forma diferenciada; e que o trabalho diversificou-se tanto que não podemos mais falar em um único tipo. Por outro lado, nesse século seja qual for o tipo de trabalho que venha a ser desenvolvido, será marcado por novas características que só poderão ser preenchidas com quem tiver melhor escolaridade e qualificação profissional. Para Feuerwerker (2000, p.01), a produção de conhecimento e a formação profissional estão marcadas pela especialização, pela fragmentação e pelos interesses econômicos hegemônicos. Portanto para atender mais uma vez as exigências do capital, que se tornaram uniformes, unificadas e padronizadas com a globalização, as instituições educacionais tiveram que sofrer modificações para “treinar” os recursos humanos necessários ao novo modelo. Também no Sistema Único de Saúde, especialmente aqueles que vão compor o Programa Saúde da Família (aposta do SUS para

reorientar o modelo assistencial em saúde) novas qualificações profissionais são exigidas. Visando à correção do problema da “desqualificação profissional”, o Ministério da Saúde implanta a Política de Educação Permanente mediante o Departamento de Gestão da Educação na Saúde responsável pela formação inicial e continuada, cursos técnicos e tecnológicos de graduação e pós-graduação. O curso técnico para agentes comunitários de saúde visa à preparação desses profissionais para atuar como técnicos junto as suas comunidades. Sendo assim, decidiu-se pesquisar como as transformações no mundo do trabalho estão afetando o campo da Saúde, as práticas e a formação profissional do ACS e a contribuição do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde, na qualificação desse membro fundamental do PSF, visto que é o elo entre os serviços de saúde e a comunidade.

Essas questões apresentadas encaminharam-me ao curso de Mestrado em Educação da Universidade Federal de Sergipe e, para a produção dessa dissertação, que apresenta questões norteadoras relacionadas ao objetivo geral, foram dirigidas aos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, as seguintes indagações:

- 1) Como o agente comunitário de saúde avalia as mudanças no processo de trabalho em equipes multidisciplinares?
- 2) Quais conhecimentos e competências formais são valorizadas pelo ACS para o trabalho no PSF?
- 3) Qual o sentido do trabalho para o ACS?
- 4) Qual a contribuição da proposta curricular do Curso Técnico para o trabalho e a formação do agente comunitário de saúde.

Uma pesquisa desse porte visa a uma interlocução dos dados coletados com os dados do referencial teórico que servirá de apoio à pesquisa bem como os dados coletados por meio da pesquisa de campo. Também foram incorporados à investigação outros referenciais que se mostraram necessários, como conversas “informais” com outros atores (coordenadoras da VI região de saúde e do núcleo de recursos humanos da SMS) que contribuíram para a elucidação de questões que foram surgindo no decorrer do processo.

O objeto de estudo dessa dissertação direcionou-se à análise do trabalho do Agente Comunitário de Saúde, membro integrante do Programa Saúde da Família e à compreensão como está sendo construído o processo de sua formação e qualificação profissional na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. Nessa pesquisa, a formação do Agente Comunitário de Saúde é analisada sob três dimensões: escolaridade formal, formação no trabalho (cursos realizados no CEPS de educação continuada e curso técnico para agentes comunitários de saúde) e aprendizagem da experiência (valorização das competências e

habilidades necessárias ao ACS). Esse trabalho privilegia ainda a análise da Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde relacionando com a proposta curricular do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde. Percebe-se que a complexidade dos serviços de saúde, as exigências da “sociedade do conhecimento” e a utilização de equipamentos de tecnologia de ponta exigem profissionais mais qualificados, aptos a atender as novas demandas surgidas com a globalização e a reestruturação produtiva.

Para atingir os objetivos propostos nessa pesquisa, buscou-se apoio nas referências bibliográficas, nos documentos oficiais e *sites* que abordam o tema em questão.

Objetivo Geral

A pesquisa tem como objetivo geral 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.

Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil do Agente Comunitário de Saúde inserido no PSF do Município de Aracaju;
- Compreender o significado do trabalho no PSF para o ACS;
- Analisar as concepções sobre Educação Permanente do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde;
- Verificar a contribuição da proposta curricular do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde para a formação dos ACS.

Essa pesquisa se insere na linha de Novas Tecnologias, Trabalho e Educação do Curso de Mestrado em Educação da Universidade Federal de Sergipe. Com o tema O Trabalho e a Formação do Agente Comunitário de Saúde no Programa Saúde da Família de Aracaju-SE desenvolveu-se essa dissertação de Mestrado, realizada sob a orientação da Profª Drª Maria Helena Santana Cruz. Nele, procura-se suscitar um debate sobre as transformações ocorridas no mundo do trabalho com a reestruturação produtiva, as implicações para os trabalhadores especialmente no campo da saúde, o processo de formação dos ACS frente às novas demandas. Objetiva ainda provocar um debate sobre os conceitos de qualificação profissional e competência no Programa Saúde da Família do Município de Aracaju.

A relevância social da pesquisa é destacada devido à importância do trabalho desse profissional no Sistema Único de Saúde e à necessidade de enfrentamento de questões que se apresentam para o desenvolvimento de sua prática. Na opinião de Silva (2004), quando se constrói uma pesquisa que procura valorizar a construção do saber (nesse caso específico a dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias), considerando seus valores, crenças, opiniões, insatisfações e concepções de mundo, articulando-os à situação sócio-político-cultural, na qual o sujeito está inserido, podem-se trazer contribuições para o redimensionamento do cuidar. Segundo pesquisas realizadas (PIRES, 1998, p.19; PEREIRA e RAMOS, 2006, p.10), existem poucos estudos que abordam o trabalho em saúde, apesar das especificidades desse campo; como também há carência de estudos que relacionem à temática: trabalho, educação e saúde e uma reflexão da formação dos trabalhadores desse campo, frente ao novo modelo produtivo. Os estudos na área da saúde têm como principal fonte de pesquisas a epidemiologia, a etiologia de doenças e a assistência aos problemas de saúde-doença, além de existir uma consistente produção teórica no campo da saúde coletiva (PIRES, 1998, p.19). Portanto, esse estudo tem relevância teórica uma vez que objetiva contribuir com esse debate, visto ser este relativamente novo, pois começou a ser alvo de preocupação de pesquisadores somente na década de 1990 do século XX.

Dissemos que o trabalho vem sofrendo modificações no decorrer dos anos, porque o processo de globalização tem exigido novas configurações no mundo do trabalho, novas habilidades do trabalhador, novas competências e formatações profissionais. Manter-se empregado é tarefa das mais difíceis. Do trabalhador, é exigida qualificação permanente para atender às normas do modelo de reestruturação produtiva. No campo da Saúde, especialmente a partir da década de 80 do século XX, com a promulgação do Sistema Único de Saúde, o poder público abraçou o conceito ampliado de saúde, e a Constituição Federal de 1988 preconizou a saúde como um direito social, permitindo o acesso igualitário para todos, definindo o papel do Estado, elegendo-o como responsável pela fiscalização, regulação e controle das ações e dos serviços de saúde. Por conseguinte, as práticas dos profissionais vêm sofrendo modificações configurando novas formas de gestão e novos processos de trabalho.

Os estudos que abordam: Trabalho, Educação e Saúde ainda são muito incipientes, mas já se constituem temáticas centrais no campo da Educação. Dessa forma, a pesquisa justifica-se pela necessidade em relacionar essas temáticas abordadas, bem como em analisar como as Políticas e Programas de Educação Permanente têm contribuído (se é que estão contribuindo?) para a formação desses “novos trabalhadores em saúde”.

A abordagem teórico-metodológica dessa pesquisa realizou-se com base no Materialismo-Histórico; tese marxista segundo a qual a história é impulsionada pelos avanços tecnológicos (meios para a produção de bens materiais) e pelas mudanças na organização social, política e econômica, aspecto particular do materialismo dialético (APPOLINÁRIO, 2006, p.126), voltado para o estudo das leis sociológicas que regem a vida em sociedade, sua evolução histórica e o desenvolvimento da humanidade; é a base filosófica do marxismo e como tal, realiza a tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento. Por um lado, o materialismo dialético tem uma longa tradição na filosofia materialista e, por outro, que é também a antiga concepção na evolução das idéias, baseia-se numa interpretação dialética do mundo. (TRIVIÑOS, 1987, p. 51.).

Segundo Goldmann (1967) e Minayo (2007):

O princípio da totalidade não é sinônimo de fechamento, de certezas absolutas e de verdades estabelecidas. Para a dialética, não há ponto de partida definitivo *a priori*. Explicam que a “a última coisa que se encontra ao fazer uma obra é a compreensão do que se deve colocar em primeiro lugar, pois nunca se pode chegar a uma totalidade que não seja ela mesma, elemento ou parte”. Essa é a proposta da abordagem dialética cuja fundamentação é o pensamento vivo e o caráter inacabado tanto da história como da ciência, levando a que o conhecimento da realidade “seja uma perpétua oscilação entre o todo e as partes que devem se esclarecer mutuamente”. (GOLDMANN, 1967, p. 04 apud MINAYO, 2007, p. 115).

Ainda segundo os autores, a dialética marxista abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais as quais constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados e diante das abordagens que separam quantidade e qualidade, a dialética assume que a qualidade dos fatos e das relações sociais é sua propriedade inerente e que quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes. Logo, a dialética, do ponto de vista filosófico, segundo os autores, enseja a dissolução de dicotomias tais como: quantitativo/qualitativo, macro/micro, interioridade/exterioridade com que se debatem as diversas correntes sociológicas.

Gamboa (2001, p. 60-61) corrobora com os autores acima citados: acredita que a separação entre pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa, proposta por alguns pesquisadores, conduz a falsos conflitos uma vez que a escolha de um modelo em detrimento do outro conduz a um reducionismo da pesquisa.

Por ser a Saúde um campo multidisciplinar, a abordagem qualitativa de cunho etnográfico mostrou-se coerente com a pesquisa uma vez que compreende o conjunto de reflexões que se abrigam sob seu próprio nome. Seu berço foi a Universidade de Chicago e seu principal teórico Robert Park, que já nas décadas de 1920 e 1930 preconizava a experiência direta com atores sociais para a compreensão de sua realidade. Por outro lado, as uniões das abordagens qualitativas e quantitativas se complementam; e, no campo da Saúde especialmente, não podemos falar nos conceitos de Saúde e Doença, utilizando uma única abordagem. Esses conceitos estão permeados de aspectos culturais, religiosos, políticos e não conseguiríamos elucidá-los utilizando somente uma abordagem. Destarte, a Saúde não consegue encaminhar a maioria de suas questões sem o auxílio de outras disciplinas, pois as Ciências da Saúde não é uma disciplina e sim um conjunto delas. Devemos também lembrar que o conceito de Saúde é histórico, estando, portanto, sujeito a modificações constantes.

A abordagem qualitativa permite aprofundar o mundo dos significados das ações humanas, um lado não perceptível e não captável nas equações, médias e estatísticas, requerendo do pesquisador atitudes fundamentais: abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos.

Neste sentido serão observados os seguintes princípios básicos na pesquisa:

1. A compreensão do objeto de estudo mediante o movimento constante entre o concreto e o abstrato e vice-versa;
2. A localização do objeto no tempo histórico, estabelecendo os elos com os aspectos da conjuntura;
3. O entendimento de que a relação entre sujeito e objeto de pesquisa faz parte de uma mesma unidade. O objeto é construído pelo sujeito por aproximações sucessivas que exigem deslocamentos e rupturas de perspectivas;
4. O uso do método é entendido como um processo teórico-metodológico para reconstruir intelectivamente o objeto, e não, como uma mera pauta de procedimentos a ser aplicado pelo sujeito.

Foi priorizado também, o Estudo de Caso categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que visa analisar profundamente o objeto em estudo (TOBAR e YALOUR, 2001) e (TRIVIÑOS, 1990).

O universo ou a população estudada foi composta por setenta e seis Agentes Comunitários de Saúde e por três agentes de combate às endemias, inseridos no Programa Saúde da Família pertencentes à sexta região de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de

Aracaju, lotados nas Unidades de Saúde da Família: USF “Eunice Barbosa”, no loteamento Coqueiral e USF Porto D’anta, no bairro com o mesmo nome, USF “José Quintiliano da Fonseca e USF “Dr. José Augusto Barreto”, no bairro Cidade Nova e USF “Francisco Fonseca”, no bairro 18 do Forte, todas desenvolvendo o Programa Saúde da Família. A pesquisa contou com três etapas: busca e seleção das fontes documentais, aplicação de questionário estruturado e entrevistas semi-estruturadas e análise e interpretação dos dados coletados. Antes da aplicação dos questionários estruturados e da realização das entrevistas semi-estruturadas, enviou-se um ofício ao secretário municipal de saúde e à coordenadora da sexta região de saúde, explicando o objetivo da pesquisa e solicitando permissão e apoio para a mesma. Após a obtenção da autorização solicitou-se aos gerentes de cada UBS, uma reunião com os ACS e os agentes de combate às endemias onde realizou-se os mesmos procedimentos. Importante registrar que os gestores, ACS e agentes de combate às endemias acharam a pesquisa oportuna e importante especialmente nesse momento, com a reformulação do regime, da contratação de novos ACS e agentes de combate às endemias e da construção de um novo modelo de gestão denominado “Saúde e Cidadania”. Da população, retirou-se uma amostra selecionada intencionalmente de 27 ACS e 03 agentes de combate às endemias que aceitaram participar da pesquisa. Desse modo, a amostra foi se compondo no decorrer da pesquisa. Os agentes de combate às endemias foram selecionados para a pesquisa tomando-se por base os seguintes critérios: pertencerem à sexta região de saúde, haverem participado do processo de educação permanente proposto pela SMS para os ACS e também por terem cursado o I Módulo do Curso Técnico para os Agentes Comunitários de Saúde.

Tabela 1: Unidades básicas de saúde / quantidade ACS e agentes de combate às endemias

UBS	Nº ACS	Nº AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS
Porto D'Anta	04	01
Eunice Barbosa	09	01
José Quintiliano da Fonseca	16	01
José Augusto Barreto	15	01
Francisco Fonseca	32	01

Fonte: Associação Católica Bom Pastor (setembro/2008) ¹

Os agentes de combate às endemias pertencentes às UBS Eunice Barbosa e Francisco Fonseca não participaram da pesquisa visto que não cursaram o I Módulo do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde.

A amostra não-probabilística intencional mostrou-se adequada na pesquisa qualitativa, por permitir aprofundar e resgatar as experiências vividas pelos ACS inseridos no processo de Educação Permanente no curso TACS da SMS/AJU.

Para a construção do conhecimento sobre o objeto, inicialmente utilizou-se diferentes fontes documentais: levantamento de documentos do MS, da SMS/AJU e do CEPS quanto à Política de Educação Permanente, referencial curricular do curso TACS, Lei de Regulamentação da Profissão do ACS, Lei que institui o Plano de Carreiras, cargos e Vencimentos para os Servidores da Categoria Ocupacional da Saúde do Município de Aracaju, Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Decretos e Leis publicados sobre o assunto em foco. Considerou-se também na pesquisa dados disponíveis em meios eletrônicos como *sites* do MS, da Fundação Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e estatísticas que tratam de temáticas relevantes para a construção do objeto.

Para caracterização do perfil dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias utilizaram-se as seguintes fontes documentais: ficha de matrícula no curso TACS fornecida pelo CEPS e ficha funcional fornecida pela Organização Não-Governamental Associação Bom Pastor. Visto que os dados constantes nestas fontes mostraram-se insuficientes para que pudessemos atingir nossos objetivos, foram utilizados questionários semi-estruturados, com questões abertas e fechadas que foram aplicados aos ACS e aos agentes de combate às

¹ Organização não-governamental sem fins lucrativos, segundo informa documentos da instituição.

endemias². Findo o prazo pactuado para a devolução, fizemos a tabulação, discussão e análise dos resultados.

Os dados primários foram coletados e produzidos mediante técnica qualitativa e por meio de entrevistas semi-estruturadas com os ACS e agentes de combate às endemias pertencentes à VI Região de Saúde, utilizando-se os seguintes critérios: tempo na profissão, participação no curso técnico para agentes comunitários de saúde, ACS e Agentes de Combate às Endemias pertencentes a ambos os sexos.

Como a pesquisadora trabalha como assistente social numa Unidade Básica de Saúde pertencente à VI região de saúde, com uma carga horária de oito horas diárias, as entrevistas foram colhidas sempre no intervalo entre 11:30 e 14:00h. Também foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e posteriormente transcritas e analisadas. Por questão de ética profissional, a identificação dos entrevistados foi preservada sendo utilizados códigos para cada entrevistado ((ACS1, ACS2, etc.). As entrevistas obedeceram a um roteiro previamente elaborado com temáticas consideradas relevantes para responder aos objetivos da pesquisa. Não se deve esquecer que a entrevista em pesquisa é um tipo de comunicação entre um pesquisador o qual pretende colher informações sobre fenômenos e indivíduos que detenham essas informações e possam emití-las (CHIZZOTTI, 2003, p. 57).

A análise e interpretação dos dados consideraram duas óticas de análise: a ótica de análise dos ACS e a ótica de análise dos agentes de combate às endemias. Para questões de esclarecimentos, a pesquisa não teve a intenção de colher a análise sobre o Programa de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde e do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde sob a ótica dos gestores.

A pesquisa utilizou como campo empírico a VI região de saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município de Aracaju no período compreendido entre a implantação do Curso TACS – fevereiro de 2006 e a finalização do I Módulo-dezembro de 2007.

Nessa pesquisa utilizou-se para análise as seguintes categorias: trabalho, políticas públicas de saúde, educação permanente, formação profissional.

² A Associação Católica Bom Pastor utiliza duas nomenclaturas para essa categoria profissional: agentes de endemias e supervisores de endemias. Porém optou-se em utilizar a nomenclatura :Agentes de Combate às Endemias uma vez que é dessa forma que consta na Lei Complementar nº 078 de 01 de abril de 2008.

Cenário da Pesquisa: A Sexta Região de Saúde

A pesquisa foi realizada com os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias das cinco Unidades de Saúde, pertencentes a VI região de saúde do município de Aracaju, localizadas na zona norte nos bairros: Cidade Nova, Porto D'Anta, 18 do Forte e Palestina. São elas: UBS Porto D'Anta, UBS Eunice Barbosa, UBS José Quintiliano da Fonseca, UBS José Augusto Barreto e UBS Francisco Fonseca.

A região foi escolhida como amostra da pesquisa, pois se considera que a mesma é muito representativa do PSF já que todas as Unidades de Saúde funcionam com o programa há mais de cinco anos e a grande parcela da população depende do SUS para a prevenção, tratamento e promoção da saúde.

A população da região, por sua vez, possui as seguintes características: em média cinco membros por família; seus membros sobrevivem graças à realização de serviços temporários não possuindo renda mensal fixa. A pequena parcela inserida no mercado de trabalho ganha um salário mínimo mensal e estão trabalhando principalmente como empregadas domésticas, diaristas, taxistas (terceirizados) ou em atividades no comércio. (Dados do SIAB e prontuários dos usuários).

A região, portanto, carece de maior atenção do poder público, pois há diversas áreas sem saneamento básico, ruas sem pavimentação, ausência de áreas de lazer, número insuficiente de escolas e creches.

A UBS Francisco Fonseca funciona com o modelo de PSF ampliado, definido pela gestão como um “Arranjo institucional para incorporar os atributos do modelo Saúde Todo Dia” (projeto implantado de janeiro/ 2000 a dezembro/2006).

A composição das equipes de saúde da família neste modelo é representada por: um médico generalista com 40, uma enfermeira com 40 h; um auxiliar de enfermagem com 40 h; agentes comunitários de saúde, clínicos em algumas equipes, gineco-obstetra e pediatra em todas as equipes (SMS, 2004).

A UBS Francisco Fonseca também funciona como referência em atendimentos de consultas em Psiquiatria e Ginecologia para a VI região de saúde.

Tabela 2: Quantidade de equipes de saúde da família/população atendida

UBS	QUANT DE ESF'S	Nº DAS ESF'S	QUANT DE PESSOAS CADASTRADAS - SIAB	QUANTDE FAMÍLIAS CADASTRADAS -SIAB
Porto D'Anta	01	02	4.202	1.075
Eunice Barbosa	02	115	7.879	1.734
José Augusto Barreto	03	040, 072 e 117	7.650	1.972
José Quintiliano da Fonseca	03	022, 033 e 034	12.028	2.748
Francisco Fonseca	04	020, 083, 098 e 099	21.215	5.597

Fonte: SIAB.

Conforme se observa, no quadro acima, a VI região de saúde possui 13.126 famílias cadastradas, beneficiando 52.974 pessoas.

Aportes teóricos e metodológicos da pesquisa

Esse estudo é uma pesquisa qualitativa de cunho etnográfico. Segundo Minayo (2007, p. 149), a etnometodologia dá nome a um conjunto de estratégias de pesquisa cujo ponto comum é a descrição minuciosa dos objetos que investiga e, por isso, é também conhecida como “pesquisa situada”.

Os desenhos operacionais de cunho etnometodológico preconizam a observação direta e a investigação detalhada dos fatos, no lugar em que eles ocorrem, com a finalidade de produzir uma descrição minuciosa e densa das pessoas, de suas relações e de sua cultura. Suas fontes de inspiração são as abordagens antropológicas. Mas, diferenciam-se delas por não terem a pretensão de produzir análises culturais totalizantes. As estratégias de investigação etnometodológica dão atenção especial às técnicas de observação participante e à compreensão dos símbolos e categorias empíricas que um determinado grupo usa para se referir a seu mundo e aos processos que está vivendo. (MINAYO, 2007, p. 149-150).

Geertz (1979) apud Minayo (2007) comenta que, mesmo quando está em contato e em empatia com o grupo que observa e avalia, o observador e o avaliador põem em jogo suas próprias normas e condutas. Por conseguinte, considera que o etnometodólogo trabalha como mediador entre marcos de significados seus e do outro. Uma das grandes vantagens da etnometodologia é trazer para a compreensão social uma grande riqueza de informações, fazendo mediação social entre estratégias de abordagem e uma nova teoria gerada, tomando-se por base o campo.

O berço da etnometodologia foi a Universidade de Chicago e seu principal formulador Robert Park que, nas décadas de 20 e 30 do século XX, preconizava a convivência direta dos investigadores com os investigados no campo, para a compreensão de sua realidade. O material que esse autor considerava de excelência e essência da Sociologia era o proveniente das Histórias de Vida (Park & Burgess, 1921). As idéias de Park foram posteriormente desenvolvidas por Harold Garfinkel (1976) na década de 30 do século XX. (MINAYO, 2007, p. 150).

O Estudo utiliza-se de dados qualitativos e quantitativos desenvolvidos por meio de estudo de caso do tipo exploratório descritivo.

A escolha do referencial teórico, para orientar esse estudo, busca relacionar: trabalho, educação e saúde. Para tal, apóia-se em teóricos que pesquisam e refletem sobre as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, com o processo de globalização em curso e a reestruturação produtiva, e como essas transformações estão alterando o processo de formação dos trabalhadores, exigindo novas qualificações profissionais e novas competências na sociedade da informação e do conhecimento.

Segundo Anderson (1995), para que possamos entender as mudanças ocorridas nas políticas econômicas faz-se necessário entender o que queremos dizer quando usamos o termo “neoliberalismo”.

Para ele este tem significado específico no que concerne a um conjunto particular de receitas econômicas e programas políticos que começaram a ser propostos nos anos 70 do século XX. Este nasceu logo depois da II Guerra Mundial, na região da Europa e da América do Norte onde imperava o capitalismo. Foi uma reação teórica e política veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar. (ANDERSON, 1995, p. 9-139).

Tal fato ocorreu porque depois da II guerra mundial, os mercados mundiais se abriram e o comércio internacional começou a crescer mais do que a própria produção, ao tempo em que crescia o tamanho dos estados com o surgimento do *Welfare State* e o mesmo

não conseguiu acompanhar a industrialização nem as mudanças advindas com a mesma, gerando desemprego, retrocesso social e aumentando significativamente as desigualdades sociais (ANDERSON e BORÓN, 1995, p. 143).

No Brasil, segundo Oliveira (1995, p. 25) foi no período da ditadura que começou o processo de dilapidação do Estado brasileiro surgindo nas décadas de 60 a 70 do século XX, a chamada “década perdida”: o neoliberalismo à brasileira. Contudo, paradoxalmente foi nesse período que a sociedade civil³ no Brasil mostrou vitalidade criando as três grandes centrais sindicais de trabalhadores. Pereira e Ramos (2006, p. 83-84) afirmam que o modelo liberal é a base da globalização contemporânea, não existindo nesse modelo proteção para o trabalhador mas abertura da economia e liberdade para o funcionamento do mercado. É máximo para o capital e mínimo para o trabalhador. Verifica-se atualmente com relação ao desenvolvimento das forças produtivas, uma nova relação a qual se expressa oposta entre Estado e empresas, iniciada com o processo de desindustrialização- a chegada da economia pós-industrial modificando os processos de trabalho, o mercado, as empresas introduzindo novas modalidades de produção graças ao desenvolvimento de tecnologias mais flexíveis.

Para Antunes (2001) seguido por Ibañez (2003) e Souza (2001), a crise econômica mundial iniciada no final dos anos 1970 obrigou os países a programarem políticas de arrocho econômico tendo duas tendências:

A primeira: substituição do modelo produtivo taylorista e fordista pelas novas formas produtivas flexibilizadas e desregulamentadas e a segunda a substituição do chamado estado de bem estar social pela (des) regulação neoliberal, privatizante e anti-social. (ANTUNES, 2001, p.17).

Ainda, para Antunes e Alves (2001, p. 17) o mundo do trabalho atual tem recusado os trabalhadores herdeiros da “cultura fordista”, fortemente especializado pelo trabalhador polivalente e multifuncional da era toyotista. Nesse sentido, vem ocorrendo uma retração do proletariado industrial, fabril, tradicional, manual, estável e especializado e há, contraditoriamente a essa tendência, um aumento do novo proletariado fabril e de serviços, em escala mundial, presente nas diversas modalidades de trabalho precarizado: os terceirizados, subcontratados que se expandem em escala global.

Para Cruz (2005, p. 83), estamos testemunhando a transição histórica, ainda longe de completar-se, do modelo fordista para a acumulação flexível, apoiada na flexibilidade de processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo:

³ O autor explica que utiliza o termo sociedade civil no sentido gramsciano que exclui o mercado.

A transição para a acumulação flexível foi marcada, por uma revolução (de modo algum progressista) no papel das mulheres no mercado e processo de trabalho. As novas estruturas produtivas facilitam muito a exploração da força de trabalho das mulheres em ocupações de tempo parcial, substituindo, assim, trabalhadores homens (centrais, melhor remunerados e menos facilmente demitíveis) pelo trabalho feminino mal pago, como o retorno dos sistemas de trabalho doméstico e familiar e da subcontratação permite o ressurgimento de práticas e trabalhos de cunho patriarcal feitos em casa. (CRUZ, 2005, p.83-84).

Antunes e Alves (2001) corroboram com a autora.

Houve uma expansão do trabalho feminino, entretanto quando se trata da temática salarial os níveis de remuneração das mulheres são em média inferiores àqueles recebidos pelos trabalhadores, o mesmo ocorrendo com os direitos sociais e do trabalho que também são desiguais. Por outro lado, o trabalho produtivo em domicílio mescla-se com o trabalho reprodutivo doméstico, aumentando as formas de exploração do contingente feminino. (ANTUNES e ALVES, 2001, p.338).

Todas essas transformações em curso afetam não só as políticas econômicas. As políticas de saúde também sofrem mudanças, tendo cortes no orçamento para o setor ao tempo em que contraditoriamente, o novo sistema de saúde conclama como princípios: a universalidade e equidade.

O Brasil na segunda metade dos anos 80 do século XX, vivia uma crise econômica e um processo de democratização que, fortalecido por um movimento da sociedade civil, aprovou uma constituição (por muitos chamada “cidadã), que no capítulo de seguridade social e saúde registrava um significativo avanço jurídico institucional, rumo à construção de um Estado de Direito mais próximo dos valores democráticos de solidariedade e equidade social. (IBAÑEZ, 2003, p.216).

Diante disso, não podemos falar em políticas de saúde sem relacioná-las às políticas econômicas razão pela qual se optou nesse estudo por uma análise das políticas de saúde e do papel do Estado em diferentes momentos históricos, para que fosse possível a compreensão do modelo de saúde em foco na nossa pesquisa: o Programa de Saúde da Família e do trabalho e formação dos agentes comunitários de saúde, elemento de ligação entre os serviços ofertados pelo programa nas Unidades Básicas de Saúde e a comunidade.

A História da Educação Profissional

Analisando os projetos educacionais criados no Brasil, verificamos que estes foram criados no Brasil sob maestria e para beneficiar as elites; eles também sofreram grande influência da Igreja e da educação européia e visavam a atender necessidades de mercado.

Segundo Santos (2002, p. 205), a inserção da mão-de-obra escrava como um dos pressupostos básicos da dinâmica do modelo econômico brasileiro implantado no período colonial influenciou decisivamente a formação da nossa força de trabalho. A sociedade classificou os ofícios entre trabalho escravo e atividades inerentes aos homens livres.

No período colonial, enquanto as elites tinham o privilégio de estudar na Europa os menos afortunados (colonos, escravos e índios) tinham sua educação sob a responsabilidade dos jesuítas da Companhia de Jesus que a direcionava para as necessidades da Igreja e da sociedade agrícola e escravocrata. Com a expulsão dos jesuítas, os padres, frades, franciscanos e carmelitas deram continuidade ao ensino iniciado pelos jesuítas, todavia passaram a absorver a elite rural e burguesa.

Mantendo-se quase exclusivamente eclesiástico, todo esse ensino tradicional que se transferia das mãos dos jesuítas para a dos padres seculares e dos frades, franciscanos e carmelitas- seus naturais continuadores como a porção mais letrada da sociedade colonial-não colhia nas suas malhas senão os estudantes que vinham, na maior parte, da elite da sociedade rural e burguesa, e poucos outros, recrutados na massa de mestiços que gravitavam para as vilas e cidades. (AZEVEDO, 1996, p.546).

A importância do trabalho manual na sociedade é definida pelo homem livre ou escravo.

Nos anos Oitocentos, novamente influenciados pela educação européia que valoriza o conhecimento como forma de distinção entre os sujeitos, a educação da elite brasileira é transferida das mãos dos frades e carmelitas para as mãos de “professores particulares”, “preceptores” e “mestres” vindos da Europa. Nessa perspectiva, faz-se notar que a educação pretendida pelas elites aspirava não só à instrução, mas a uma educação intelectual que já sinalizava possibilidade de destaque de uns sobre os demais. (VASCONCELOS, 2005, p.5).

Iniciava-se uma prática educativa realizada no âmbito doméstico, legitimada e aceita pela sociedade. Vasconcelos (2005, p. 5) lembra que essa educação doméstica era destinada às elites e essas elites é que faziam uso. Por ser uma educação cara, visto que os “mestres” passavam a residir na casa dos aprendizes, os pobres não tinham acesso a esse tipo de

educação e permaneciam à margem da sociedade. Mesmo com o surgimento da escola formal na década de 50 de Oitocentos, as crianças abastadas não se misturavam com as crianças pobres.

As crianças das classes razoavelmente abastadas não vão à escola pública porque seus pais têm, mais ou menos, o preconceito de cor ou porque temem, e com razão, pela mortalidade dos filhos, em contato com esta multidão de garotos cujos pais os enviam à escola apenas para se verem longe deles algumas horas. Deste modo, estas crianças aprendem melhor e mais depressa do que aqueles que freqüentam a escola pública. (ALMEIDA apud VASCONCELOS, 2005, p.25).

A Política Educacional no Brasil segue assim nas mãos das elites, que formam inclusive um grupo intitulado “renovadores com propostas modernizadoras” (Carvalho, 1998) e propunham um modelo pedagógico baseado no lema: saúde, moral e trabalho. O Brasil adota a industrialização em substituição ao modelo agro-exportador. A industrialização exige um novo tipo de escola. Escola que forme especialistas para o trabalho na fábrica. O taylorismo e o fordismo “invadem” a escola.

Designa também o funcionamento da escola na hierarquização dos papéis sociais, formando “elites” condutoras e “povo” produtivo. (CARVALHO, 1998, p. 151). É criado o Conselho Nacional de Educação e as reformas educacionais conhecidas pelo nome do Ministro Francisco Campos que prevaleceu até 1942, ano em que começou a ser aprovado o conjunto das chamadas Leis Orgânicas do Ensino, mais conhecidas como Reforma Capanema⁴. São criados o SENAI e o SENAC, instituições voltadas para a formação profissional necessária para os setores que surgiam, especialmente o setor de serviços. Já no século XX, a formação profissional continuava mantendo o traço assistencial do período anterior; ou seja, desde o seu surgimento foi pensada para “amparar os órfãos e desvalidos da sorte (SOBRAL, 2005, p. 74).

A Modernização, o processo de reestruturação produtiva e a necessidade de mudanças nas políticas públicas e nas instituições trouxeram ao debate a relação: educação, saúde e trabalho, visto que a educação volta-se às formas de reprodução do capitalismo, ainda que tenha se formado em um grupo contra-hegemônico contra esse projeto. Segundo Pereira (2008), essa relação contraditória também trouxe à reflexão e ao debate o que vem a ser trabalho produtivo em saúde. A autora vale-se das análises marxianas, para explicar os conceitos de trabalho produtivo e trabalho improdutivo.

⁴ Nome da reforma do sistema educacional brasileiro realizada durante a Era Vargas (1930-1945), sob o comando do ministro da educação e saúde Gustavo Capanema.

“Nas análises marxianas, os conceitos de trabalho produtivo e trabalho improdutivo, e o próprio valor útil de trabalho são analisados pela forma social do capital, não tendo como fundamental o seu conteúdo. O trabalho em saúde possui, como todo trabalho, características específicas e universais. Como característica universal, inserido nas relações capitalísticas, contém um duplo caráter, manifestado como trabalho concreto e trabalho abstrato. Além disso, afirma que o trabalho produtivo para Marx” é o que no sistema produz mais valia para o empregador ou que transforma as condições materiais de trabalho em capital”. (PEREIRA, 2008, p. 393).

Segundo Pereira e Ramos (2006, p.15) com o progresso do capitalismo, o conhecimento-que no pensamento marxiano era entendido como valor de uso – passa a ser cada vez mais apreendido também como valor de troca, ou seja, passa a constituir-se também como mercadoria.

Campos (2005) afirma que o trabalho materializa-se em produtos. Os produtos assumem a forma de bens ou serviços.

No Capitalismo, os produtos têm um duplo valor: valor de troca e de uso (Marx, 1985). O valor de troca garante que os produtos circulem como mercadorias. O valor de uso expressa a utilidade do produto e permite sua realização, isto é, seu consumo. (CAMPOS, 2005, p. 48).

História da Educação Permanente em Saúde

Com a Reforma Sanitária e tendo o SUS como orientador, a política de saúde no Brasil teve que ser reformulada, com o objetivo de reorientar o trabalho em serviço, as instituições e a formação do trabalhador em saúde. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de modificação do processo de trabalho em saúde, estruturando-se assim a Educação Profissional. Esta recebe no Brasil várias denominações, geralmente em sentido confuso e inadequado. Além da denominação de Educação Profissional, já recebeu diversas outras: “educação tecnológica”, “ensino técnico”, “educação continuada”, “educação permanente”.

A Educação Permanente em Saúde pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica, submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança de orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investigação de carreiras em serviço, em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências

profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/ mundo do ensino. (CECCIM, 1996, p. 162).

Para Gadotti (2005):

Educação Permanente indica que o homem nunca está pronto ,devendo estar se capacitando continuamente quer na escola ou fora dela. Essa expressão não é nova, tendo aparecido na França em 1955, sendo utilizada por Pierre Arents num projeto de reforma de ensino que visava assegurar, depois da escola, a continuação da instrução e da educação recebidas nela e tem servido para identificar uma educação fora da escola, bem como modos de educação diferentes: educação de adultos, educação extra-escolar, formação profissional. (GADOTTI, 2005, p. 94).

Para ele, temos então já um primeiro problema: afinal o que traduzem esses conceitos? A quem interessam? O que se propõem combater?

Considerando que toda política é diretiva e que traz em seu bojo diferentes objetivos, o conceito tende a ser utilizado de forma generalizada, o que dificulta e mascara sua definição. Educação Permanente é um “discurso ideológico” e explica:

“Ideologia” no seu sentido clássico, tal qual aparece, por exemplo, na Ideologia Alemã de K. Marx – uma superestrutura que serve para mascarar, para esconder a injustiça que constitui a divisão social do trabalho na sociedade dividida em classes- podemos dizer que a Educação Permanente dissimula e justifica a desigualdade perante a educação. (GADOTTI, 2005, p.95).

Logo, Educação Permanente não é um discurso novo, tampouco neutro como afirmam os tecnocratas da educação. Já para os trabalhadores, significa aumento da formação profissional necessária à manutenção do sistema capitalista de produção.

Segundo Krüger ((2007, p. 34)) o Decreto Federal 5.154/04 que regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei Federal nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, além de dar outras providências, elucida que a educação profissional será desenvolvida por meio de cursos e programas de:

- I- Formação inicial e continuada de trabalhadores;
- II- Educação profissional técnica em nível médio;
- III- Educação profissional tecnológica de graduação e de pós-graduação. (Decreto 5. 154/04, Art. 1º).

E continua: O Art. 3º da Resolução nº 1/2005 trata da terminologia dos cursos e programas de Educação Profissional, assim caracterizando-os:

I- “Educação Profissional de nível básico” passa a denominar-se “formação inicial e continuada de trabalhadores”;

II- “Educação Profissional de nível técnico” passa a denominar-se “Educação Profissional Técnica de nível médio:

III- “Educação Profissional de nível tecnológico” passa a denominar-se “Educação Profissional Tecnológica, de graduação e de pós-graduação. (Resolução nº 1/2005, art. 2º).

A profissionalização dos trabalhadores em saúde teve que considerar ainda as novas perspectivas delineadas para a educação profissional no Brasil – Lei Federal nº 9.394/96 que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, Parecer do Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Básica (CNE/CEB) nº 16/99 e Resolução CNE/CEB nº 04/99) que apontam para a elevação da escolaridade e para uma concepção de formação que proporcione “compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões”⁵. Deve considerar também, as necessidades apontadas pelo SUS, que exige profissionais com capacidade de atuar nos diferentes setores, de forma a promover a melhoria dos indicadores de saúde e sociais, em qualquer nível do Sistema. (MS, 2004, p.11). Dessa forma, reconhece e valoriza a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de reajuste da força de trabalho, no sentido de contribuir decisivamente para a qualificação e a efetivação da política nacional de saúde, tendo como objetivos: elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional, possibilitando aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores – domínio do conhecimento técnico científico, capacidade de auto- planejamento, de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de trabalhar em equipe, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho.

Advertem, no entanto,, adverte Ceccim (2005) e Fonseca (2009), que há grandes dificuldades e desafios para a implantação da política de educação permanente: a conjugação entre educação e trabalho, as mudanças nas práticas de formação e de saúde, a articulação ((ensino/gestão/atenção/control social) e a formulação de políticas de formação e desenvolvimento de recursos humanos, em bases geopolíticas territorializadas (de forma descentralizada com ênfase na educação em serviço).

⁵ Grifo do texto do Ministério da Saúde, 2004.

Um dos entraves à concretização das metas de saúde tem sido a compreensão da gestão de formação como atividade meio, secundária à formulação de políticas de atenção à saúde. Nem é dirigida às políticas de gestão setorial ou das ações e dos serviços de saúde e nem é compreendida como atividade finalística da política setorial. Tradicionalmente, falamos da formação como se os trabalhadores pudessem ser administrados como um dos componentes de um espectro de recursos, como os materiais, financeiros, infraestruturais, etc. e como se fosse possível apenas “prescrever” habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada. As prescrições de trabalho, entretanto, não se traduzem em trabalho realizado/sob realização. (CECCIM, 2005, p.163).

Trabalho, Educação e Saúde

A nova configuração do mundo do trabalho alterou o processo produtivo, requerendo dos trabalhadores, com o surgimento das novas tecnologias da informação, novas habilidades, qualificação constante, novas competências. A sociedade do conhecimento ou pós-industrial⁶ diante das transformações ocasionou a dúvida de OFFE (1989).

O processo de trabalho situa-se no cerne da estrutura social, logo a transformação tecnológica e administrativa do trabalho e das relações produtivas dentro e em torno da empresa emergente em rede é o principal instrumento por meio do qual o paradigma informacional e o processo de globalização afetam a sociedade em geral. Sendo assim, em qualquer processo de transição histórica, uma das expressões de mudança sistêmica mais direta é a transformação da estrutura ocupacional, ou seja, da composição das categorias profissionais e do emprego. (CASTELLS, 1999, p.265-266).

A temática “trabalho” relaciona-se assim com a “educação”. Estudos relacionando esses dois campos tornam-se o foco por excelência de pesquisadores.

Tartuce (2004) afirma que a discussão em torno da qualificação eclode no Brasil entre 1980/1990. Todavia, é no fim da década de 1990, em um forte contexto de flexibilização, que a centralidade da qualificação passa para o domínio público. Na sociedade do conhecimento ou pós-industrial, a educação escolar anteriormente voltada à formação do cidadão para a vida agrega novas tarefas e a educação profissional ganha novo significado visto que deve formar o cidadão para atender as exigências impostas pelo capital. Na sociedade do conhecimento há uma constante mudança de técnicas e métodos. É necessária

⁶ Para CASTELLS (1999, p. 268) a distinção apropriada não é entre uma economia industrial e uma pós-industrial, mas entre duas formas de produção industrial, rural e de serviços baseados em conhecimento.

uma força de trabalho cada vez mais qualificada, de acordo com as “necessidades” da produção, pois em um contexto de rotatividade de empregos e de sistemas de fabricação flexíveis, qualificação quer dizer necessariamente polivalência; ou seja, habilidade prática e capacidade de raciocínio abstrato, domínio de algumas funções determinadas, mas também conhecimento suficiente das funções conexas. (ENGUITA, 1991, p.249).

Segundo Cruz (2005), na organização taylorista/fordista do trabalho, o conceito de qualificação do operariado se restringe, cada vez mais, ao preparo para a execução de rotinas e seqüências de tarefas e operações pré-determinadas.

A qualificação tem como diretriz a preparação de executores de ordens e serviço, capazes de algumas habilidades/movimentos básicos fundamentais à transformação de matéria-prima em produtos industrializados. Do ponto de vista dos conteúdos formais, o preparo do trabalhador seria limitado ao mínimo indispensável de conhecimentos gerais e técnicos, direta e indiretamente relacionados ao conteúdo das tarefas e operações que compusessem a ocupação tanto do uso de máquinas “versáteis” quanto da cooperação do “chão-de-fábrica”. Nesse sentido, a politecnia fundamentava-se no processo de variação técnica do processo de trabalho, no domínio do conjunto de técnicas exigido pelo sistema de produção. (CRUZ, 2005, p.91-92).

Nessa fase denominada taylorista/fordista de produção capitalista, o olhar lançado pela área educacional à qualificação profissional é marcado por uma discussão especificamente técnica e especializada. Dermeval Saviani apud Corrêa e Alexandre (2000) analisou a concepção de Politecnia, a qual indica para o projeto educacional uma noção derivada da noção de trabalho como princípio educativo geral. Considera trabalho como uma atividade humana; o agir sobre a natureza e transformá-la, uma atividade teleológica porque é guiada por objetivos, processo pelo qual o homem produz sua existência e as condições da sua existência que são, portanto historicamente definidas. Como resultado do seu trabalho, ele transforma a natureza. Essa noção de politecnia objetiva superar a dicotomia entre trabalho manual e trabalho intelectual, entre instrução profissional e instrução geral porque se refere “ao domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que caracterizam o processo de trabalho produtivo moderno. Diz respeito aos fundamentos das diferentes modalidades de trabalho” (Ibid., p. 217), processo que julga ser capaz de promover a formação de trabalhador não-adestrado e que deve ser desenvolvido em “oficinas” na escola, articulando trabalho manual e intelectual, assimilação teórica e prática dos princípios e fundamentos.

Já Deluiz (1996) entende:

A Educação Politécnica como sendo a síntese dialética entre formação geral, formação profissional e formação política, promovendo o espírito crítico no sentido de uma qualificação individual e do desenvolvimento autônomo e integral dos sujeitos como indivíduos e atores sociais, possibilitando não só sua inserção, mas também a compreensão e o questionamento do mundo tecnológico e do mundo sócio-cultural que os circundam. (DELUIZ, 1996, p. 120).

Para Alexandre e Corrêa (2000), o modelo taylorista/fordista baseava-se na fabricação em massa de bens padronizados, alta divisão do trabalho com trabalhadores semiquualificados para determinadas funções. Já no novo modelo produtivo, outras habilidades ditas subjetivas são valorizadas como: polivalência, liderança, capacidade de trabalhar em equipe, capacidade de tomar iniciativas.

A valorização desse saber e sua incorporação à produção recebem um nome – modelo de competências. Para Ferretti (2004) modelo de competências significa não apenas o saber/fazer, o domínio do conhecimento técnico, mas, principalmente, o saber/ser, a capacidade de mobilização dos conhecimentos (não apenas técnicos) para enfrentar as questões problemáticas postas pela produção. Contudo, Hirata (1994) alerta: é ainda um conceito muito impreciso se comparado ao conceito de qualificação, um dos conceitos-chave da Sociologia do Trabalho.

A competência é uma noção oriunda do discurso empresarial nos últimos dez anos e retomada por economistas e sociólogos principalmente na França. Porém, a adoção desse modelo de competência implica um compromisso pós-taylorista, sendo difícil de pôr em prática se não se verificam soluções (negociadas) a toda uma série de problemas, sobretudo o de um desenvolvimento não remunerado das competências dos trabalhadores na base da hierarquia, trabalhadores estes levados no novo modelo de organização do trabalho a uma participação na gestão da produção, a um trabalho em equipe e a um envolvimento maior nas estratégias de competitividade da empresa, sem ter necessariamente uma compensação em termos salariais. (HIRATA, 1994, p. 133).

Ropé e Tanguy (1997) corroboram com a autora:

A noção de competência tende a substituir outras noções que prevaleciam anteriormente como as dos saberes e conhecimentos na esfera educativa, ou a de qualificação na esfera do trabalho. Nesse caso, mantemos a hipótese de que a noção de competência é uma dessas noções, testemunho de nossa época e que no passado não ocupava um lugar tão central como ocupa hoje. (ROPÉ e TANGUY, 1997, p.16-17).

Estando a saúde inserida no setor de serviços (setor que na década de 1990 empregava a maior parte da população), os trabalhadores dessa área também são implicados

nesse novo modelo produtivo. As mudanças que vêm ocorrendo no mundo industrial, o uso intensivo de equipamentos de tecnologia de ponta, a terceirização afetam o processo de trabalho em saúde. O Estado, por meio de suas instituições passa a desenvolver políticas de educação permanente direcionadas à formação e qualificação dos trabalhadores. Estes são “convidados” a participar de cursos, treinamentos e capacitações visando à adequação ao novo modelo. No mundo regido sob o capital o conhecimento científico é incorporado ao trabalho produtivo, convertendo-se em potência material, ou seja, o conhecimento se converte em força produtiva e, portanto, em meio de produção. (SAVIANNI, 2003 apud PEREIRA e RAMOS, 2006, p.17).

Para os ACS, o MS definiu para a sua formação mediante Portaria nº 1.886/97, o estabelecimento de suas atribuições e mediante do Decreto Federal nº 3.189/99 fixou as diretrizes para o exercício de suas atividades, determinando às instituições formadoras dos programas de profissionalização, que seja delineado o seu perfil de competências⁷. No entanto, o conceito e sentido de competência são cada vez mais confundidos e utilizados em diferentes sentidos, o que torna seu conceito impreciso e, muitas vezes, confundido com as noções de: aptidão, habilidades e qualificação.

A noção de competência está ainda relacionada à concepção de formação. No setor saúde tem por objetivo “aumentar a qualidade de resposta às demandas da população, investindo na política de educação profissional. Os setores: educação, saúde e trabalho estão assim cada vez mais interligados. Especialmente a partir do final dos anos 1970 quando se observa que a atividade de formação deslocou-se de lugares especializados nessa função, como a escola, para outros como empresas. (ROPÉ e TANGUY, 1997, p. 18).

Pereira e Ramos (2006, p.14) afirmam que os termos “formação profissional” e “qualificação profissional” apresentam um caráter polissêmico. No âmbito da formação profissional estão inseridos sentidos e concepções diversos sobre a qualificação profissional. A formação profissional, na sua acepção mais abrangente, diz, utilizando-se das afirmações de Antonio Catanni (1997), designa todos os processos educativos que permitam, ao indivíduo, adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas ou nas empresas. É uma expressão recente, criada para designar processos históricos os quais digam respeito à capacitação para e no trabalho; portanto, a relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho na ótica dos trabalhadores.

⁷Grifo do MS (Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde), 2004.

Percebe-se que, para atender mais uma vez as exigências do capital, as quais se tornaram uniformes, unificadas e padronizadas com a globalização, as instituições educacionais e a educação tiveram que sofrer modificações para “treinar” os recursos humanos necessários ao novo modelo. Nesse contexto surge a noção de qualificação. Mas afinal o que é qualificação?

Qualificação é apreendida, num primeiro momento, como a coincidência entre o modo de organização de trabalho, o saber e um bem dotado de um valor econômico. Descobrimos sua necessidade quando temos uma função que não pode ser preenchida por qualquer assalariado; é um conjunto de procedimentos que sancionaram a autonomia de trabalho, sua experiência, seu saber, em suma, a capacidade que ele tem de se empregar a si próprio; é algo definido pela empresa com base nas exigências do posto de trabalho, que serve de base ao sistema de classificações profissionais; é a relação social complexa entre as operações técnicas e a estimativa de seu valor social); ou ainda a relação dimensional entre relação social, como o resultado, sempre cambiante, de uma correlação de forças capital-trabalho, noção que resulta da distinção mesmo entre qualificação dos empregos e qualificação dos trabalhadores (HIRATA, 1994, p. 53-59).

Posto que são cada vez mais exigidas novas habilidades e novos atributos aos trabalhadores, a noção de qualificação é apresentada junto à noção de competência como uma alternativa ou mesmo como um complemento. Essa, por sua vez, também possui várias definições.

A questão fundamental não é unir educação e trabalho, mas detectar, nessa relação historicamente construída, como podemos trabalhar o campo educacional para que se constitua em um espaço de possibilidades concretas. (FRIGOTTO, 1991, p. 255).

Para Ferreira:

Competência é capacidade, aptidão; são necessidades essenciais a cada função ou organização, características individuais dos trabalhadores ou atributos individuais dos trabalhadores, numa perspectiva subjetivista e cognitivista, minimizando a dimensão das competências coletivas e sociais. (FERREIRA, 2005, p. 17).

Para Deluiz:

Há uma confusão conceitual entre competência e habilidades. As competências são operações mentais que articulam e mobilizam os conhecimentos, as habilidades e os valores; e as habilidades seriam então, elementos constitutivos das competências. (DELUIZ, 1995, p. 10).

Como se observou, os conceitos de qualificação e competências são imprecisos e surgiram nos discursos dos neoliberais e de empresários nos últimos anos, objetivando “controlar” e “capacitar” os recursos humanos para a acumulação capitalista flexível, transferindo aos trabalhadores a responsabilidade pela sua empregabilidade pregando a falsa idéia de que quanto mais qualificado esteja o trabalhador mais chances terá de ingressar no mercado de trabalho e garantir sua permanência. O Neoliberalismo é o novo caráter do velho Capitalismo. Este adquiriu força hegemônica no mundo a partir da Revolução Industrial do século XIX. Aquele que não está “qualificado” sente-se assim culpado pelo seu desemprego e corre para inscrever-se nos diversos cursos de educação profissional, distribuídos nos diversos órgãos sejam eles: municipal, estadual ou federal como o Ministério do Trabalho, da Saúde, da Educação. Cursos esses denominados de “cursos de educação profissional”, legitimados por leis como a LDB e por Fundos como o FAT (aliás, paradoxalmente, o FAT, que é ligado ao Ministério do Trabalho, tem oferecido mais cursos de educação profissional do que o Ministério da Educação, descaracterizando assim, o próprio conceito de educação). Todavia, sabe-se que o mercado não comporta todos, e que, qualificação profissional não é garantia de emprego, pois se assim fosse não existiriam tantos “treinados” desempregados.

Percebe-se também que o trabalhador de um modo geral tem tido uma grande preocupação com essa questão e tem procurado a qualificação por meio de cursos de línguas estrangeiras (inglês e espanhol especialmente), informática, pós-graduações, mestrados,... Contudo, essa qualificação profissional não lhe garante altos salários. Às vezes, o excesso de qualificação profissional ao invés de ajudar, acaba prejudicando o trabalhador, porque este se qualificou tanto que a empresa não poderá “mantê-lo” ou terá que “reduzir” seu salário.

O questionamento sobre formação e qualificação profissional abre uma nova discussão mais ampla: “trabalho como princípio educativo” e “formação politécnica”. (PEREIRA e RAMOS, 2006, p. 15).

A noção de politecnia é uma concepção presente na educação profissional em saúde e, como traduz Saviani (2003), postula que o processo de trabalho desenvolva, em uma unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais, pois são características do trabalho humano. Emergem ainda no contexto do neoliberalismo a nova ideologia do capital apresentando tendências do mundo e da produção, entre elas a flexibilização da produção e reestruturação das ocupações; multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores não ligados ao trabalho prescrito ou ao conhecimento formalizado. O trabalho flexível tem possibilidade de diminuir níveis da fragmentação, porém, sob a égide do capital, tem se reduzido ao trabalho polivalente, o que na maioria das vezes leva a qualificação profissional a ser reduzida a meros treinamentos, objetivando que o trabalhador desempenhe várias funções. (PEREIRA e RAMOS, 2006, p. 19).

No campo da Saúde, no Sistema Único de Saúde e no Programa Saúde da Família, o debate perpassa por essas mesmas questões.

A estrutura do estudo

Nessa pesquisa constam quatro partes, assim distribuídas:

Introdução: consta a delimitação do tema, objeto e problema de pesquisa, questões de pesquisa, hipótese orientadora, motivação e origem do interesse da pesquisadora pelo tema, objetivos, linha de pesquisa, justificativa, relevância da pesquisa. Nos aportes teóricos e metodológicos da pesquisa, citamos o universo, amostra e instrumentos de coleta de dados, bem como são processadas a análise dos dados qualitativos e quantitativos. Apresenta o cenário da pesquisa, falamos sobre a História da Educação Permanente no Brasil e na SMS/Aracaju e comentamos sobre a relação: trabalho, educação e saúde;

No primeiro capítulo propõe-se um debate sobre as transformações ocorridas no mundo do trabalho a partir da Revolução Industrial e como essas mudanças modificaram as relações sociais de produção, a categoria trabalho e o emprego na Modernidade. Também tecemos considerações sobre o setor de serviços, setor onde a Saúde encontra-se inserida, sobre o processo de reestruturação produtiva no campo da Saúde, as mudanças que vêm ocorrendo nesse campo especialmente a partir da década de 80 do século XX, considerada como um marco na área da Saúde a qual deixou de ser um favor e passou a ser um direito do cidadão e obrigação do Estado, sobre o PSF modelo adotado pelo MS para reestruturação da atenção básica na Saúde, exemplifica como o município de Aracaju era anteriormente dividido em regiões de Saúde e como este se encontra dividido atualmente, comentamos sobre a Política de Educação Permanente do MS e na SMS/Aracaju e sobre o curso TACS;

O capítulo segundo versa sobre o agente comunitário de saúde, apresenta o intento de traçar o perfil do sujeito de nossa pesquisa e analisar o seu trabalho a partir de sua ótica e da ótica dos agentes de combate às endemias, suas atribuições e competências;

O capítulo terceiro se dispõe à abordagem do Programa Saúde da Família, a Educação Permanente e do curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde. Faz-se uma análise do programa, dessa política, das expectativas dos ACS em relação à profissão, do curso TACS e do processo de efetivação da categoria. Analisam-se os dados quantitativos

colhidos via questionário aplicado, fontes documentais e os dados qualitativos colhidos empiricamente.

Finalizando o estudo, fazem-se as considerações finais, listam-se a legislação consultada, monografias, dissertações de mestrado e teses. Em seguida, tem-se: o apêndice com modelo do questionário aplicado e da entrevista semi-estruturada e os anexos com listagem dos documentos considerados importantes de serem conhecidos pelo leitor.

CAPÍTULO I

ESTADO, TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

A Revolução Industrial é considerada o grande marco das transformações ocorridas no mundo do trabalho.

Ela marca a utilização da máquina no processo de produção, em substituição progressiva às ferramentas que são movidas pela força humana. A máquina por meio de uma força externa faz com suas próprias ferramentas o que o homem fazia com suas ferramentas manuais. No modo capitalista de produção, seja na manufatura, seja na grande indústria, a divisão do trabalho tem como propósito, em última instância, a garantia da acumulação. A sua determinação não está na eficiência técnica nem na solidariedade, mas em garantir a expropriação do controle do processo, tornando o trabalhador dependente da venda da sua força de trabalho para sobreviver. (PIRES, 1998, p. 31).

Surgem as fábricas e com elas novos modelos de produção e gestão voltadas para acumulação do capital, as novas ideologias e novas tendências. Merece destaque especialmente o taylorismo e o fordismo com sua linha de montagem (*moving assembly line*): o trabalho vai aos homens e não os homens ao trabalho. O controle sobre o trabalho humano não precisa ser feito pela determinação e controle direto do gerente, mas é feito automaticamente pela máquina. A esteira (*conveyor belt*), que leva o trabalho até os homens, resolve a questão do controle dos tempos e movimentos, determinados pelo ritmo de funcionamento das máquinas, diferente do taylorismo, em que o ritmo é baseado no rendimento individual. (PIRES, 1998, p. 34).

Para Taylor, em sua obra *Princípios da Administração Científica*, a administração tradicional funcionava com os mecanismos de “iniciativa e incentivo”. Nesse sistema a persuasão (incentivo) do operário só poderia ter efeito quando se tivesse o controle do trabalho. A administração não poderia depender da iniciativa operária, mesmo porque os métodos de trabalho ainda guardavam algumas tradições das corporações de ofício e, portanto, eram obsoletas, em face às necessidades econômicas de aumentar o excedente naquele momento.

Destarte tinha como princípios: estudar o movimento elementar de cada operário, decifrando quais os úteis para eliminar os inúteis, e assim, aumentar a intensificação do trabalho. Analisar o registro dos tempos com o intuito de identificar “o tempo ótimo” para

realizar uma tarefa. Com Taylor o cronômetro entra na fábrica, apodera-se dela, regula-a e domina-a. (VARGAS, 1983; DE MASI, 2000).

A grande especificidade do taylorismo está na sua dupla afirmação de que era possível, graças ao seu método e suas técnicas, escolher qual era o melhor instrumento e a melhor maneira para fazer qualquer coisa, e caso a empresa se organizasse tayloristicamente poderia satisfazer interesses antagônicos de empregados e empregadores (HIRATA, 1989, p.80).

O Fordismo e sua linha de montagem tinham como princípios: sempre que for possível, o trabalhador não dará um passo supérfluo e não se deve permitir, em caso algum, que ele se canse inutilmente, com movimento à direita ou à esquerda, sem proveito algum. Fixo no seu posto de trabalho, o homem passou a ser quase um componente da máquina; um “robô” a serviço da produção, do acúmulo de riqueza e de capital. A origem capitalista do trabalho não residia na procura da eficácia mas na preocupação: “dividir para reinar”; a produção é organizada para explorar o operário que, por sua vez, não tem e não deve ter parte no capital. Sugere o capitalismo industrial a figura do capitalista.

O capitalismo industrial começa quando um significativo número de trabalhadores é empregado por um único capitalista e a divisão do trabalho na indústria capitalista não é de modo algum idêntica ao fenômeno da distribuição de tarefas, ofícios ou especialidades da produção através da sociedade, porquanto, embora todas as sociedades conhecidas tenham dividido seu trabalho em especialidades produtivas, nenhuma sociedade antes do capitalismo subdividiu sistematicamente o trabalho de cada especialidade produtiva em operações limitadas. Esta forma de divisão do trabalho torna-se generalizada apenas com o capitalismo. (BRAVERMAN, 1987, p. 70).

Como o capitalista detinha os meios de produção e o capital, ele era também o gerente e cabia-lhe a função de planejamento e controle. Controlar é o verbo mais importante. A produção é organizada para explorar o operário ainda que os patrões não admitissem esse princípio. O operário era treinado não para uma profissão, mas, para executar a tarefa conforme a gerência, a quem cabia o estabelecimento das regras: como e em que ritmo as tarefas deviam ser executadas.

O modelo taylorista-fordista garantiu longos períodos de prosperidade econômica que só foi possível devido às mudanças e ampliação do papel do Estado o qual passou a intervir na reprodução da força de trabalho, estabelecendo alianças com os sindicatos e adotando medidas protetivas- o *Welfare State* direcionadas à previdência, saúde, educação e criação de leis trabalhistas com o intuito de “acalmar” o mercado, “amparar” a sociedade após

as guerras, e “garantir” a ordem social. Esse período de Estado de Bem-Estar-Social durou até fins da década de 70 do século e início da década de 80 do século XX.

O Estado Social era o remédio que deveria ser usado para curar as contradições sociais, os conflitos de classes. Mas o remédio fez efeito contrário por diversas razões senão vejamos: as políticas de proteção variam de país a país, uma vez que nem todos estão no mesmo nível de industrialização (o Brasil, por exemplo, ingressou tarde na fase de industrialização e acabou não colhendo os mesmos frutos para a economia igual a países como Estados Unidos da América, Japão e Alemanha), o aumento da carga tributária dificulta a criação de novos postos de trabalho; os sindicatos estavam “investidos de poder”, logo já não trabalhavam tão duramente quanto no período anterior às guerras, a ingovernabilidade levou a economia à inflação. Por fim, nem todos desfrutavam das mesmas benesses que o Estado propagava. Os “desempregados”, por exemplo, não tinham acesso a essas políticas.

A verdade é que o *Welfare State* não conseguiu transferir os recursos dos grupos mais afluentes para os pobres e o modelo de criação de riqueza dos neoliberais também não funcionou. Onde essa política foi testada aumentou a diferença entre ricos e pobres. Também fracassou a idéia de Keynes: “somente” o estado teria a capacidade para conferir equilíbrio e estabilidade ao sistema econômico de uma nação. Isso deveria ser feito mediante medidas para movimentar o pleno emprego e para desincorporar o entesouramento individual (DUPAS, 2001, p. 89-107).

Como o fenômeno da globalização, (que não é fenômeno novo: alguns autores acreditam que seu início se deu com as grandes descobertas e invenções no Velho Mundo), se caracteriza pela abertura econômica, cresce a exclusão social, o desemprego formal e a concorrência inter-capitalista entre os estados. Quanto mais um se fortalece, os demais se enfraquecem. Há como consequência um aumento do proletariado, que por sua vez não pode contar com o Estado, visto que este sozinho não está conseguindo resolver esses problemas os quais se agravam numa velocidade assustadora. Então, o que fazer?

Dupas (2001) acredita que os Estados Modernos estão diante de novos desafios: assumir um papel indutor-normativo-regulador e ao mesmo tempo encontrar alternativas de como lidar com a tendência de crescente exclusão social, frente à internacionalização dos agentes econômicos privados e a privatização. O aumento do desemprego formal e a crescente flexibilização da mão-de-obra pressiona o Estado a garantir a proteção social sem desequilibrar o orçamento. Será isso possível? Os Estados subtraem recursos cada vez maiores da fatia do bolo destinada às políticas públicas, para honrar compromissos com fundos monetários internacionais (é mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital),

gastam exageradamente na manutenção da máquina administrativa e investem em programas assistencialistas que não têm sustentabilidade e que, por si só, não geram postos de trabalho. Os recursos estão sendo organizados de formas cada vez mais inadequadas para enfrentar os problemas que surgem com a mudança profunda na realidade social e ainda não está definido um modelo político-institucional o qual acompanhará o “novo contexto econômico internacional”, deixando claro que a democracia liberal sobreviveu às guerras, mas corre riscos nesse século (Giddens, 1991) e que o neoliberalismo nada mais é do que o novo caráter do capitalismo ou é “a ala direita” do liberalismo, sendo concretizado em orientações de governo e a disseminação de valores em torno do mito do “Estado-mínimo” (FREI BETTO, 2006, p.01).

O Estado está perdendo assim sua hegemonia, seu poder de decisão, partilhando a autoridade com várias instituições transnacionais, formando o que Castells (1999) chamou de “Estado-rede”.

Segundo Pires (1998, p.46), todos os estudiosos concordam que desde os anos 1970, estão ocorrendo transformações econômicas, políticas e de relações sociais, nos países capitalistas desenvolvidos, os quais, de modo diferenciado, estão afetando toda a população do planeta. No entanto, há profundas divergências em relação ao significado dessas mudanças e conseqüências para os trabalhadores e para o futuro do conjunto da sociedade. Sendo assim, ao tratar de uma ou algumas dessas características, que diferenciam a produção fordista das mudanças em curso, os autores têm usado diversos termos, como: “sistemas flexíveis” ou “automação integrada flexível”, dentre outras. Devido a causas diversas como: o aumento da competição inter-capitalista nos países de economia avançada (como o Japão), a decisão da OPEP de aumentar o preço do petróleo, a queda do dólar aliada ao fortalecimento do poder sindical e o avanço tecnológico intensificam-se as modificações no processo produtivo e conseqüentemente no “mundo do trabalho”. Surge, em “oposição” ou como “nova alternativa” ao Taylor-fordismo, o sistema de acumulação flexível, tendo como melhor exemplo o Toyotismo.

O toyotismo pode ser entendido como uma forma de organização do trabalho que nasce a partir da fábrica Toyota, no Japão e que vem se expandindo pelo Ocidente capitalista, tanto nos países avançados quanto naqueles que se encontram subordinados tendo como características básicas: produção muito vinculada à demanda, que, por sua vez é variada e heterogênea; trabalho operário em equipe com multivariada de funções e melhor aproveitamento do tempo de produção (ANTUNES, 2001, p. 37-38). Também tem como

característica o emprego no chamado setor de serviços e o aumento expressivo do trabalho de mulheres e jovens. (PIRES, 1998, p. 61).

1.1. O setor de serviços

O setor de serviços também chamado de setor terciário da economia, tem crescido significativamente a partir do final do último século e tem sido motivo de estudo de sociólogos como Claus Offe e Johannes Berger (1999) e Pochmann (2001). Com a redução a partir dos anos 30 do setor agropecuário e o movimento de redução do emprego no setor industrial, Pochmann (2001) dividiu o setor de serviços em quatro classes ocupacionais:

- Distribuição: responsável pelas ocupações em comunicação, transporte e comércio;
- Produção: segmento moderno da sociedade pós-industrial que envolve as ocupações de atendimento dos insumos e serviços diretos à produção (indústrias);
- Social: responsável pelas ocupações de atendimento ao consumo coletivo, como educação, segurança e saúde;
- Pessoal: representada pelas ocupações de atendimento do consumo individual, como lazer, alimentos e embelezamento.

O autor alerta, no entanto, para o fato de que no caso brasileiro já havia um inchamento nesse setor, influenciado pelo efeito combinado do drástico êxodo rural com a geração de empregos no setor industrial insuficiente ao universo de trabalhadores disponível no mercado de trabalho urbano (POCHMANN, 2001, p.57-58).

Pires (1998, p. 76-77) informa que, apesar da imensa diversidade de atividades e de formas de produzir, o setor de serviços também é profundamente influenciado pela lógica da acumulação de capital, pela tecnologia e pelas formas de organização do trabalho utilizadas na indústria. Foi influenciado pelo taylorismo e pela produção mecanizada em grande escala do fordismo e também está sendo influenciado pelo uso de novos materiais, pela informática e pela automação microeletrônica. Aliás, na história política da humanidade, como diz Ianni (2000, p.141), conviveu-se com diversos príncipes nas mais diversas épocas, situações e regiões. Na verdade, ele sempre existiu em diversas formas e épocas. O primeiro príncipe, segundo ele, foi Maquiavel com o seu pensamento moderno no século XVI; o segundo foi Gramsci no século XX, quando formula a teoria do Moderno Príncipe- o partido político. Todavia, nesse século, esses príncipes ficaram ou tornaram-se obsoletos, assim como outras teorias, pressupostos e paradigmas. Nasceu um novo príncipe: o eletrônico.

Na época da globalização, alteram-se quantitativa e qualitativamente as formas de sociabilidade e os jogos das forças sociais, no âmbito de uma configuração histórico-social da vida, trabalho e cultura na qual as sociedades civis nacionais se revelam províncias da sociedade civil mundial em formação. Nessa época, as tecnologias eletrônicas, informáticas e cibernéticas impregnam crescente e generalizadamente todas as esferas da sociedade nacional e mundial; e de modo particularmente acentuado as estruturas de poder, as tecnoestruturas, os *think-tanks*, os *lobbies*, as organizações multilaterais e as corporações transnacionais, sem esquecer as corporações da mídia. Esse pode ser o clima em que se forma, impõe e sobrepõe O príncipe eletrônico, sem o qual seria difícil compreender a teoria e a prática da política na época da globalização. (IANNI, 2000, p.142-143).

Há, por parte dos teóricos, uma dificuldade em definir esse setor. Para alguns, este se refere ao crescimento absoluto e relativo do “setor técnico”. Segundo Berger e Offe (1999, p.11) o setor de serviços abrange tudo que não está incluído na produção extrativa e de transformação. São geralmente entendidos como algumas atividades econômicas que não podem ser atribuídas ao setor primário (agricultura, mineração), nem ao setor secundário (indústria). Por ser um setor bastante diversificado, podendo agrupar desde atividades gerenciais e profissões liberais até os serviços comerciais (empresas autônomas geram e vendem serviços comercialmente, “os serviços são dotados de valor” apenas ao surgir seu cliente), os cientistas sociais têm dificuldade em definir esse setor dada a sua complexidade e dificuldade de mensuração.

O crescimento desse setor já era esperado segundo Offe (1999, p.12), desde os anos 40 do século XX, quando haveria uma diminuição do desenvolvimento da “sociedade industrial” e uma expansão do setor terciário.

Os indicadores usados para verificar e confirmar essa hipótese são, principalmente, o peso do setor de serviços no produto interno e a participação da força de trabalho desse setor na população economicamente ativa. A observação de tais tendências conduziu, principalmente entre cientistas sociais norte-americanos, a interpretações genéricas e abrangentes do desenvolvimento social, cunhando conceitos como o da “sociedade administrada” (*managed society* de Touraine), o da sociedade “pós-industrial” (Bell, 1972) ou ainda o da “sociedade dos serviços pessoais” (*personal service society* de Halmos). (BERGER e OFFE, 1999, p.12).

Ainda segundo Berger e Offe (1999, p.12), o setor de serviços costuma ser definido pelo que ele não é; ou seja, aqueles cujas atividades econômicas não podem ser atribuídas nem ao setor primário (agricultura, mineração), nem ao setor secundário (indústria). A grande verdade é que as mudanças que estão ocorrendo no mundo do trabalho, são tão velozes e intensas que os teóricos têm dificuldade inclusive em conceituá-lo: mundo pós-industrial,

contemporaneidade ou modernidade, pós-modernidade são algumas das denominações dadas pelos diversos sociólogos à Nova Era.

Giddens (1991) acredita que o pós-modernismo é mais apropriado para se referir a estilos ou movimentos no interior da literatura, artes plásticas e arquitetura. Pós-modernidade significa que a trajetória do desenvolvimento social está nos tirando das instituições da modernidade, rumo a um novo e diferente tipo de ordem social.

A Nova Era chegou tão complexa, intensa e veloz que defini-la tornou-se tarefa das mais difíceis para todos. Não se pode ao menos determinar o fato, acontecimento histórico, catástrofe ou “revolução” que delimite os dois mundos. Seu início pode ser demarcado a partir da década de 1970? (POCHMANN, 2001, p. 41); do fim do século XX? Ou ainda a modernidade inicia-se simultaneamente ao início da formação do capitalismo, à gênese do Estado-Nação e à organização das monarquias universais? (IANNI, 2000, p. 35-143). Não se sabe ao certo. A modernidade é uma mistura, ora homogênea ora heterogênea, dos dois mundos que já nascem enigmáticos, desafiadores, inquietos, inconstantes, inovadores, questionadores e transformadores. Desde o primeiro instante, o Novo Mundo já se acha em transformação. O descobrimento e a conquista são ao mesmo tempo deslumbramento e desencantamento. Essa é a idéia: o Novo Mundo nasce, desenvolve-se e rearticula-se sob o signo da modernidade que é uma espécie de revolução permanente, atravessada por não contemporaneidades, desenvolvimentos desiguais e contraditórios, retrocessos, decadências, dissoluções (IANNI, 2000, p. 39-43).

1.2. O processo de reestruturação produtiva no campo da saúde

No campo da saúde, essa lógica não é diferente. O processo de reestruturação produtiva e a transição tecnológica também afetaram o campo da saúde, forçando novas configurações e modelagens nos processos de trabalho e na força de trabalho. Para Merhy, (2007) no Brasil, especialmente a partir dos anos 80 do século XX, estabeleceu-se uma disputa em relação à definição de diretrizes políticas para o campo da saúde. De um lado, estão as forças que defendem o direito à saúde e à vida. De outro, estão os interesses do setor privado. Para o autor, o grande desafio que se coloca para quem defende o movimento sanitário é reconhecer a necessidade de uma construção teórica, a qual dê mais destaque às singularidades dos processos produtivos do setor, que a teoria mais geral utilizada para análise desses processos, pois, apesar de sua efetiva contribuição, não tem sido suficiente. Defende desse modo, um modelo de gestão pela Atenção Gerenciada, com uma revisão da teoria do

trabalho em saúde, em particular dos temas das tecnologias em saúde que conformam o ato de cuidar e o da gestão dos processos produtivos, no nível dos estabelecimentos. Também não podemos esquecer que o trabalho em saúde não é um trabalho morto: ele utiliza os equipamentos, o saber profissional e sua subjetividade e tem como finalidade, o ato de cuidar, salvar, proteger e comporta um grau de liberdade de escolhas no agir e na produção do trabalho.

Quando um trabalhador de saúde se encontra com um usuário, no interior de um processo de trabalho, em particular clinicamente dirigido para a produção dos atos de cuidar, estabelece-se entre eles um espaço interseção⁸ que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato. A imagem desse espaço é semelhante à da construção de um espaço comum de interseção entre dois conjuntos, ressalvando que não é só na saúde que há processos interseções. E, além de reconhecer a existência desse processo singular, é fundamental, na análise dos processos de trabalho, descobrir o tipo de interseção que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior. (MERHY, 2007, p. 57).

1.3. As mudanças ocorridas no campo da saúde

Analisando os antecedentes históricos da Saúde no Brasil, verificamos que do nascimento da Saúde Pública, no início do século XX para os dias atuais, esse campo sofreu modificações acompanhado também de mudanças no papel do Estado.

Merhy & Franco (2006) acreditam que a modelagem dos serviços de saúde aparece ao longo do tempo como questão eminentemente política. Buscando proporcionar ao leitor um melhor entendimento, far-se-á um breve relato da História da Saúde e as principais mudanças ocorridas nesse campo. Porém, nessa pesquisa, optou-se por uma análise mais aprofundada a partir da década de 1980 quando foi iniciado o processo de redemocratização do país, abrindo espaço para que a população começasse a se organizar em todas as áreas.

Do Período colonial até meados do século XIX, havia o predomínio das chamadas doenças pestilenciais, ficando a Saúde sob a responsabilidade das autoridades locais, sendo a assistência prestada à população por meio de instituições filantrópicas e Santas Casas de Misericórdia. A esse primeiro momento de mudanças, no modelo de assistência à Saúde, denomina-se “higienista-curativo” e dividia-se em ações de cunho “higienistas” e as de cunho

⁸ O termo interseções está sendo usado aqui pelo autor com sentido semelhante ao de Deleuze, no livro *Conversações*, que discorre sobre a interseção que Deleuze e Guattari constituíram quando produziram o livro *Antiedipo*, que não é um somatório de um com outro e produto de quatro mãos, mas um “inter”, interventor. Assim, o autor explica que usa esse termo para designar o que se produz que existe para os “dois” em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro.

“sanitaristas” (MACHADO, 2006; FRANCO & MERHY, 2006).

As primeiras trabalhavam a idéia de que bastava higienizar os “lugares” para evitar a ocorrência de agravos à saúde. Iniciativas nesse sentido verificaram-se em ações como as de 1765, quando as municipalidades de Manchester e York na Inglaterra tiveram uma série de iniciativas que envolviam a limpeza de mananciais e técnicas de decantação de impurezas, para preservar a boa qualidade da água consumida pela população. As ações “sanitaristas” vinham de atitudes do Estado, que arvorava a si a responsabilidade de fundar e controlar equipamentos de saúde permanentes, especialmente hospitalares, como se verificou na França e na Alemanha no final do século XVIII. (MERHY & FRANCO, 2006, p.61).

O advento da Revolução Industrial (séculos XVIII e XIX) e o rápido movimento migratório do campo para as cidades causaram uma aglomeração muito grande de habitantes que não tinham as mínimas condições de moradia, higiene e infra-estrutura. As péssimas condições sanitárias aliada aos acidentes de trabalho fizeram aumentar o número de doenças e mortes dos “operários”. Assim, segundo Franco & Merhy (2006), a fim de preservar a mão-de-obra operária o Estado passou a ter a função de proteger a saúde dos cidadãos. Já a revolução biológica e as descobertas de cientistas como Louis Pasteur e Robert Koch, na segunda metade do século XIX, inauguram uma nova era na Medicina, trazendo o modelo da Medicina Preventivista. No Brasil, esse modelo ficou conhecido como “Sanitarismo Campanhista” e visava principalmente à proteção da força de trabalho necessária a agro-exportação do café.

O período de mudanças que data do final do século XIX e se estende até 1920, configura transformações na estrutura socioeconômica da população brasileira devido à expansão da lavoura cafeeira no centro-sul, e do próprio comércio internacional. (MACHADO, 2006, p.64).

Segundo Santana (2005), nesse período, impulsionado por exigências de ordem econômica, são criados vários órgãos: Serviço Sanitário Estadual em São Paulo, Instituto Vacinogênico, Instituto Butantã. Também são criadas Leis e Decretos visando à normatização e regulação das ações e serviços de saúde, sendo a década de 1920 marcada pela definição do sistema previdenciário brasileiro. Cohn (2003) destaca algumas questões que situam o momento histórico da época: caráter altamente controlador do decreto, pois objetivava disciplinar a força de trabalho e conter as greves, a instituição de desconto direto do salário dos trabalhadores, responsabilizando-os a arcar com o ônus e o custeio desse seguro. Para a autora, inicia-se neste período a privatização da assistência médica no Brasil, pois os recursos

existentes são insuficientes para garantir acesso ao trabalhador e seus dependentes.

O modelo assistencial em Saúde praticado no Brasil anterior a Constituição de 1988 dá-se no âmbito da Seguridade Social, vinculado às caixas de aposentadorias e pensões e aos Institutos formados por categorias profissionais criados pelo Decreto nº 4.682 de 24/01/1923. Nessa época o modelo de Saúde vigente dividia os brasileiros em três grupos: os que podiam pagar diretamente pelos serviços, os que se encontravam inseridos no mercado formal de trabalho e por isso tinham assistência prestada pelo INAMPS e os que não tinham nenhum direito sendo considerados assim miseráveis. (COHN, 2003, p.21-24).

Posteriormente, implanta-se um modelo desenvolvimentista de saúde, baseando-se nos ideais do nacional desenvolvimentismo, em que a industrialização apresentava-se como solução de todos os problemas sociais. A área da saúde passa a trabalhar na perspectiva de ruptura do ciclo vicioso doença-pobreza, acreditando-se que a supressão da doença levaria ao desaparecimento da pobreza. Para gerar saúde nas massas, é necessário erradicar a pobreza. Esta última só pode ser erradicada pelo desenvolvimento. Permaneceremos dentro dos limites do modelo desenvolvimentista “liberal” de saúde até a década de 1960, tendo como marco final o Movimento Militar de 1964, que introduzirá o componente autoritário nas relações Estado/sociedade civil. (DÂMASO, 1995, p.77).

No período pós 1964, a crise e a pressão social aumentam em todo o país. Diversos setores da sociedade começam a se organizar propondo mudanças no nosso sistema de saúde, nascendo o Movimento Sanitário. Esse movimento teve seu ápice em 1979 quando foi realizado o I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela Comissão de Saúde da Câmara de Deputados. Nesse evento, o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, uma proposta de reorientação do nosso Sistema de Saúde. A pressão popular e o agravamento da crise em 1980 fizeram com que o próprio Governo elaborasse um projeto de reorientação do Sistema de Saúde, repensando os gastos da Previdência Social com o antigo INAMPS. Foram criadas a AIH- Autorização de Internação Hospitalar e as AIS- Ações Integradas de Saúde, as CIS- Comissões Interinstitucionais da Saúde que acabaram se tornando as bases para a implantação do SUDS- Sistema Descentralizado de Saúde, fase anterior à implantação do SUS- Sistema Único de Saúde.

1.3.1. A década de 1980

Agrava-se a crise e o governo deu continuidade às reformulações iniciadas no final da década de 1970. Cria-se, em 1980, a PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde) que deveria integrar os Ministérios da Previdência e da Saúde. Com base nos preceitos da Conferência de Alma – Ata realizada em 1978 na antiga União Soviética, promovida pela Organização Mundial de Saúde- OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF onde diversos países compareceram à Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, assumindo sete compromissos: a saúde é um direito fundamental do homem, e a meta de todos os povos é atingir um alto nível de saúde; a desigualdade no estado de saúde dos povos é inaceitável e é motivo de preocupação para todos os países; a promoção da saúde dos povos é essencial para o desenvolvimento econômico e social, e contribui para melhorar a qualidade de vida e para alcançar a paz mundial; a população tem o direito e o dever de participar como indivíduo e como grupo do planejamento e da execução concernentes aos cuidados de saúde.

Os governos têm responsabilidade pela saúde dos povos. A atenção primária à saúde é a chave para atingir essa meta com justiça social; atenção primária significa cuidados essenciais de saúde, baseados em técnicas apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitas. Deve fazer parte do sistema de saúde. Deve estar ao alcance de todas as pessoas da comunidade e contar com a participação da população. Precisa ter um custo que a comunidade e o país possam suportar. E o compromisso com a atenção primária à saúde, define a influência das condições econômicas e das características sociais, culturais e políticas de cada país sobre a saúde da sua população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000) e também afirmar compromissos com a meta “Saúde para todos no ano 2000” (SOUSA, 2004).

Desse modo, o governo elabora uma proposta de reordenamento do setor Saúde a partir da hierarquização por níveis de complexidade dos serviços, integração interinstitucional, reorganização do atendimento e porta de entrada única pelo nível primário da atenção. A forma de pagamento do setor privado passa a ser feita baseada no número de diagnósticos e não mais no número de procedimentos. Também são celebrados convênios entre Estados e Municípios, observando a capacidade instalada de serviços públicos.

A Declaração de Alma- Ata representou um marco significativo para a Saúde Pública em todo o mundo, rompendo com o pensamento convencional sobre Saúde, restrito à ausência de doença, defendendo um sistema de atenção primária à Saúde, com base na ação integral do

Sistema de Saúde Nacional, com o desenvolvimento social, por meio da intersectorialidade e da participação cidadã.

Em 1986, a Política de Saúde toma o rumo definitivo da descentralização, tendo como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema destaca o direito à Saúde como parte da cidadania e enfatiza a reorganização do setor nos moldes de um Sistema Único de Saúde.

Tecida sob os anseios de setores progressistas, a Saúde encampa a bandeira da Reforma Sanitária desenhada desde a década de 1970.

A Reforma Sanitária resultou de um movimento que cresceu no período da redemocratização do país e propõe a democratização do setor da Saúde. Dele fez parte: trabalhadores da Saúde, intelectuais da área e outros setores dos movimentos sociais, que juntos lutaram por um novo sistema de Saúde, objetivando redefinir os conceitos de Saúde e Doença e conseqüentemente, as novas ações de Saúde que romperiam com a relação médico / paciente. A Saúde passa a ser definida como: “é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”. (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1987: 382).

Nessa época surgem os primeiros projetos de Saúde Comunitária, como clínica de família e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, representando uma tentativa de institucionalizar os princípios de unificação e descentralização no nível das unidades federativas, reduzindo o controle central exercido principalmente pelo INAMPS.

Após a implantação do SUDS, acontece a descentralização dos estados e destes para os municípios, o enfraquecimento do modelo assistencial privatista, com a desestabilização do INAMPS, até então prestador direto dos serviços de Saúde, e como conseqüência o também enfraquecimento do setor privado e aumento no controle sobre as fraudes.

Assim, inicia-se a construção de um novo momento na História da Saúde Pública Brasileira, agora com um novo arcabouço legal: a Emenda Constitucional nº. 1, a Lei do Sistema Nacional de Saúde – Lei do SINPAS, fruto do estabelecimento de uma nova correlação de forças desses novos atores sociais em relação ao Estado, passando a assegurar na Constituição de 1988, princípios fundamentais que são os da Seguridade Social, voltados à questão da universalidade, equidade, uniformidade e equivalência, da gestão democrática, descentralizada e participativa, ou seja; a partir desse momento, inscreve-se no texto constitucional esses princípios norteadores da Seguridade Social. Já na década seguinte, a

promulgação da Lei 8080/90 de 19 de setembro de 1990 e mais tarde com a Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990, Leis Orgânicas da Saúde, a Saúde Brasileira se inscreve como uma Política Social, estabelecendo o direito à Saúde a todos os cidadãos brasileiros, obtendo avanços significativos, destacando – se:

- a) Alteração do conceito de Saúde;
- b) Instituição da Saúde como direito de cidadania e dever do Estado, posta legalmente na Constituição de 1988;
- c) Construção do Sistema Único de Saúde, como um profundo reordenamento setorial, entendendo a Saúde no campo individual e coletivo.

A proposta do Sistema Único de Saúde prevê que as ações e serviços públicos de Saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e constituir um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral, participação da comunidade. A ênfase agora é na Saúde Preventiva e não mais na assistência médica.

No entanto, mesmo considerando os avanços alcançados com a Constituição de 1988, quanto pela Lei 8.080, ainda não se consegue conter a influência do setor privado na área da Saúde. Porém o SUS é um modelo que não está acabado, e como parte da Reforma Sanitária continuará sofrendo alterações de acordo com as necessidades impostas pelas novas demandas que possam surgir da população.

Considerando os avanços alcançados com a implantação do Sistema Único de Saúde, principalmente no que tange à ênfase dada a Atenção Básica em Saúde (Alma-Ata), estruturando os sistemas de Saúde mediante a organização dos cuidados primários e das ações de promoção da Saúde (Carta de Ottawa), cria-se em 1994 o Programa Saúde da Família – PSF, modelo inspirado nos princípios do PAS – Programa de Agentes de Saúde, modelo pioneiro implantado em Ceará em 1987 e no PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SILVA & RODRIGUES, 2000, p.1). Esses três programas, todavia, possuem características próprias. O PAS foi criado no estado do Ceará como uma estratégia para combater a seca que assolava o estado em grandes proporções.

“Nessas circunstâncias o Estado identificou a possibilidade de empregar, em curto prazo, em atividades de promoção da saúde, milhares de moradores de áreas carentes, cuja remuneração seria garantida com recursos dos fundos especiais de emergência, destinados pelo Governo Federal e tinha como objetivo primordial melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da sua própria saúde. Posteriormente, em 1991, foi criado pela Fundação Nacional

de Saúde (FNS) e o Ministério da Saúde (MS) o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Em sua primeira fase, o programa contemplou a região nordeste do Brasil visando à educação em saúde, à mobilização da comunidade e à redução da mortalidade infantil e na segunda fase expandiram-se para a região norte, visando fazer frente à epidemia de cólera. Os resultados positivos desses programas viabilizaram a implantação em todo Brasil do Programa de Saúde da Família”. (SILVA, 2001, p.48).

O programa também era desenvolvido com recursos próprios e vinculado à Secretaria de Saúde do Estado, tendo sua coordenação, portanto, centralizada. Já o PACS fora instituído em 1991, em vários estados do país, com repasse de recursos e normatização comum para todos eles, tomando como modelo a experiência do Ceará (Silva & Rodrigues, 2000, p.4) e o PSF também é normatizado pelo governo federal e desenvolvido por meio de parceria firmada entre os três níveis de governo: municipal, estadual e federal (MS, 1998). A forma de recrutamento, seleção e contratação dos ACS nos programas citados, também tem especificidades. No PAS, segundo Silva (2001), entre setembro de 1987 e agosto de 1998, 6.113 pessoas foram contratadas; sendo 95% mulheres pertencentes a 118 municípios do sertão cearense. Após treinamento de duas semanas, elas trabalharam, durante 6 a 12 meses, desenvolvendo ações básicas de saúde, terapia de reidratação oral, vacinação, orientação para estímulo ao aleitamento materno, entre outros. Recebiam um salário mínimo como remuneração e a seleção foi realizada por um “Grupo de Ação Comunitária”- G.A.C. – interinstitucional, especialmente criado para esse fim. No PACS e no PSF ocorre uma inscrição prévia dos candidatos que preencheram os requisitos propostos e estes são submetidos à prova escrita e entrevista. Após aprovação, passam de um a dois meses em treinamento com um enfermeiro (a) e demais membros da equipe e também recebem um salário mínimo mensal.

1.3.2. O programa saúde da família

Concebido em 1993 e oficializado em 1994, o PSF é parte integrante do SUS. Desde os seus primeiros documentos, a concepção do programa era de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, estando definido que sua implantação deveria privilegiar áreas de maior risco social (SILVA, 2001). Ele está estruturado nas Unidades de Saúde da Família – USF (Unidade Pública de Saúde) com uma equipe multidisciplinar (recomenda-se no máximo três por USF), composta por um médico generalista (com conhecimento de clínica geral), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um cirurgião-

dentista, um técnico em saúde bucal, um atendente de consultório dentário, e quatro a seis agentes comunitários de saúde. O assistente social, embora citado desde 1997 como um dos profissionais que deve compor a ESF possibilitando maior resultado no trabalho dos ACS, até hoje não foi regulamentado como membro oficial da equipe, ficando a critério do gestor sua inserção ou não nas ESF (Ministério da Saúde, 1997). As equipes por serem multidisciplinares proporcionam a troca de saberes e práticas contribuindo para uma abordagem mais integral dos usuários e famílias.

Todos da equipe trabalham 8 horas por dia, 40 horas semanais (dedicação integral). Cada ESF atua em um território dividido em áreas e micro áreas ficando responsável por um número determinado de famílias-população adscrita. As principais responsabilidades das Equipes de Saúde da Família são: ações de saúde da criança, da mulher, controle da hipertensão, diabetes *melittus*, tuberculose, eliminação da hanseníase, ações de saúde bucal. Recomenda-se que cada ESF acompanhe entre 600 e 1000 famílias não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas.

As ESF assumem a responsabilidade pela saúde de sua população adscrita, com a qual estabelece vínculo, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Logo, o PSF está inserido no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica (ou primária para alguns autores), aqui definida como "o primeiro nível de contato de indivíduos, família e comunidade com o sistema nacional de saúde." (Declaração de Alma – Ata, capítulo 1) e se estabelece como um novo modelo para a Saúde Pública no Brasil.

No antigo modelo o indivíduo era visto de forma isolada, fragmentada, cuja manifestação da doença ocorre em partes de seu corpo, sem que fossem observadas suas diferentes dimensões. A família não era enfocada de forma integral e articulada. As políticas sociais vêm no mundo inteiro reestruturando o conceito e as responsabilidades das famílias e das comunidades, ajudando-as a descobrir suas potencialidades individuais e coletivas. Cabe, então, o exercício de uma nova prática, com base em outra racionalidade, partindo de uma premissa solidária e participativa, capaz de transformar os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2001). O paradigma médico-hegemônico no Sistema de Saúde foi quebrado e a Saúde Pública finalmente demarcou seu espaço. A Saúde ultrapassa as discussões da área médica e passa a ser um espaço de discussão enquanto Política Pública.

O PSF foi a opção que o município de Aracaju fez para a reorganização da atenção básica. Acreditando ser esse o caminho para melhorar os indicadores de saúde, o município implanta o programa em 1998.

1.3.3. O programa saúde da família de Aracaju

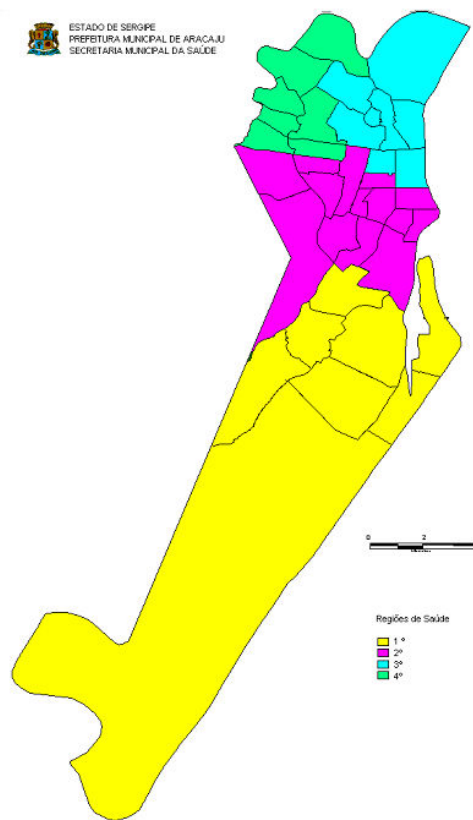
Antes de falarmos sobre o processo de implantação do PSF, no município de Aracaju, considera-se necessário o fornecimento de algumas informações sobre o Município pesquisado.

O topônimo “Aracaju” deriva-se da expressão indígena “ará acaiú” que em tupi-guarani significa “cajueiro dos papagaios”. O elemento “ará” significa papagaio e “acaiú” significa fruto do cajueiro. O município foi fundado em 17 de março de 1855, encontra-se localizado na mesoregião (leste sergipano), contando com uma área de 181,80 km² o que representa 3,90% da área total do estado. Tem clima quente e úmido. Sua paisagem é composta por praias, rios e manguezais. Tem como municípios limítrofes: São Cristóvão, Barra dos Coqueiros, Nossa Senhora do Socorro e Itaporanga D’Ajuda. Seu formato lembra um tabuleiro de xadrez e é cortada pelos rios Sergipe e Poxim. A população, segundo contagem realizada em 2007 pelo IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística era de 520.207 habitantes com predomínio de mulheres e de jovens e tem IDH - Índice de Desenvolvimento Humano de 0, 794. Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) indicam que 95% das famílias têm água proveniente da rede pública de abastecimento e energia elétrica.

Até 1998, segundo relatório da SMS, a saúde na capital sergipana não era municipalizada e a rede básica municipal era pequena e precária. As tentativas de implantação do programa haviam sido vetadas pelo Conselho Municipal de Saúde que o considerava um programa eleitoreiro. Com a mudança político-administrativa, a SMS em 1998 passa para Gestão Plena da Atenção Básica (pela Norma Operacional Básica do SUS- NOB 01/96, o município de Aracaju está habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica desde 13/03/1998), convoca a V Conferência Municipal de Saúde e elege um novo Conselho Municipal de Saúde, com o qual o PACS e o PSF foram negociados e aprovados sem dificuldades. Inicialmente, foram implantadas 12 ESF e contratados 299 ACS em toda a periferia da cidade. Nesse mesmo ano, as ESF foram ampliadas com a aprovação do CMS, incorporando-se assistentes sociais e cirurgiões-dentistas (RELATÓRIO: SAÚDE DA FAMÍLIA, 2000, p.21-22).

Em 2001, o sistema era composto por 39 Unidades Básicas de Saúde, sendo 22 com o PSF e 17 sem este programa (RELATÓRIO DE GESTÃO, 2000) e encontrava-se dividido em quatro regiões de saúde conforme mapa abaixo:

1.3.4. Divisão do município de Aracaju em quatro regiões de saúde (até fevereiro/2007)



SANTOS (2006) relata:

“As dezessete Unidades que deveriam assistir em torno de 68% da população da cidade, operavam num formato clássico de rede básica, sem equipes de referência, sem adscrição, sem nenhuma intervenção coletiva sistemática, além do programa de imunização e com muita tensão social decorrente da insuficiência da oferta. A escala de profissionais distribuída nesses dezessete equipamentos era insuficiente para atender a essa população, fato que se agravava com a comprometida qualidade do seu material, com equipamentos sem manutenção e estrutura física precária”. (SANTOS, 2006, p.44-45).

Tabela 3: Cobertura do PSF

Nº REGIÕES DE SAÚDE	08
Nº UNIDADES COM O PSF	43
Nº ESF'S IMPLANTADAS	128
POPULAÇÃO COBERTA PELO PSF	500.253
FAMÍLIAS CADASTRADAS	130.313

1.3.5. Conformação atual das regiões**Tabela 4: I Região**

UBS	LOCALIZAÇÃO
Niceu Dantas	Bairro Mosqueiro
João Bezerra	Povoado Areia Branca
Santa Terezinha	Bairro Mosqueiro
Augusto César Leite	Conjunto Santa Tereza
Antônio Alves	Bairro Atalaia
Augusto Franco (AMPLIADO)	Bairro Farolândia-Conjunto Augusto Franco

Tabela 5: II Região

UBS	LOCALIZAÇÃO
Osvaldo Leite	Bairro Santa Maria
Elizabeth Pita	Bairro Santa Maria
Celso Daniel	Bairro Santa Maria
Geraldo Magela	Conjunto Orlando Dantas
Humberto Mourão	Bairro São Conrado

Tabela 6: III Região

UBS	LOCALIZAÇÃO
Hugo Gurgel	Bairro Coroa do Meio
Ministro Costa Cavalcante	Conjunto Inácio Barbosa
Sinhazinha (AMPLIADO)	Bairro Grageru
Ávila Nabuco	Conjunto Médici I
Marx Carvalho	Bairro Luzia

Tabela 7: IV Região

UBS	LOCALIZAÇÃO
Manoel de Souza Pereira	Bairro Jabotiana - Conjunto Sol Nascente
Madre Tereza de Calcutá	Bairro Jabotiana
Irmã Caridade	Bairro Jabotiana
Joaldo Barbosa (AMPLIADO)	Bairro Ponto Novo
Edézio Vieira de Melo (AMPLIADO)	Bairro Siqueira Campos
Adel Nunes (AMPLIADO)	Bairro América
Fernando Sampaio	Bairro Castelo Branco

Tabela 8: V Região

UBS	LOCALIZAÇÃO
Maria do Céu (AMPLIADO)	Bairro Centro
Amélia Leite	Suissa
CAIC	Bairro Getúlio Vargas
Cândida Alves	Bairro Santo Antônio
Dona Jovem	Bairro Industrial

Tabela 9: VI Região

UBS	LOCALIZAÇÃO
Porto D'anta	Bairro Porto D'anta
José Augusto Barreto	Bairro Cidade Nova- Japãozinho
Eunice Barbosa	Bairro Porto D'anta-Loteamento Coqueiral
José Quintiliano da Fonseca	Bairro Cidade Nova
Francisco Fonseca (AMPLIADO)	Bairro 18 do Forte

Tabela 10: VII Região

UBS	LOCALIZAÇÃO
José Machado de Souza	Bairro Santos Dumont
João Cardoso (AMPLIADO)	Bairro DER
João Oliveira	Bairro Santos Dumont
Renato Mazze Lucas	Bairro Santos Dumont
Anália Pina	Bairro Almirante Tamandaré

Tabela 11: VIII Região

UBS	LOCALIZAÇÃO
Walter Cardoso	Bairro Veneza
Onésimo Pinto	Jardim Centenário
Lauro Dantas	Conjunto Assis Chateaubriand (Bugio)
Carlos Hardman	Bairro Soledade
Carlos Fernandes de Melo	Bairro Lamarão

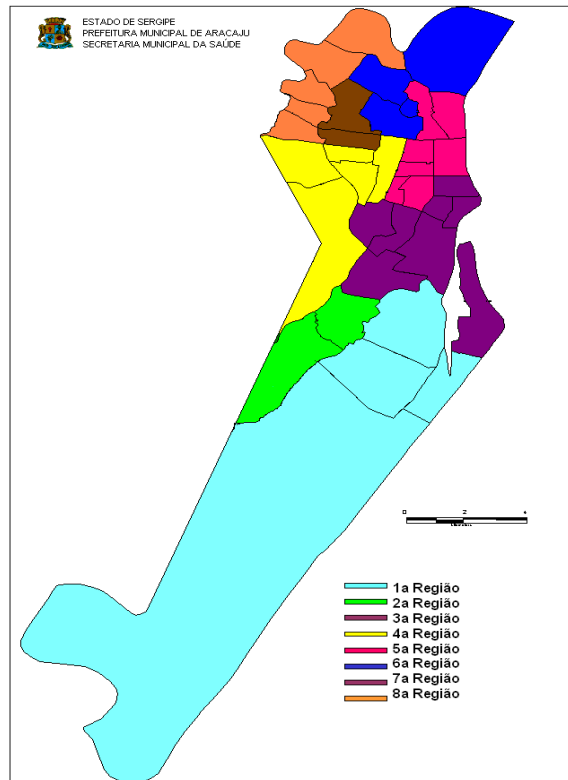
Fonte: SMS

O **PSF AMPLIADO (com equipes ampliadas)**⁹ é solicitado por comunidades de outros bairros.

⁹ Programa Saúde da Família que conta em sua composição com um médico generalista- 40 h.; uma enfermeira 40 h.; um auxiliar de enfermagem; agentes comunitários de saúde; clínicos em algumas equipes; gineco-obstetra e pediatra.

1.3.6. Divisão atual das regiões de saúde de Aracaju (junho/2009)

De setembro/2008 até junho/2009 o município encontra-se assim dividido:



1.4. A política de educação permanente no sistema único de saúde e a política de educação permanente do ministério da saúde

Segundo Smeke e Oliveira (2001, p.115), é amplamente conhecida e denunciada a situação de iniquidade social em que vive a maioria da população, especialmente no que tange às questões da área da saúde.

Em que pesem os avanços do aparato jurídico-legal constituído no SUS, a partir de 1988, tem-se posto para o campo da Saúde Coletiva o desafio de concretizar os princípios da universalidade, equidade, descentralização, integralidade e controle social/público no dia-a-dia dos serviços. O debate que emperra essa concretização tem se focalizado nas questões do financiamento, da gestão e da capacitação/educação continuada dos profissionais de saúde. (SMEKE & OLIVEIRA, 2001, p. 115).

Após o período de imposições, à época do regime militar, iniciam-se as propostas conhecidas como círculos de cultura de Paulo Freire, que confluíam educação e mudança

político-social com revisão ético-religiosa. Na saúde, na perspectiva da Medicina Comunitária, os projetos, segundo os mesmos autores visavam à participação da comunidade pela constituição de pequenos grupos que, pela cooperação, pela solidariedade e união em torno de um objetivo comum, conseguiriam resolver seus problemas com autonomia.

Pelegrini Filho et al (1979) apud Smeke & Oliveira (2001, p. 122) informa que, nesse momento, havia enfoques diferentes em relação à participação comunitária na saúde. Uma das perspectivas assumia, com mais evidência, certa homogeneização entre o social, o econômico e o político, de maneira que esvaziasse os problemas locais ou setoriais de sua determinação estrutural, conformando uma participação mais restrita e menos ligada “às grandes decisões de caráter nacional”.

Todas essas reavaliações e reorientações do campo estão relacionadas aos avanços da participação social e política que se deram no Brasil pós-regime militar. O movimento de técnicos por um novo projeto em saúde articula-se a movimentos populares reivindicatórios, especialmente a partir das práticas referenciadas teoricamente na Educação Popular, constituindo o Movimento Sanitário. Assim, as mobilizações populares de resistência ao regime já mencionadas, que acabaram por formatar novas relações mais dinâmicas e complexas entre Estado e Sociedade Civil, acarretaram, também na saúde, novos rumos para os movimentos sociais e as políticas sociais que se formularam. (SMEKE & OLIVEIRA, 2001, p.125).

Stotz (1993) apud Smeke & Oliveira (2001) informa que diante desse contexto de desafios das formas de relação entre os diferentes saberes na saúde, vêm à tona as múltiplas leituras sobre as articulações entre Políticas Públicas e Sociedade Civil, especialmente quando se expande, em nível local e municipal, a rede institucionalizada de participação popular por meio dos Conselhos.

Procurando entender essa postura contra-hegemônica na Educação em Saúde, seus limites e possibilidades, constata-se que houve um realinhamento ideológico nesse campo nos anos 70 e na atualidade, matrizes de pensamento como a fenomenologia e o marxismo sustentam as diferentes práxis educativas em saúde que disputam, fazem críticas e propõem alternativas de ação ao modelo preventivista tradicionalmente dominante. (Stotz,1993, p.13-21).

Briceño-Leon (1996) apud Smeke & Oliveira considerando a nossa própria necessidade de valorizar conquistas, como parte de nossas práticas educativas cotidianas, podemos observar uma ampliação das práticas de Educação em Saúde, desde Osvaldo Cruz.

Carvalho (1996) e Campos (2000) comentam que de uma percepção linear, fragmentária, descontextualizada (calcada na visão unicausal do processo saúde-doença),

autoritária (coercitiva, baseada na transmissão de informações e persuasão) e desligada da luta social mais ampla, esse campo de concepção e práticas foi redefinindo seus objetivos no sentido de: uma renovação teórico-metodológica que incorpora esse a dialogicidade do processo ensino-aprendizagem, à releitura do papel do educador, como um mediador da relação entre os sujeitos e o conhecimento, e à relação entre educador e educando, como processos intersubjetivos evidenciados na construção de conhecimentos que se estabelecem no cotidiano das instituições de saúde; uma percepção mais ampla do processo de produção da saúde/doença/intervenção, que passa a ser entendido no contexto de seus determinantes sócio-históricos, como também do auto-reconhecimento e da potencialização das capacidades individuais e grupais; uma ampliação de atuação do campo, posto que a Educação em Saúde se daria em todas as ações cotidianas dos profissionais de saúde, e por fim, a construção da autonomia dos sujeitos, considerados em suas possibilidades e limites, como agentes da superação de restrições definidas a partir de uma lógica estritamente coletiva, quanto da exacerbação da vontade individual e da eliminação da objetividade. Diante disso, o MS (2004), diante da constatação de que os trabalhadores em saúde encontram-se “despreparados” e “desqualificados tecnologicamente e profissionalmente” existindo desse modo, uma inadequação da formação dos profissionais, trabalho multi e interdisciplinar exigidos na modernidade, e como o PSF dentro do SUS tem como objetivo fundamental reorientar o modelo assistencial em saúde, resolve, para enfrentar esses desafios, criar a Política de Educação Permanente.

Apostando na Educação Permanente cria a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Com a criação dessa Secretaria, o Ministério da Saúde assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do SUS, no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde do Brasil.

O seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde também é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas ao fortalecimento do controle social, movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial e incentivar a participação social no setor da saúde bem como a interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária. Essa Política representa uma conquista legitimada nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde, construída em conjunto com os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, com a coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde e, considerando as contribuições das Oficinas Regionais sobre o tema, realizadas em abril e maio de 2006. Amplia o conceito de

Capacitação de Conselheiros e oportuniza o acesso às informações e aos conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde-SUS para o efetivo exercício da cidadania para toda a sociedade brasileira.

Entende-se como educação permanente, para o controle social, os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, mediante processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas. Todo o processo de formação, capacitação e educação permanente foi construído pela vontade e empenho dos conselheiros de saúde nos últimos anos. Exemplo disso, foi o 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, realizado pelo Conselho Nacional de Saúde, em conjunto com os Conselhos Estaduais de Saúde, os Conselhos Municipais de Saúde, as entidades do movimento popular e sindical e com o apoio das academias, ocorrido em abril de 1995, em Salvador – Bahia. Nesse evento, os conselheiros de todo o Brasil reivindicavam o que, naquela época, chamou-se de Formação de Conselheiros de Saúde.

A partir de 1995, importantes experiências ocorreram, em sua maioria, no âmbito estadual e municipal. Em âmbito regional, registramos o Projeto Nordeste que produziu, entre outros materiais, o “Guia do Conselheiro”, o qual ficou conhecido e foi utilizado inclusive, nas capacitações de conselheiros de todo o país. A primeira experiência, em âmbito nacional, foi realizada nos anos de 2000 a 2004 por meio do Programa Nacional de Fortalecimento do Controle Social. Esse Programa teve caráter nacional, foi financiado com recursos externos, gerenciados pelo Ministério da Saúde, possuía cronograma definido e foi executado por um consórcio de quatro instituições formadoras reconhecidas nacionalmente.

Para o Conselho Nacional de Saúde dar concretude a essa política, considera como expressão máxima a justificativa das Diretrizes Nacionais de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde-SUS, no item que diz: é, pois, de responsabilidade intransferível dos Conselhos de Saúde, o desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde-SUS. Esse processo envolve sujeitos sociais como conselheiros e lideranças, podendo ser realizado pelos próprios conselheiros, instituições e/ou entidades parceiras dos conselhos de saúde, direcionado para a socialização das informações e conhecimentos sobre a efetividade do controle social, a reiteração dos textos da legislação vigente e o acúmulo de experiências políticas de acordo com as Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do Sistema Único de Saúde-SUS.

Assim, ao apresentar essa Política, o Conselho Nacional de Saúde reafirma seu compromisso com o fortalecimento do Controle Social, contribuindo para que os Conselhos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal elaborem a sua Política de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS, considerando as especificidades locais e diversidades regionais, observando os princípios, as diretrizes e recomendações da Política Nacional.

O seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde é ainda responsável pela operação técnica, financeira e operacional com os estados e municípios, instituições de ensino, organizações dos movimentos sociais e outras entidades, para a implantação destas políticas.

Sendo assim, é organizado em três Coordenações Gerais:

- Ações Estratégicas em Educação na Saúde (educação superior em saúde);
- Ações Técnicas em Educação na Saúde (educação técnica em saúde);
- Ações Populares de Educação na Saúde (educação popular em saúde).

Trabalham as especificidades desses três campos, alimentando sua articulação por meio de três eixos fundamentais: relação entre educação e trabalho; mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; produção e disseminação de conhecimento. Propõe a adoção da educação permanente como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de: formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social. Deve estabelecer articulação permanente com os diversos órgãos do Ministério da Saúde (MS), do Ministério da Educação (MEC), com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e as Secretarias Estaduais de Saúde, com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Consems) e as Secretarias Municipais de Saúde, associações de ensino e profissionais, entidades estudantis e movimentos sociais entre outros.

Essas estratégias tem provocado mudanças nos modos de ensinar e aprender com programas como: Capacitação e Formação em Saúde da Família (Pólos de Saúde da Família, Cursos de Especialização em Saúde da família e Residência em Saúde da Família); Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae); Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde (Aperfeiçoamento de Gestores); Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde (Gerus); Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (Especialização de Equipes Gestoras); Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits); Incentivo às mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed); Curso de Formação de Conselheiros de Saúde e do Ministério Público para controle social. A idéia é, por meio da educação permanente, estabelecer a união entre

desenvolvimento individual e institucional, serviços e gestão setorial, atenção e controle social visando à implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais do SUS. Na proposta da educação permanente, a mudança das estratégias de organização e de exercício da atenção terá que ser construída na prática concreta das ESF's; é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.

A Educação Profissional na LDB, capítulo III e artigos 39 e 40 “está integrada às diferentes formas de Educação, ao Trabalho, à Ciência e à Tecnologia, conduz ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva. Esta será desenvolvida em articulação com o ensino regular ou por diferentes estratégias de Educação Continuada, em instituições especializadas ou no ambiente de trabalho”. Para o Ministério da Saúde (2007) Educação Profissional faz parte da formação que engloba: formação inicial e continuada de trabalhadores (capacitação, aperfeiçoamento, especialização e atualização), cursos técnicos e cursos tecnológicos de graduação e pós-graduação.

1.4.1. A política de educação permanente na secretaria municipal de saúde de Aracaju

A necessidade de criação de políticas de formação e de melhor distribuição para a força de trabalho foi sinalizada na 3ª Conferência Nacional de Saúde bem como a necessidade de se construir programas de capacitação voltados para esses trabalhadores.

Para enfrentar esse problema foi criado o Plano Nacional de Saúde que continha a busca de uma racionalidade no setor saúde, apontando como imprescindível uma política de recrutamento, seleção e preparo de técnicos, vislumbrando um ensino descentralizado como o melhor caminho para a qualificação desses trabalhadores e em 1960, o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, que funcionou como um “experimento” para o aperfeiçoamento dos princípios e normas que hoje fundamentam o PACS e o PSF. Sobre a formação de trabalhadores, a 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, tinha como meta a produção de uma política permanente de recursos humanos e se propunha a discutir o perfil profissional demandado, assim como centrava fogo na necessidade de serem tecidas estratégias de capacitação para os trabalhadores de nível médio e elementar da saúde. (PEREIRA e RAMOS, 2006, p.32-33).

Segundo Santos (2006), não existia na Secretaria Municipal de Saúde até o ano 2000 uma política de recursos humanos.

Observava-se a inexistência de motivação profissional por grande parte dos trabalhadores, além de ausência total de qualquer programa de educação permanente. Existia um acordo de produtividade segundo o qual cada

médico, por exemplo, tinha de produzir um determinado número de consultas, sem vínculo e/ou responsabilização com o usuário. Esses profissionais não estavam incluídos no projeto da secretaria e cumpriam papel assistencial pouco relevante do ponto de vista sanitário. (SANTOS, 2006, p.45).

Diante desses acontecimentos, a SMS desenvolveu de 2001 até 2006 um modelo tecno-assistencial denominado Projeto SAÚDE TODO DIA definido como soma de ações articuladas que visam a atender necessidades de saúde do usuário, compreendendo-as e dando um significado que deve gerar uma intervenção resolutiva e produtora de autonomia, garantindo os princípios do SUS de Aracaju, principalmente a universalização e garantia do acesso, integridade, equidade, controle social (Relatório Final da VII Conferência Municipal de Saúde, 2004, p. 42) e o encontro entre os usuários e trabalhadores onde há o reconhecimento pelo trabalhador das necessidades dos usuários como direito de cidadania.

Pode ainda ser descrito como a idealização de um sonho em concretizar as conquistas do SUS no Município. Esse material é internamente conhecido como “memorial” e descreve sua trajetória até a sua publicação em setembro/2003. Para efetivar a política do Projeto SAÚDE TODO DIA a gestão norteou os passos que deveriam ser tomados: adequação e ampliação da rede para garantir o acesso, acolhimento como tecnologia para garantir o acesso, ampliação dos interlocutores da saúde em Aracaju, formação de um coletivo dirigente, “capacitação permanente” e gestão plena de sistemas.

“A educação permanente foi nossa estratégia metodológica para operar a transformação dos profissionais de saúde em sujeitos, a partir da interação com os vários objetos que o cotidiano apresenta, tais como as necessidades dos usuários, a organização dos serviços, o controle social, a gestão e outros. O trabalhador está o tempo inteiro aprendendo e produzindo conhecimento acerca de sua prática, consequentemente, produzindo autonomia para si, como profissional da saúde, e contribuindo com a produção de autonomia dos outros. A escuta, a compreensão e a significação das necessidades de saúde da população e a articulação de vários saberes tecnológicos para intervenção nelas desencadearam uma demanda por mediação pedagógica que permitiu a troca de saberes entre trabalhadores e gestores na busca da produção de uma nova subjetividade em torno do trabalho em saúde e a possibilidade de formação de interlocutores capazes de defender e concretizar este modo de organizar e fazer saúde”. (SANTOS, 2006, p. 144).

Inicialmente não foi utilizada a expressão “educação permanente”. A política de Educação Permanente foi sendo nomeada de várias formas durante o seu processo de “evolução”. Utilizou-se o termo “capacitação” nas primeiras intervenções pedagógicas realizadas pela SMS, com o intuito de qualificar o serviço, ainda na lógica de encontros

pontuais e apesar de ter se tornado Política o termo ficou incorporado nos trabalhadores, discurso de gestores e documentos oficiais. (SANTANA, 2005, p.69). Também o Plano Municipal de Saúde foi idealizado a princípio para dirimir algumas dificuldades ou deficiências. A primeira vez que algo relativo à formação é citado, se refere à adesão dos profissionais de saúde ao projeto. Em síntese, podemos dizer que o Plano Municipal de Saúde traz uma demanda de qualificação dos trabalhadores, ora com o intuito de implantação do novo modelo “usuário centrado”, ora para o equacionamento das deficiências técnicas dos mesmos. Em nenhum momento aparece qualquer referência à estratégia de Educação Permanente. As capacitações, ou melhor, o desenvolvimento da política de Educação Permanente carecia de um espaço. Criou-se então uma escola: o Centro de Educação Permanente da Saúde – CEPS que passou a fazer parte da RET-SUS.

Segundo o MS (2007), a RET-SUS é uma rede institucional criada para facilitar a articulação técnica e política entre as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e fortalecer a Educação Permanente de trabalhadores de nível médio em saúde. É uma estratégia de troca de informações e experiências, compartilhamento de saberes e mobilização de recursos entre as ETSUS. As escolas que deram origem à Rede são vinculadas à gestão do SUS – Secretarias Estaduais e Municipais- em sua maioria e uma é Federal.

O Centro de Educação Permanente da Saúde – CEPS, mantido pela Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, iniciou suas atividades em novembro de 2002, tendo sua criação formalizada em 27 de fevereiro de 2004, de acordo com o Decreto Municipal nº 068, com a finalidade de ser um espaço pedagógico de apoio à gestão a qual se propõe a desenvolver ações no âmbito da educação técnica profissional, pós-graduação, do controle social e para os trabalhadores das redes assistenciais de saúde do município de Aracaju. Não utilizou um projeto pedagógico. As atividades desenvolvidas fundamentaram-se na Metodologia da Problemática, na Pedagogia do Fator de Exposição e na Educação Permanente.

“Os fatores de exposição são objetos, recortes da realidade vivenciada, modos de ver e de delimitar um determinado campo da organização da vida, com existência real, natureza própria e sempre em produção, para os quais podemos dispor de um conjunto de saberes e tecnologias que nos permitem compreender, significar e intervir. A aposta que se fez foi tomar o processo de implementação do SUS em Aracaju como espaço de produção social de fatores de exposição. As necessidades de saúde como objeto das práticas profissionais, dos serviços e dos sistemas de saúde é, na pedagogia do fator de exposição, um objeto, um dos vários fatores de exposição, o que não reduz a sua importância. As necessidades como objeto das práticas profissionais, dos serviços e do sistema de saúde conformam elemento

instituinte do modelo técnico-assistencial do Projeto Saúde Todo Dia e desse modo são interrogadoras e marcadoras fundamentais no âmbito da gestão e da atenção à saúde. A pedagogia do fator de exposição é fortemente potencializada graças ao fato de os educandos serem trabalhadores de saúde imersos numa realidade e com grande implicação com os efeitos co-produzidos por ela, de modo que este processo educativo se dá no trabalho, a partir do trabalho e para o trabalho (que visa construir ganhos de autonomia para as pessoas e coletivos, usuários e trabalhadores). Uma das características da pedagogia do fator de exposição é que em sua operacionalização faz-se uso de métodos e técnicas já desenvolvidos, oriundos de outras teorias educacionais ou não, os quais podem ser incorporados às caixas de ferramentas de cada Unidade de Produção Pedagógica”. (SANTOS, 2006, p. 149-151).

O CEPS, atualmente denominado COEPS (Coordenadoria de Educação Permanente na Saúde) na nova gestão, iniciada em janeiro de 2007, continua desenvolvendo a Política de Educação Permanente para os profissionais das diversas Redes de Atenção à Saúde de Aracaju, mediante um grupo multiprofissional, apoiados ainda por educadores de arte, que têm possibilitado o desenvolvimento de estratégias pedagógicas com a finalidade de ampliar a interação entre conhecimento, realidade e prática.

O Centro também ofereceu em 2004, uma Especialização em Saúde Coletiva, desenvolvida em convênio com a Universidade Federal de Sergipe, com 105 alunos matriculados. Além de Especialização Integrada em Saúde Coletiva – Modalidade Residência Multiprofissional, com 22 alunos residentes, envolvendo Assistentes Sociais, Enfermeiros, Médicos, Odontólogos e Psicólogos, funcionando desde março de 2005.

1.4.2. O curso técnico para agentes comunitários de saúde

As transformações ocorridas no mundo do trabalho requerem um profissional com competência em praticamente todas as áreas. O trabalhador da saúde, especialmente aquele inserido nas Equipes do PSF, deve possuir várias competências: ter habilidades para tomar decisões, ser comunicativo, ter liderança, ser capaz de trabalhar em equipe, gerenciar recursos materiais e humanos, avaliar a melhor conduta para a gestão do trabalho além de dominar os conhecimentos específicos de sua área de formação. O ACS, por sua vez, devido ao fato de residir na área em que atua profissionalmente, ainda deve ser capaz de conhecer as necessidades de sua comunidade e estimular a participação social.

O ACS foi inserido no SUS por meio do PACS em 1991, e posteriormente, devido à organização da categoria, foi inserido também no PSF em 1994.

A organização dos ACS propiciou a edição do Decreto Federal nº 3.189/99, que fixa as diretrizes para o exercício de suas atividades e, posteriormente, a elaboração de um projeto de Lei que culminou na publicação da Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002 que cria a profissão de ACS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 16).

Objetivando contribuir para a formação profissional e considerando que o trabalhador da saúde deve ser capaz de dar resolutividade às demandas advindas da população, o Ministério da Saúde, obedecendo às diretrizes do SUS e da Reforma Sanitária, implantou mediante Portaria nº 648/GM de 28/03/06 em seu anexo: Política Nacional da Atenção Básica em seu Capítulo I: Educação Permanente e no Capítulo II: Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família implantou a Política de Educação Permanente e dentro dela o Curso Técnico para ACS. Segundo o MS esse curso visa:

Preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades. Este profissional atua no SUS, no campo de interface intersetorial da assistência social, educação e meio ambiente, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.17-18).

No Município de Aracaju a Coordenadoria de Educação Permanente de Saúde – CEPS está autorizada pela Resolução/130/05/CEE, de 15 de junho de 2005 e Parecer nº 084/05/CEE, a oferecer o Curso Médio Técnico em Agente Comunitário de Saúde, em regime modular (Módulos I, II e III). O referido curso possui registro no Ministério da Educação (NIC 23.002623/2005-44) e teve início em 2006, tendo 846 ACS no seu primeiro módulo. Para que as atividades do curso não prejudicassem as atividades das equipes e os diversos cursos já iniciados pelos ACS como, por exemplo, cursinhos pré-vestibulares, o TACS foi oferecido à noite e nos finais de semana, tendo sido ofertado em trinta turmas. Sua grade curricular foi composta pelas seguintes disciplinas: Políticas Públicas, Processo Saúde-Doença, Territorialização, Indicadores Sociais e Epidemiológicos, Família, Processos Sociais e Comunicacionais, Formação Social e Política Brasileira, Produção de Textos e Planejamento e Avaliação em Saúde, e seguiram a orientação dos referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico, constituindo-se segundo o MS (2004), numa importante ferramenta de orientação na elaboração e no planejamento pedagógico da organização curricular dos cursos técnicos no Brasil. Instituídos pela Resolução nº 04/99, do

Conselho Nacional de Educação, estes referenciais seguem a nova concepção educacional prevista pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDBE) e abrangem várias áreas profissionais: Artes, Agropecuária, Comunicação, Construção Civil, Comércio, Design, Gestão, Geomática, Imagem Pessoal, Indústria, Informática, Lazer e Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Mineração, Química, Recursos Pesqueiros, Saúde, Telecomunicações, Transportes e Turismo e Hospitalidade.

Sendo o ACS um trabalhador do âmbito específico do SUS é inegável sua contribuição no processo de mudanças e práticas de saúde. Tendo ele um papel social dentro de sua comunidade, o MS sentiu a necessidade de investir em sua formação, feito em nível técnico e reafirma a intenção governamental de associar educação profissional à elevação da escolaridade. Nesse sentido, para aumentar a qualidade de resposta do setor saúde às demandas da população, o MS tem investido fortemente na política de educação profissional, articulando estratégias que envolvem o aumento da escolaridade, a profissionalização e a educação permanente dos trabalhadores do setor. No caso da formação do ACS, a análise da Portaria Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde (GM/MS nº 1.886/97, que estabelece suas atribuições e do Decreto Federal nº 3.189/99, que fixa para o exercício de suas atividades, possibilitou uma proposição qualitativa de suas ações, evidenciando os eixos estruturantes de sua prática profissional.

Objetivando preparar profissionais adequados quanto às políticas e estratégias desenvolvidas pelo SUS e pensando na sua formação, foi criado para o ACS o Perfil de Competências Profissionais. (MS, 2004, p. 12). Logo, o curso teve seu currículo formulado baseado no modelo de competências. Mas, o que é esse currículo? A quais interesses ele atende? O que ele deveria conter e não contém?

Para Ramos (2002), no contexto das transformações ocorridas no mundo do trabalho, estudos sociológicos e pedagógicos recuperam o debate sobre a qualificação, ao mesmo tempo em que se testemunha a emergência de noção de competência atendendo a pelo menos, dois propósitos: reordenar conceitualmente a compreensão da relação trabalho/educação, desviando o foco dos empregos, das ocupações e das tarefas para o trabalhador, em suas implicações subjetivas com o trabalho e institucionalizando novas formas de educar/formar os trabalhadores, gerindo internamente as organizações e o mercado de trabalho em geral, sob novos códigos profissionais. Nesse contexto de mudanças, a qualificação tem sido tensionada pela noção de competência, em razão do enfraquecimento de suas dimensões conceitual e social, em benefício da dimensão experimental.

A primeira, porque os saberes tácitos e sociais adquirem relevância diante dos saberes formais, cuja posse era normalmente atestada pelos diplomas e a segunda porque, em face da crise do emprego e da valorização de potencialidades individuais, as negociações coletivas antes realizadas por categorias de trabalhadores passam a se basear em normas e regras que, mesmo pactuadas coletivamente, aplicam-se individualmente. A dimensão que se sobressai nesse contexto é a experimental. A competência expressaria coerentemente essa dimensão, pois, sendo uma noção originária da psicologia, ela chamaria a atenção para os atributos subjetivos mobilizados no trabalho, sob a forma de capacidades cognitivas, socioafetivas e psicomotoras. (RAMOS, 2002, p.2).

Segundo nos informa Deluiz (2005):

A adoção do modelo de competências profissionais pelas gerências de recursos humanos no mundo empresarial está relacionada, portanto, ao uso, controle, formação e avaliação do desempenho da força de trabalho diante das novas exigências postas pelo padrão de acumulação capitalista flexível ou toyotista: competitividade, produtividade, agilidade, racionalização de custos. Este modelo tende a tornar-se hegemônico em um quadro de crise do trabalho assalariado e da organização prescrita do trabalho e do declínio das organizações profissionais e políticas dos trabalhadores. Para o capital, a gestão por competências implica em dispor de trabalhadores flexíveis para lidar com as mudanças no processo produtivo, enfrentar imprevistos (incidentes/eventos) e passíveis de serem transferidos de uma função a outra dentro da empresa requerendo-se, para tanto, a polivalência e a constante atualização de suas competências, o que lhes dá a medida correta de sua “empregabilidade”. No modelo de competências os conhecimentos e habilidades adquiridos no processo educacional, na escola ou na empresa, devem ter uma “utilidade prática e imediata” – tendo em vista os objetivos e missão da empresa – e a qualidade da qualificação passa a ser avaliada pelo “produto” final, ou seja, o trabalhador instrumentalizado para atender às necessidades do processo de racionalização do sistema produtivo. O “capital humano” das empresas precisa ser constantemente mobilizado e atualizado para garantir o diferencial ou a “vantagem competitiva” necessários à desenfreada concorrência na economia internacionalizada. (DELUIZ, 2005, p.2).

Essa reformulação do sistema de educação profissional, a implantação do modelo de competências e o redimensionamento da qualificação vêm sendo evidenciadas em vários países e têm um significado político: atender as exigências de organismos internacionais como: Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento e a Organização Internacional do Trabalho. Segundo Deluiz (2005), o modelo de competências surge na América Latina, no bojo das reformas educacionais, que por sua vez são parte do conjunto de reformas estruturais do aparelho do Estado.

Esses organismos, segundo Ramos (2002), historicamente sempre interferiram na educação brasileira e vinham apontando o ensino técnico como ineficiente, ineficaz e custoso em relação às suas finalidades.

Apontavam como razões dessa ineficiência: a educação secundária profissionalizante de qualidade que atraía os filhos de classes mais favorecidas, em detrimento dos filhos de classes trabalhadoras; alunos com esse perfil, em vez de se deterem no mercado de trabalho, acabavam se dirigindo às universidades, e a educação profissional não deveria ocupar-se com a formação geral do educando, responsabilidade exclusiva da educação básica. Desse modo, em 1997, após a aprovação da Lei nº 9.394/96, o Decreto nº 2.208/97 impôs um conjunto de reformas à educação profissional no país, sendo a principal delas, a separação estrutural entre o ensino médio e o técnico.

Modificada a estrutura do ensino técnico, avançou-se para o processo de reforma curricular, introduzindo-se a noção de competência como referência primordial. Um currículo baseado em competência parte da análise do processo de trabalho, da qual se constrói uma matriz referencial a ser transportada pedagogicamente para uma organização modular, adotando-se uma abordagem metodológica baseada em projetos ou resolução de problemas. Estudos guiados por esses princípios foram realizados pela Secretaria de Educação Média e Tecnológica (SEMTEC/MEC) e encaminhados à Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação, originando as Diretrizes e os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional (DCNs e RCNs). A lista de competências resultante desse trabalho equivale ao perfil profissional. Por se referirem à área, essas competências são abrangentes e definidas, portanto, como competências gerais. As habilitações profissionais são recortes específicos dessas áreas, a se constituírem como profissões associadas aos títulos definidos pelo diploma de técnico de nível médio. (RAMOS, 20002, p. 3).

Segundo Pereira e Ramos (2006):

Nos espaços gerados pelas contradições existentes numa sociedade capitalista, educadores, comprometidos com a profissionalização dos trabalhadores da saúde inseridos nos serviços, vislumbram brechas na Lei nº 5.692/71, através do ensino de suplência, para que se viabilizasse uma qualificação profissional por meio de centros formadores, as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), o que daria a esta qualificação uma característica de formação profissional.(PEREIRA e RAMOS, 2006, p.36).

Nesse sentido, foi então criada pelo MS (2007) a RET-SUS definida como uma Rede institucional, para facilitar a articulação técnica e política entre as Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e fortalecer a educação profissional de trabalhadores de nível médio em saúde. É uma estratégia de troca de informações e experiências, compartilhamento de saberes e mobilização de recursos entre as ETSUS. As Escolas que deram origem à Rede, são vinculadas à gestão do SUS – secretarias estaduais e municipais- em sua maioria, e uma é

federal. Ainda segundo o MS (2007), as Escolas Técnicas do SUS são instituições públicas voltadas para a formação dos trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde em cargos de nível auxiliar ou técnico. Diferentes de outras escolas técnicas, as ETSUS são, em sua maioria, vinculadas às secretarias estaduais ou municipais de saúde e só oferecem cursos dessa área. A coordenação geral da RET-SUS fica a cargo da Coordenação de Ações Técnicas do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde ((Deges/SGTES/MS).

Segundo Pereira e Ramos (2006) não podemos deixar de citar o Projeto de Formação em Larga Escala o qual foi criado na década de 1980, possibilitando estratégias que conduziram à viabilização de escolas e centros formadores do SUS, que surgiu devido à necessidade de promoção e melhoria da formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde, que era realizada, majoritariamente, pelas instituições de saúde.

O MS entende o Larga Escala como uma proposta que alia pontos positivos de formação profissionalizante realizada tanto pelos serviços de saúde, quanto pelas instituições educacionais. Trata-se de combinar em um único mecanismo três elementos: o ensino supletivo, que confere flexibilidade em termos de carga horária, tempo de formação, corpo docente e está dirigido a indivíduos (já admitidos ou em processo de seleção) que realmente optaram pelo engajamento nesse setor de mercado de trabalho e o treinamento em serviço que proporciona melhor ajustamento entre o tipo de qualificação e as necessidades operacionais das instituições de saúde bem como o caráter de habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional, o que enseja o estabelecimento de padrões mínimos para o processo de capacitação, facilita a promoção profissional e o acesso a outros níveis de formação.

É também na década de 1980, mais precisamente em 1985, criada a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), uma das unidades técnico-científicas da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), marco significativo em nível institucional voltada à educação profissional técnica de nível médio na área da saúde (PEREIRA e RAMOS, 2006, p. 40).

Foram também criadas as RETS – Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde que é uma articulação entre instituições e organizações envolvidas com a formação e qualificação de pessoal técnico da área na América Latina, Caribe, Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e Portugal. A idéia da RETS segundo o MS surgiu em 1996. A partir de duas reuniões promovidas pelo Programa de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no México e em Cuba, nas quais foram

discutidos processos de cooperação técnica e intercâmbio de informações e estudos que fortalecessem a área de formação técnica em saúde na região das Américas. No ano seguinte, a rede foi criada formalmente, como forma de potencializar as ações desenvolvidas entre os atores comprometidos com essa área de formação em 21 países do continente americano, tendo a Escola de Saúde Pública da Costa Rica como Secretaria Executiva.

Quanto à criação das ETSUS, os Estados e Municípios tiveram a liberdade para elaborar seus planos de curso, projetos pedagógicos e o currículo de formação. Na SMS/Aracaju foi utilizada, segundo Santos (2006), a Pedagogia do Fator de Exposição¹⁰.

Utilizada desde o início, sua importância deveu-se ao fato de destacá-la como um método de apropriação da realidade devido ao fato de que, em um primeiro momento, ter sido utilizada para a construção da arena, e, em um segundo, para guiar nosso olhar sobre uma realidade, na qual tínhamos de interagir e agir para disparar processos de mudanças nas práticas profissionais, a fim de produzir organização de serviços, constituição de redes, conformação de um sistema assentado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. A educação permanente foi nossa primeira estratégia metodológica para operar a transformação dos profissionais de saúde em sujeitos, a partir da interação com os vários objetos que o cotidiano apresenta, tais como as necessidades dos usuários, a organização dos serviços, o controle social, a gestão e outros. Na Pedagogia do Fator de Exposição os fatores de exposição são objetos, recortes da realidade vivenciada, modos de ver e de delimitar um determinado campo da organização da vida, com existência real, natureza própria e sempre em produção, para os quais podemos dispor de um conjunto de saberes e tecnologias que nos permitem compreender, significar e intervir. A aposta que se fez foi tomar o processo de implementação do SUS em Aracaju como espaço de produção social de fatores de exposição. (SANTOS, 2006, p. 144-145).

As Escolas Técnicas trabalham com um mínimo de quadro fixo (profissionais da saúde atuando como docente) e com ampla maioria de profissionais contratados, o que constitui, no nosso entendimento, um problema, pois se torna difícil, dessa forma, compreender os docentes como um projeto pedagógico. Esse fato traduz mais uma negociação para viabilizar as ETSUS. Ou seja, essa condição é dada pelas circunstâncias econômicas e políticas, para “baratear” o curso de escolas.

Nesta negociação, o vínculo precário dos profissionais que atuam na

¹⁰ A Pedagogia do Fator de Exposição teve como protagonistas criativos mais atuantes os membros da equipe técnica da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) do período de 1994 a 2001. Mas, a denominação e o batismo foram feitos por Heider Aurélio Pinto e Cláudia Meneses Santos, que também protagonizaram o Projeto Cinaem, mas só em 2004 nas formulações e sistematizações das versões de propostas de curso de especialização em saúde coletiva da SMS de Aracaju é que a denominação aparece e batiza a formulação teórica da Cinaem.

docência não é o melhor processo ensino-aprendizagem, pois o quadro fixo de professores possibilitaria uma melhor qualificação desses docentes. Na época, ter as escolas técnicas funcionando com um quadro fixo mínimo foi uma estratégia adotada diante da adversidade dos gestores. (PEREIRA e RAMOS, 2006, p. 53).

Os professores no município de Aracaju foram escolhidos na própria rede municipal de saúde por meio de: análise curricular e processo seletivo coordenado pela SMS. Concluído o primeiro módulo, nesse momento o COEPS encontra-se em fase de preparação para o segundo módulo, aguardando recursos do MS para dar continuidade ao processo, segundo informa a gestão.

O processo não foi uniforme em todo o Estado de Sergipe. Os gestores tiveram liberdade para definir a forma de contratação dos instrutores e o início do curso. Por essa razão, alguns municípios ainda não conseguiram concluir o primeiro módulo.

São requisitos de acesso ao curso:

- a) Etapa formativa I – formação inicial: acesso a todos os ACS inseridos no SUS, independentemente da escolarização;
- b) Etapa formativa II: concluintes da etapa formativa I, com certificado 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.

O TACS, segundo o MS (2004), está estruturado com uma carga horária mínima de 1.200 horas, conforme Resolução CNE/CEB Nº 04/99. Baseado no modelo de competências, foi definido e composto cada etapa do itinerário formativo do Técnico para Agente Comunitário de Saúde:

Saber-ser: atitudes/valores. É considerado transversal a todas as competências e se expressa pela capacidade de crítica, ética, reflexão e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas;

Saber-fazer: habilidades e conhecimentos. Espera-se que o ACS seja capaz de 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 e realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde.

O itinerário formativo é entendido, no Decreto nº 5.154/2004 no seu Art. 3º “como um conjunto de etapas que compõem a organização da educação profissional em uma área, possibilitando o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos” (Art. 3º, Parágrafo 1º).

CAPÍTULO II

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

2.1. O perfil do agente comunitário de saúde no programa saúde da família de Aracaju

O Município de Aracaju possui setecentos e sessenta e três agentes comunitários de saúde; quarenta e quatro agentes de combate às endemias e vinte e três supervisores de endemias totalizando oitocentos e trinta trabalhadores. (Associação Católica Bom Pastor).

Para traçar o perfil do ACS, foi utilizado um questionário semi-estruturado com questões abertas e fechadas aplicado aos setenta e seis agentes comunitários de saúde e aos três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde que foram organizados com base nos seguintes aspectos:

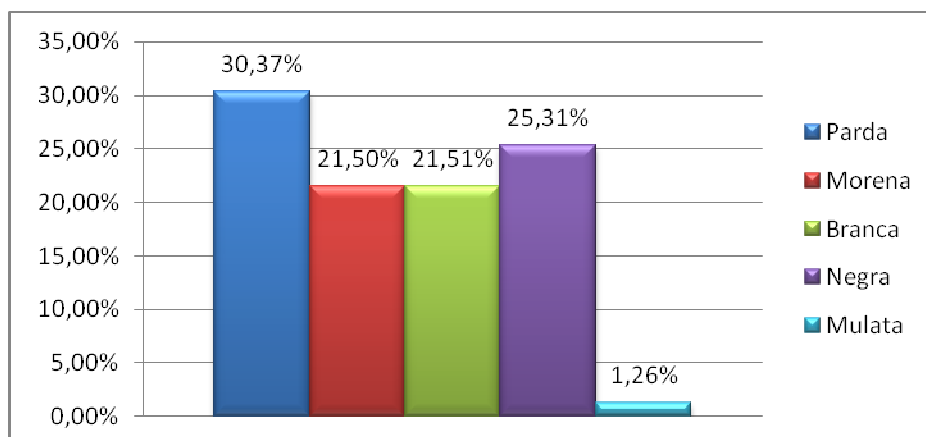
- I-Dados Pessoais
- II- Aspectos da Moradia
- III- Situação Trabalhista
- IV- Aspectos Profissionais
- V- Aspectos Educacionais

Dados Pessoais

Sexo dos agentes comunitários de saúde: participou da amostra da pesquisa por ter feito o I Módulo do curso TACS 76 ACS e 03 agentes de combate às endemias: sendo 65 ACS do sexo feminino e 14 do sexo masculino.

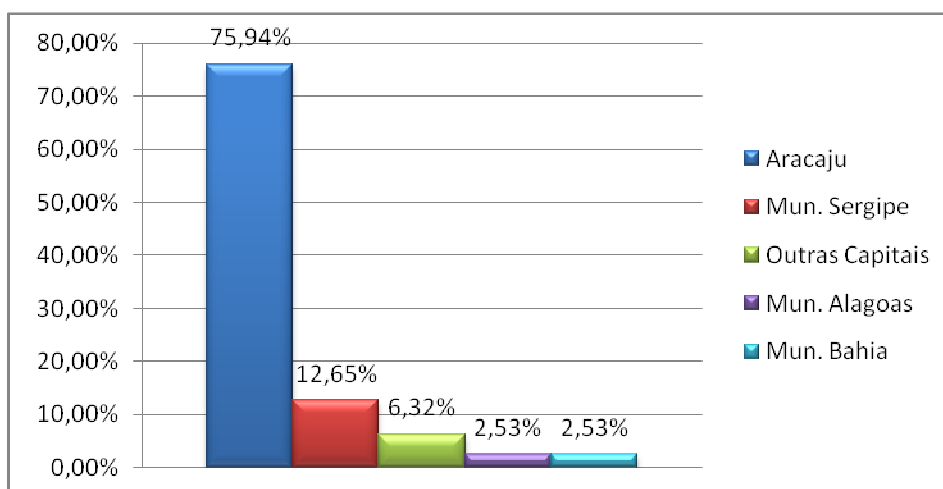
Trata-se de uma profissão majoritariamente feminina, condizente com as suas origens. Sabemos que os ACS ressurgiram no Ceará com a contratação de uma frente de trabalho de mulheres para ajudar a combater os problemas decorrentes da seca. Parece que essa tendência de feminilização da profissão de ACS perdura, inclusive nos grandes centros urbanos, onde a situação de desemprego é bastante alta. (SILVA, M.H. et al, 2006).

Gráfico 01: Cor dos agentes comunitários de saúde: perguntamos aos 76 ACS e aos 03 agentes de combate às endemias que participaram do I Módulo do TACS que cor possuía e eles assim se auto-classificaram: 24 informaram possuir a cor parda, 20 a cor negra, 17 a cor morena, 17 a cor branca e 01 a cor mulata.



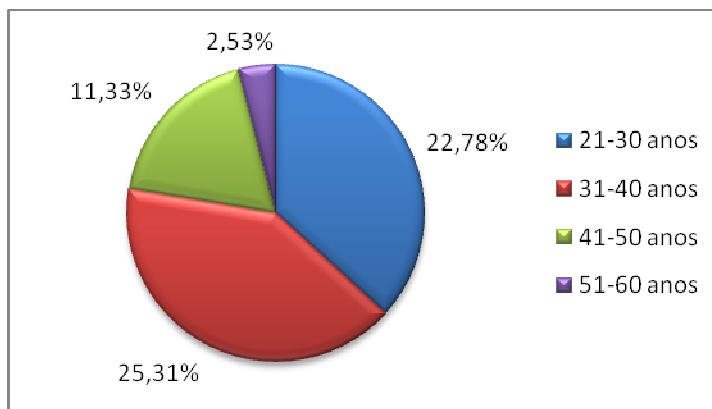
Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

Gráfico 02: Naturalidade dos agentes comunitários de saúde: foram classificados em cinco grupos: naturais de Aracaju, naturais de outras capitais, naturais do interior do Estado de Sergipe, naturais do interior da Bahia e naturais do interior de Alagoas. Nota-se que temos poucos ACS oriundos de outras capitais. A grande maioria nasceu em Aracaju ou no interior do Estado.



Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

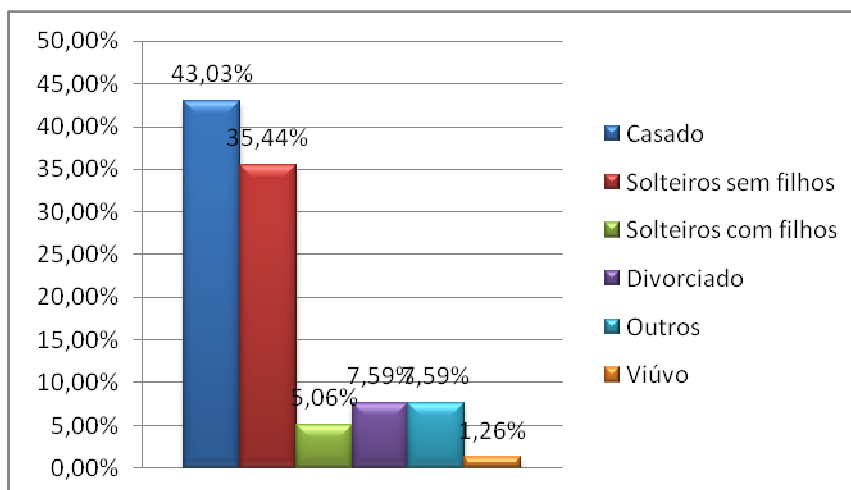
Gráfico 03: Idade dos agentes comunitários de saúde: classificou-se em quatro grupos conforme gráfico abaixo:



Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

Nota-se que a maior parte dos ACS encontra-se na faixa etária compreendida entre 31-40 anos, o que nos possibilita afirmar que ingressaram no PSF com idade mínima de 21 anos, considerando-se que o programa tem dez anos de implantado em nosso município.

Gráfico 04: Estado civil dos agentes comunitários de saúde



Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

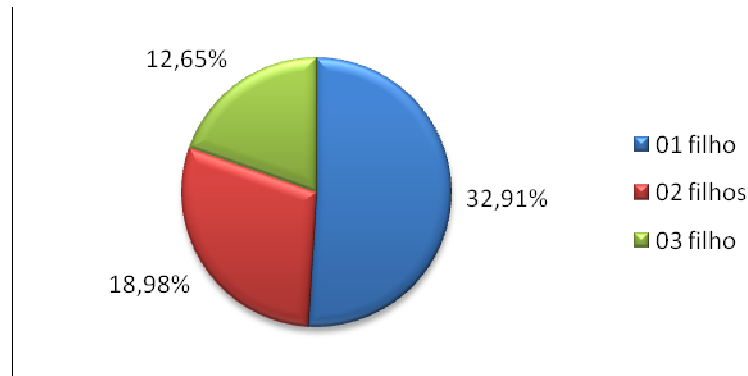
A classificação “outros” se refere aos casos em que o ACS convive maritalmente, porém não oficializou a união.

Gráfico 05: Distribuição dos agentes comunitários de saúde segundo a quantidade de filhos: 51 ACS possuem filhos na seguinte ordem:

Possui um filho: 26 ACS

Possui dois filhos: 15 ACS

Possui três ou mais filhos: 10 ACS



Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

Gráfico 06: Idade dos filhos dos agentes comunitários de saúde: dividiu-se em cinco grupos:

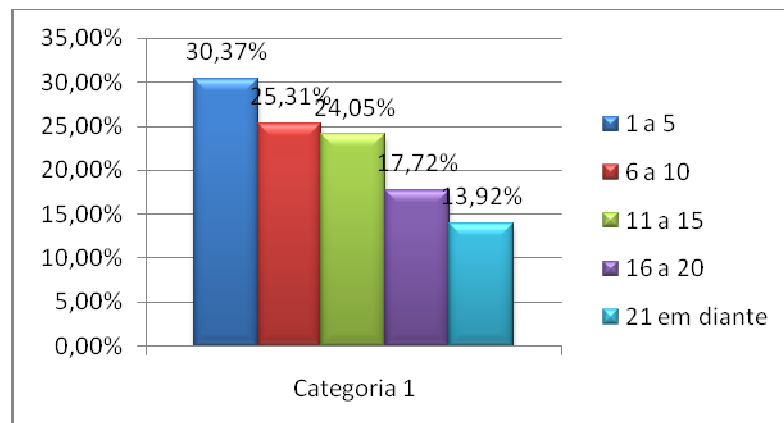
De 1 a 5 anos: 24

De 6 a 10: 20

De 11 a 15: 19

De 16 a 20: 14

De 21 em diante: 11



Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

Realizando uma análise geral do perfil do ACS chega-se à seguinte conclusão: é uma profissão composta majoritariamente pelo sexo feminino, em sua maioria se auto-classificam como: pardos, naturais do município de Aracaju, com idade prevalecendo entre 31 e 40 anos. São na maioria casados, em média com um filho que possui entre 01 e 05 anos de idade.

Aspectos da moradia

Gráfico 07: Bairro onde residem ao agentes comunitários de saúde:

Bairro Cidade Nova: 30 ACS

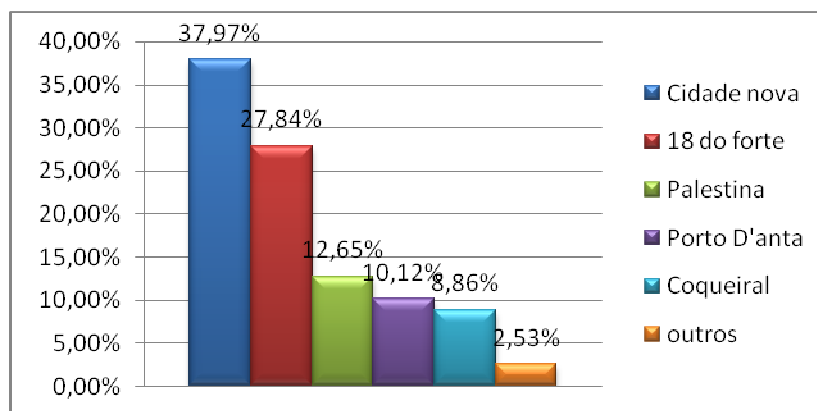
Bairro 18 do Forte: 22 ACS

Bairro Palestina: 10 ACS

Bairro Porto D'Anta: 08 ACS

Loteamento Coqueiral: 07 ACS

Outros bairros: 02 ACS



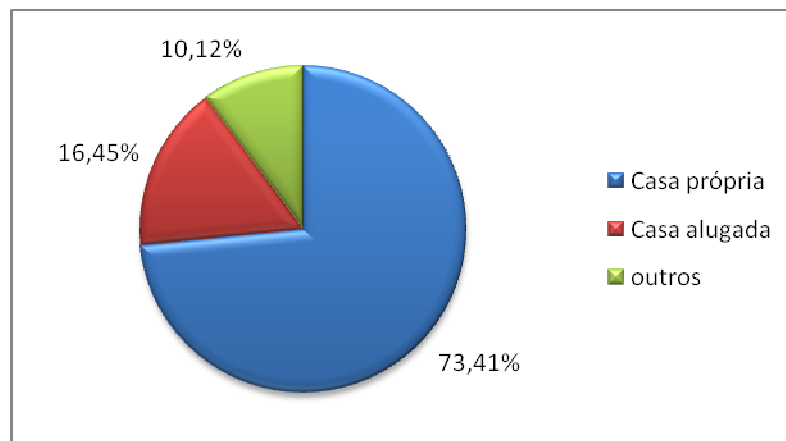
Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

O ACS reside na comunidade (NOGUEIRA, 2000, p.02);

“Ser ACS é, antes de tudo, alguém que se identifica em todos os sentidos com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem, costumes”. (ACS de Recife-PE, MS, 2000, p.35).

73 ACS residem em casa e somente 06 residem em apartamentos sendo que 58 possuem casa própria, 13 pagam aluguel e 08 residem em casa de pais ou familiares.

Gráfico 08: Situação de moradia dos agentes comunitários de saúde: 58 residem em imóvel próprio, 13 residem em imóvel alugado e 08 em imóvel de familiares.



Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

A maioria dos ACS reside no bairro Cidade Nova, em casa própria.

“O emprego nos possibilitou a compra de um terreno ou casinha que aos pouquinhos estamos melhorando e ampliando”. (ACS 33).

Dado o perfil de renda da população brasileira em geral, ganhar um ou um pouco mais de um salário mínimo é uma condição econômica que os distingue de seus vizinhos. (NOGUEIRA et al, 2000, p. 15).

Gráfico 09: Situação trabalhista

RENDA: no universo de 76 ACS, 74 afirmaram ter renda de um salário mínimo e somente 02 afirmaram ter renda de dois salários mínimos. Acima de dois salários não houve respostas. Perguntados se exerciam alguma atividade para complementar a renda familiar: 61 ACS informaram não exercer atividades para complementar a renda familiar contra 15 que afirmaram positivamente. Nota-se que apesar de exercer alguma atividade para complementar a renda, os ACS continuaram dizendo que possuem um salário mínimo de renda. Não consideram, portanto, os rendimentos com a atividade extra uma renda familiar, uma vez que não é fixa.

- **ATIVIDADES MAIS CITADAS EM ORDEM DECRESCENTE:**

1ª- Trabalha como revendedora de produtos AVON, ROMANEL e NATURA;

2ª- Trabalha à noite como auxiliar de enfermagem em hospitais ou cuidando de idosos;

- 3ª- Trabalha como manicura e pedicura na própria residência nos finais-de-semana;
- 4ª- Tem um bar ou mercearia na própria residência;
- 5ª- Trabalha como garçom e churrasqueiro em festas;
- 6ª- Faz reforço escolar em casa quando retornam da Unidade de Saúde;
- 7ª- Cuidam de crianças de vizinhos;
- 8ª- Trabalham como faxineiras nos finais de semana.

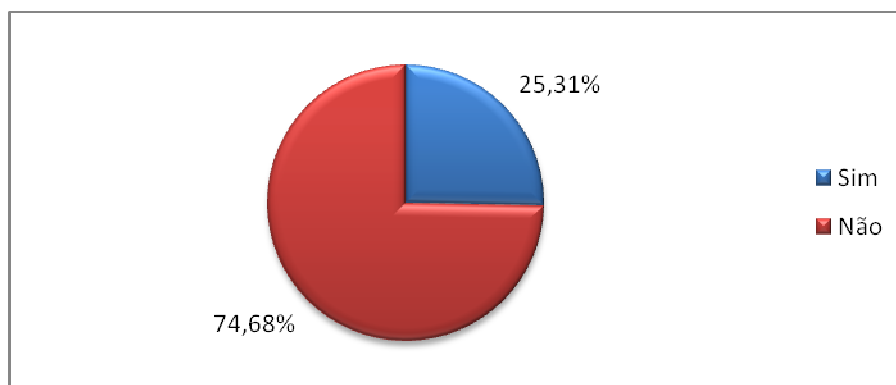
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: todos são vinculados à Associação Católica Bom Pastor (Organização não-governamental), sendo que todos são sindicalizados. Apesar de ter havido concurso público em janeiro de 2004, esses trabalhadores continuaram terceirizados:

Em janeiro de 2004 realizamos concurso público para preenchimento de 78 áreas de atuação profissional ou profissões, tendo sido contratados até o momento mais de 1.200 servidores aprovados. O concurso realizado pela SMS possibilitou a substituição de todos os terceirizados, com exceção dos ACS, e a ampliação das redes assistenciais com a contratação dos excedentes. (SANTOS, 2006, p.143).

No município de Aracaju mediante a Prefeitura Municipal/SMS, foi iniciado no mês de agosto de 2008, um processo de efetivação do ACS que se tornarão servidores públicos municipais, passando a ser regidos pelo estatuto do servidor público e pela Lei Complementar nº 078 de 01 de abril de 2008.

HORAS DE TRABALHO SEMANAL: todos trabalham 40 horas semanais.

Gráfico 10: Aspectos profissionais: Desgaste com a profissão

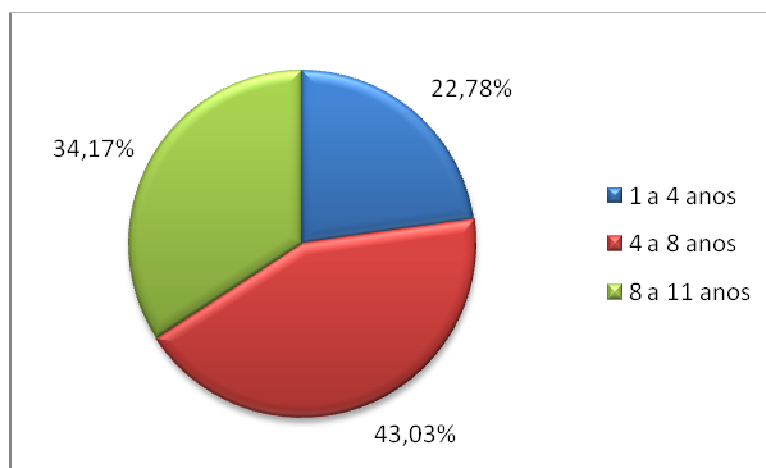


Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

- 1º- Depressão
- 2º- Hérnia de disco
- 3º- Dores musculares
- 4º- Problemas de pele
- 5º- Hipertensão Arterial
- 6º-Stress
- 7º-Sinusite
- 8º- Amputação da primeira falange distal da mão esquerda devido a um acidente de trabalho
- 9º- Pneumonia
- 10º-Osteófito do calcâneo (esporão).

Até a data da pesquisa (setembro/2008), 11 ACS encontravam-se desenvolvendo outra atividade, ou seja, em desvio de função, devido a problemas de saúde ou necessidade de pessoal em outros setores da UBS. Esse número equivale a 13,92 %.

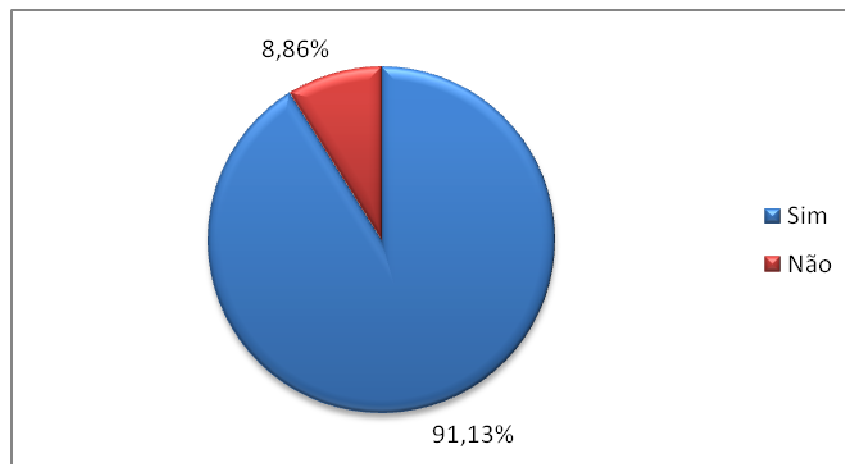
Gráfico 11: Tempo na profissão: dividiu-se em três grupos conforme gráfico abaixo:



Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

Observa-se que a maior parte dos ACS tem entre oito e onze anos de trabalho e o PSF fora implantado em nosso município no ano de 1998, completando em 2009, onze anos de implantação.

Gráfico 12: Participou de processo seletivo para admissão no PSF



Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

Em 2004, houve a incorporação de alguns agentes de endemias que eram terceirizados e vinculados a FABAJU¹¹, que passaram a desenvolver as atividades de ACS, tendo como vínculo a Associação Católica Bom Pastor. Com essa incorporação os ACS foram assim classificados¹²:

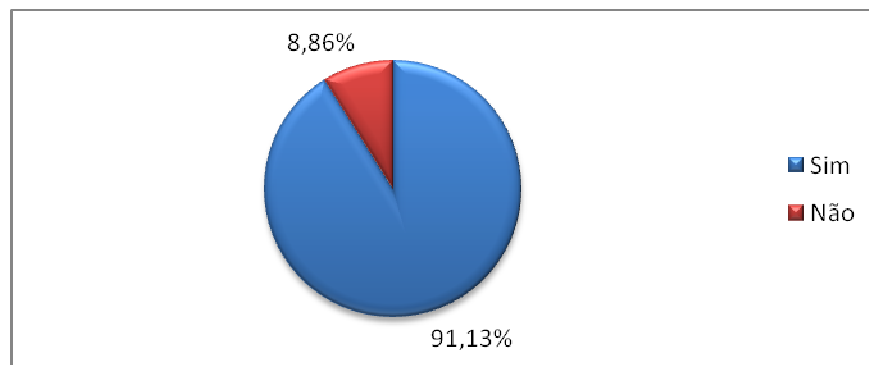
- a) ACS I – contratado como agente comunitário de saúde;
- b) ACS II – contratado como agente de endemias
- c) Agentes de Endemias
- d) Supervisor de Endemias

Aqueles que foram inicialmente contratados como agente de endemias, participaram de processo seletivo para essa função e não para compor as equipes de saúde da família. Por conseguinte, também não participaram do curso introdutório para inserção no PSF.

¹¹ Federação das Associações de Bairros de Aracaju.

¹² Essa classificação foi adotada pela Associação Bom Pastor.

Gráfico 13: participou de curso introdutório ao PSF

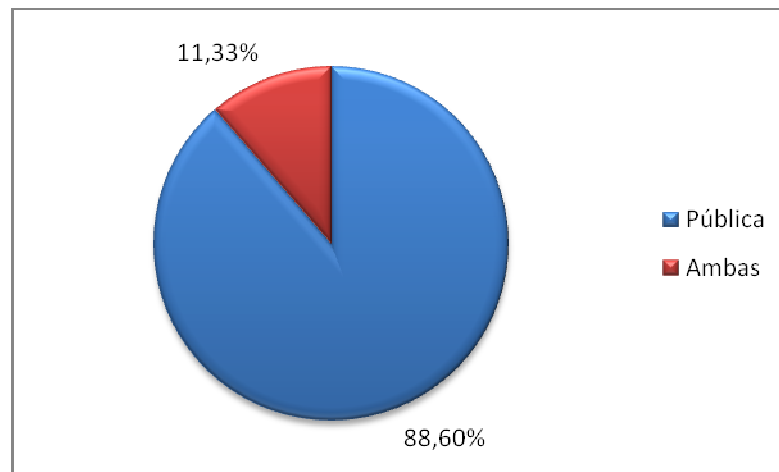


Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

“Muitos entraram depois através de algum “pistolão” (padrinho político) e não tiveram nenhuma capacitação e a gente vê que esses que caíram de pára-quedas no emprego não fazem bem seu trabalho”. (ACS 42).

Aspectos educacionais

Gráfico 14: Tipo de escola que estudou



Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

“A gente é pobre e vive na periferia, nossos pais ganham um salário mínimo e nossas mães ficavam cuidando da casa, por isso a gente não tinha como estudar em escola boa”. (ACS 05).

ESCOLARIDADE : nesta pesquisa utilizei a nomenclatura formação profissional, uma vez que se levou em consideração a escolaridade inicial do agente comunitário de saúde, ao ingressar na profissão.

Tabela 12: Escolaridade

FORMAÇÃO INICIAL AO INGRESSAR NO CURSO TACS	CURSO	TOTAL
	FUNDAMENTAL	19
	MÉDIO COMPLETO	60

Tabela 13: Formação atual do agente comunitário de saúde

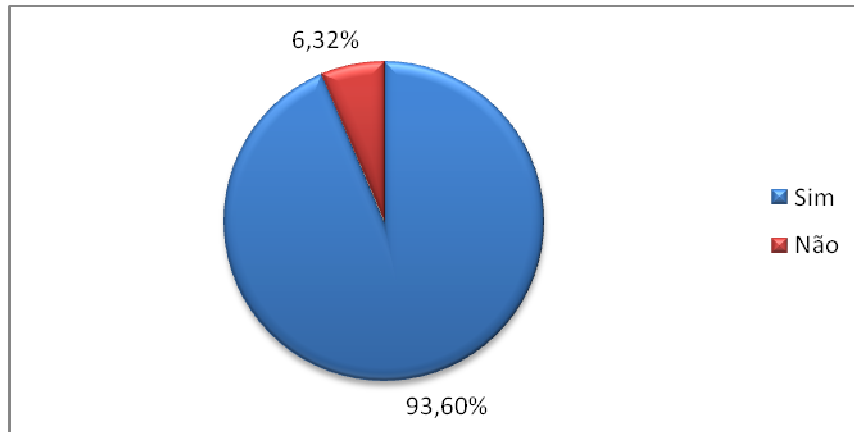
FORMAÇÃO ATUAL	CURSO	TOTAL
	FUNDAMENTAL	04
	MÉDIO INCOMPLETO	04
	MÉDIO COMPLETO	66
	SUPERIOR INCOMPLETO	04
	SUPERIOR COMPLETO	01

Ao final da pesquisa, junho/2009, todos os ACS possuíam o ensino médio completo.

**Tabela 14: CURSOS COMPLEMENTARES REALIZADOS PELOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

CURSOS COMPLEMENTARES	TOTAL
AUXILIAR DE ENFERMAGEM INCOMPLETO	-
AUXILIAR DE ENFERMAGEM COMPLETO	10
TÉCNICO EM ENFERMAGEM INCOMPLETO	03
TÉCNICO EM ENFERMAGEM COMPLETO	02
OUTROS	01

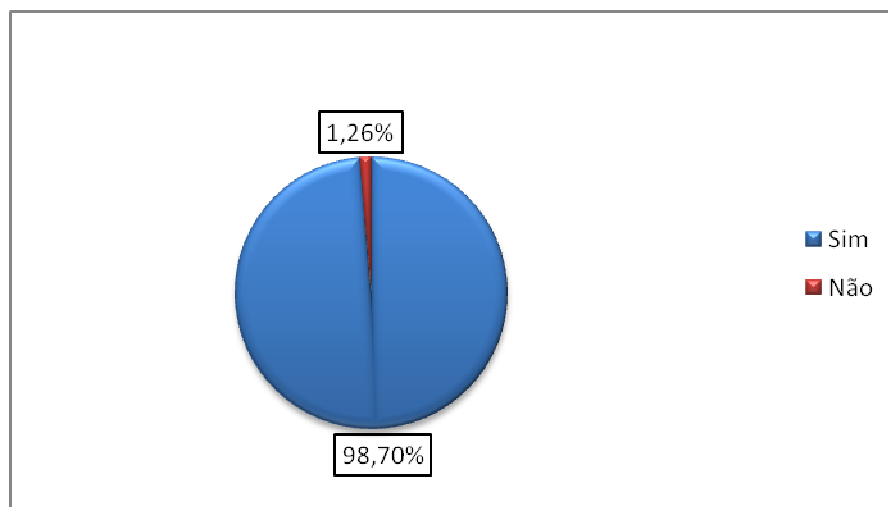
Gráfico 15: Participação no I Módulo do curso técnico para Agentes Comunitários de Saúde



Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

“Todo mundo foi participar do curso obrigado, pois disseram que aquele que não participasse perderia o emprego. Só Deus sabe como a gente sofreu: trabalhar o dia todo, cuidar de marido e filho e ainda fazer esse curso de noite ou nos finais de semana, pois tinha pessoas que estudavam supletivo, cursinho para vestibular, técnico em enfermagem e outros. Recebíamos uma ajuda de custo para transporte no valor de R\$ 31,00 (trinta e um reais), mas, muitos não tinham dinheiro para lanche e passavam a noite com fome”. (ACS 51).

Gráfico 16: Aprovação no I módulo do curso técnico para Agentes Comunitários de Saúde



Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

“A avaliação é parte do processo pedagógico e, portanto, orientada por uma lógica educativa. Nesta lógica, a avaliação das competências profissionais do técnico agente comunitário de saúde tem função formativa, cujo princípio essencial é o de auxiliar no aprender. A função formativa da avaliação deverá caracterizar-se pela busca do aprimoramento dos agentes comunitários de saúde, à medida que propiciar oportunidade de auto avaliação, ou seja, de identificar lacunas e fragilidades em sua formação, fatores que interferem em seu desempenho e alternativas para recuperação e aprimoramento profissional, fornecendo subsídios às instituições formadoras para análise e reorientação de suas concepções e estratégias educacionais, dos currículos, materiais didáticos, métodos e técnicas de ensino e da própria avaliação”. (MS, 2004, p. 38).

Todos os ACS já participaram de capacitações promovidas pelo CEPS.

2.2. O trabalho do agente comunitário de saúde

O ofício de agente comunitário de saúde não é novo. Embora a bibliografia disponibilizada no mercado indique que esse sujeito surgiu com o PAS - Programa de Agentes de Saúde do Estado do Ceará ou com o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Governo Federal.

Silva (2001) lembra que não podemos esquecer as “Visitadoras Sanitárias” da FSESP - Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública.

“As visitadoras sanitárias atuavam sob a supervisão direta e orientação do enfermeiro. Elas tinham, quando fora da unidade, a responsabilidade pela cobertura da população residente em uma determinada área do município. O treinamento para o trabalho, com duração de seis meses, realizado logo após a admissão, pelo enfermeiro, mediante programa validado pela instituição, desenvolvia as habilidades necessárias para as funções: atendimento a gestantes e crianças, visitas domiciliares a puérperas e recém-nascidos, acompanhamento de nascidos vivos e de óbitos de menores de um ano e o monitoramento de pacientes portadores de doenças prevalentes. (SILVA, 2001, p.24-26).

Ainda segundo Silva (2001) esse resgate baseia-se no entendimento de que essa instituição teve uma grande importância na concepção de diretrizes que, hoje, orientam as práticas de trabalho nos programas PACS e PSF, especialmente o trabalho do ACS.

Para o Ministério da Saúde, o agente comunitário de saúde é um profissional integrante do SUS. Este funciona como elo entre a equipe e a comunidade: um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde,

realizado por toda a equipe. É também um elo cultural que potencializa o trabalho educativo na medida em que faz a ponte entre dois universos culturais distintos: o do saber científico e do saber popular (MS, 2000).

O ACS desenvolve nas Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família atividades de programação e de supervisão de suas atividades. Todavia, o seu trabalho cotidiano é junto aos domicílios de sua área de abrangência. Para Bornstein e Stotz (2009), o procedimento principal de trabalho do ACS é a visita domiciliar.

Para ser ACS, é preciso preencher os seguintes critérios: ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, residir na comunidade há pelo menos dois anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades que são divididas em individuais e coletivas. Não se exige do candidato conhecimentos prévios na área de saúde. Após a aprovação no processo de seleção, que é organizado pelas Prefeituras Municipais, Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde, ele receberá um treinamento específico necessário à prática profissional. O processo seletivo consta de uma prova escrita e uma entrevista, e é levada em consideração a experiência e a participação do candidato em ações comunitárias.

A contratação do ACS é diferenciada dos demais membros da equipe. O MS (1997) recomenda que sejam contratados por entidade não lucrativa de interesse público, que efetuará Contrato de Gestão e/ou Termo de Parceria com o Município. Acredita-se que este seja o vínculo institucional mais apropriado para preservar o papel do ACS, embora dependa da disponibilidade local de entidades que tenham experiência na área social. O contrato do ACS deve ter por base a Lei 9.790, que prevê todos os direitos trabalhistas, sob regime de Previdência Geral.

São atribuições do ACS segundo o MS (1997) e NOGUEIRA (2000):

- Cadastrar todas as famílias em sua micro-área de atuação, atualizando permanentemente esse cadastro;
- Realizar mapeamento de sua área;
- Levantar informações sobre condições locais de saúde e saneamento;
- Participar da elaboração do respectivo diagnóstico feito em parceria com a equipe do programa;
- Identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- Orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando e até agendando consultas e exames, quando necessário;

- Realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade, mantendo a vigilância sobre as condições de saúde das famílias, com especial atenção para gestantes e crianças;
- Desenvolver ações de vigilância à saúde e educação, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Efetuar ações intersetoriais que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e a defesa solidária dos direitos de cidadania.

Além dessas atribuições podemos citar: orientação sobre os cuidados com a saúde bucal, divulgação de campanhas de prevenção em geral, participação em reuniões e coordenação de diferentes grupos (gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, adolescentes, educação popular e outros), estimulando a comunidade a discutir e definir prioridades visando à promoção da saúde. Participar ainda, de reuniões com os conselhos locais de saúde, orçamento participativo, conferências de saúde e congresso da cidade. Logo, é um sujeito que tem uma participação política considerável dentro de seu espaço público (sua comunidade), espaço esse resultante de processos sociais e históricos concretos onde acontece a prática política. Por ser sujeito, possui subjetividades e nesse sentido, uns entram nesses espaços e conseguem torná-los espaços de lutas e negociações, valendo-se delas como instrumento. Outros, no entanto, posicionam-se à margem do processo. Valendo-se de teóricos como: Sócrates, Marx, Freud, Vygotsky e outro, Campos (2000) afirma que não há sujeitos totalmente alienados politicamente. O que há são sujeitos com diferentes graus ou coeficientes de desalienação ou de análise possível. (CAMPOS, 2000, p.107-108).

Para Nogueira (2000), esta lista de atribuições típicas mencionadas serve para dar uma idéia do que ele denomina “perfil ocupacional do ACS”.

O conceito de perfil ocupacional ou profissional é de fácil entendimento e comumente formalizado por normas institucionais e legais. No entanto, as atividades típicas nele compreendidas estão sujeitas a variação, ajustando-se a necessidades ditadas pela divisão organizacional do trabalho ou ampliando-se, ao longo do tempo, devido a novas atribuições que passam a ser exigidas de cada categoria (NOGUEIRA, 2000, p.5).

Segundo Silva (2001), ao se falar em profissão, pensa-se no saber para a prática como categoria privilegiada e na participação de vários sujeitos na conformação do todo, ou seja, na divisão e na complementaridade. A profissão Agente Comunitário de Saúde foi regulamentada recentemente mediante a Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002, o que nos

permite afirmar que a identidade ocupacional ou profissional dessa categoria encontra-se em construção. Porém, sendo o sujeito um ser biológico com subjetividades, mediado por relações políticas, econômicas, culturais e sociais, sua produção é um processo contínuo, dentro de uma esfera pública ou institucional, Logo, não há identidade estável (Campos, 2000). Por outro lado, segundo Silva (2001), vale lembrar que:

“A identidade profissional não se constrói no abstrato, mas em contextos concretos, a partir de negociações entre o Estado, a Sociedade e suas representações legitimadas e nas sociedades atuais, a existência de uma determinada organização profissional interfere muito na forma pela qual as equipes se organizam e dividem o seu trabalho. Assim, essa discussão do que é profissão é uma parte muito importante e vai estar sempre presente na análise da organização do trabalho do ACS, não apenas pelo lado da fiscalização profissional, mas numa perspectiva da prática profissional, ou seja, das ações orientadas por determinado saber”. (SILVA, 2001, p.79).

Diante das considerações apresentadas e sendo a profissão de Agente Comunitário de Saúde uma profissão nova¹³, conclui-se que a identidade do ACS é uma identidade em construção. Esse estudo analisa o trabalho e a formação desse trabalhador inserido no Programa Saúde da Família, utilizando a representação social como caminho teórico.

A teoria das representações sociais procura dar conta de fenômenos em que o homem manifesta sua capacidade criativa para apoderar-se do mundo pelos conceitos, afirmações e explicações sociais, a respeito de um determinado objeto social, visando torná-lo familiar e garantir a comunicação no interior do grupo, bem como facilitar a interação com outras pessoas e grupos. (SILVA, 2004, p.37).

Segundo Silva (2001), se os ACS estão num contexto onde têm um saber técnico bem definido, se estão em um contexto onde há regras em relação ao que eles podem e não podem fazer: regras de atuação, isso conforma sua identidade. O conceito de identidade remete assim, à noção de uma construção que os atores envolvidos fazem de sua própria ação; nesse sentido, legitimam essa construção na sociedade, com base em um processo de regulação, um processo de exteriorização das normas de atuação. Utilizando a teoria da representação social a qual segundo Silva (2004) procura dar conta de fenômenos em que o homem manifesta sua capacidade criativa, para apoderar-se do mundo pelos conceitos, afirmações e explicações sociais, a respeito de um determinado objeto social, visando torná-lo familiar e garantir a comunicação no interior do grupo, bem como facilitar a interação com outras pessoas e grupos. Analisa-se como os ACS e os Agentes de Combate às Endemias apreendem o seu

¹³ A profissão foi regulamentada através da Lei Federal nº 10.507 de 10 de julho de 2002.

ambiente, o seu trabalho, que significados o trabalho e o processo de educação permanente têm para os mesmos, que singularidades existem no seu trabalho e como a identidade destes está sendo construída ao longo dos anos.

Segundo Moscovici (1976) apud Silva (2004), o conceito vem sendo usado, sobretudo no campo da saúde e diz que:

“Representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo; é reconstituí-lo, retocá-lo, modificar-lhe o texto. A comunicação se estabelece entre o conceito e percepção, um penetrando no outro, transformando a substância concreta comum, cria a impressão de realismo, de materialidade das abstrações, visto que podemos agir com elas, porquanto elas exprimem a ordem precisa. E são essas constelações intelectuais que terão começo e fim, que sua existência no exterior ostenta a marca de uma passagem pelo interior do psiquismo individual e social” (Moscovici (1976:56-57) apud Silva (2004, p. 38).

Ainda para Moscovici (1976) apud Silva (2004):

Tanto a atitude como a opinião são uma resposta do indivíduo a um objeto externo e, ao mesmo tempo, funciona como “preparação para a ação”, ao passo que a imagem envolve uma ou mais organizações mais complexas e coerentes de julgamentos e avaliações, sendo possuidoras de componentes intelectuais, afetivos e comportamentais. No entanto, não existe nas representações sociais rupturas entre o universo externo e o interno ao indivíduo ou grupo. Assim, necessariamente, sujeito e objeto não são distintos. (Moscovici, 1976) apud Silva (2004, p.39).

2.3. As atribuições do Agente Comunitário de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju

A Lei Complementar nº 078 de 01/04/2008 descreve as atribuições detalhadas do ACS (Código do cargo – C.B.O. 5-72. 90) no município de Aracaju:

- I- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive àqueles relativos ao trabalho, e dá atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III- Realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV- Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas, e da garantia de

atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V- Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI- Realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII- Participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX- Promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII- Participar das atividades de Educação Permanente;

XIII- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

XIV- Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro-área;

XV- Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

XVI- Cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados;

XVII- Orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

XVIII- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

XIX- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob a responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

XX- Cumprir com as atribuições atualmente definidas para o ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue;

Na prevenção e controle da malária:

- a) Realizar ações de educação em saúde e de mobilização social;
- b) Orientar o uso de medidas de proteção individual e coletiva;
- c) Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;
- d) Identificar sintomas da malária e encaminhar o paciente à Unidade de Saúde para diagnóstico e tratamento;

- e) Promover o acompanhamento dos pacientes em tratamento, ressaltando a importância de sua conclusão;
- f) Investigar a existência de casos na comunidade, com base nos sintomas;
- g) Preencher e encaminhar à SMS a ficha de notificação dos casos ocorridos;

Na prevenção e no controle da dengue:

- a) Atuar junto aos domicílios informando os seus moradores sobre a doença- seus sintomas e riscos- e o agente transmissor;
- b) Informar o morador sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue na casa ou redondezas;
- c) Vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de larvas ou mosquito transmissor da dengue;
- d) Orientar e mostrar à população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco, para a formação de criadouros do *Aedes aegypti*;
- e) Promover reuniões com a comunidade para mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue;
- f) Comunicar ao instrutor supervisor Pacs/PSF a existência de criadouros de larvas e ou mosquitos transmissores da dengue, que dependam de tratamento químico, da interveniência da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público;
- g) Encaminhar os casos suspeitos de dengue à Unidade Básica de Saúde, de acordo com as orientações da SMS;
- h) Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

A mesma Lei descreve as atribuições detalhadas do Agente de Combate as Endemias (Código – C.B.O. 5-72. 90):

- a) Realizar o combate e prevenção de endemias mediante a notificação de focos endêmicos;
- b) Vistoriar e detectar os locais suspeitos, buscando a eliminação dos referidos focos, tratar os depósitos de riscos quando necessário;
- c) Executar tarefas de orientação e prevenção de endemias e epidemias;
- d) Promover a redução da morbi-mortalidade das doenças endêmicas, através de ações de campanhas educativas de prevenção de doenças, visando à preservação da saúde da comunidade;

- e) Realizar visitas frequentes à população, orientando-a na prevenção e manipulação das endemias;
- f) Ensinar a população dos cuidados relativos a endemias e preparação para cura, após a orientação médica;
- g) Desenvolver trabalhos educativos com indivíduos e grupos;
- h) Realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Segundo Silva e Dalmaso (2002):

“Os agentes comunitários vêm se constituindo como um segmento efetivo do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência. Segmento efetivo da produção dos serviços, que se apresentam não apenas como suportes para gerarem determinadas ações em saúde, mas também peças efetivas, e talvez, personagens-chave, na organização da assistência. Repousa sobre seus ombros uma tarefa gigantesca: se do Programa Saúde da Família (PSF) - em que se inserem tais personagens como assistência em saúde- espera-se que reorientem o sistema de saúde, do agente comunitário parece esperar-se o próprio PSF como acontecimento da saúde”. (SILVA e DALMASO, 2002, p. 10).

2.4. Características citadas pelo agente comunitário de saúde para um bom desempenho profissional

Tabela 15

ACS	CARACTERÍSTICA
ACS 1	Ser educado
ACS 2	Ser ético. Saber ouvir e não passar adiante
ACS 3	Ser comunicativo, pois tem que dar palestra, reunir grupos, conversar com todo mundo
ACS 4	Ter um pouco de conhecimento de outras áreas. Por exemplo, ler um pouco sobre as leis que a gente mais utiliza como o Estatuto da Criança e a LOAS. A assistente social sempre faz capacitação com a gente.
ACS 5	Ser paciente. Muitas vezes o usuário está com problema e descarrega na gente.
ACS 6	Tem que gostar do que faz
ACS 7	Gostar do próximo
ACS 8	Ser humilde
ACS 9	Ter coragem

ACS 10	Ser solidário
ACS 11	Ter saúde física e mental, pois lida muito com os problemas alheios e isso mexe muito com o emocional
ACS 12	Gostar de gente, pois trabalha com a comunidade
ACS 13	Ter responsabilidade
ACS 14	Ter clareza de que é preciso renovar sempre os conhecimentos

2.5. Significado do trabalho para o ACS

Tabela 16:

POSITIVIDADE DO TRABALHO	NEGATIVIDADE DO TRABALHO
O ACS tem uma visão ampliada de saúde	Desrespeito e desvalorização por parte da gestão: menor salário, não dá fardamento há muito tempo: só dá camisa de campanha que qualquer um pode ter, pede tudo “para ontem”, é “burro de carga” nas UBS: faz de tudo um pouco. É até menino de recado.
Tem vínculo com a comunidade	Desrespeito por parte de alguns usuários
É útil a sua comunidade	Pouca resolutividade das equipes
A profissão permite o conhecimento de outras áreas	População com necessidades que o ACS não pode suprir
O ACS tem capacitação continuada	“É o testa de ferro” nas UBS: avisa quando o médico ou a enfermeira não vai atender
O ACS tem valor e reconhecimento de sua comunidade	Término das reuniões do Colegiado Gestor
O fato de estar empregada e ter o salário em dia são fatores muito importantes e agora nós vamos ser efetivados	Atualmente não tem atribuição definida: faz o trabalho de ACS e de agente de endemias, combatendo a Dengue e outras funções que não são dele, como organizar agenda de médico e enfermeiro

Trabalhar perto de casa, pois não gastamos dinheiro com transporte	Não tem segurança para desenvolver o trabalho: é obrigado a entrar em todas as áreas (que tenha traficantes ou não)
Trabalhar em equipe	Tratamento diferenciado por parte da gestão
Possibilidade de troca de saberes	Nº de equipes insuficiente para atender a população
Ser o elo entre a comunidade e os serviços de saúde	O PSF está descaracterizado: os profissionais médicos só trabalham um turno e não está havendo trabalho com grupos e palestras
Faz muitos amigos e conhece sempre novas pessoas	O desgaste físico é muito grande
	A comunidade não separa o ACS da pessoa e bate na nossa porta, qualquer hora até nos finais de semana Incorporação do trabalho da dengue Grande número de atribuições

Fonte: Questionário aplicado a setenta e seis agentes comunitários de saúde e a três agentes de combate às endemias pertencentes a VI região de saúde.

São muitas as cobranças institucionais e o ACS encontra-se cada vez mais confuso, atarefado e aflito. O ACS sente-se encurralado entre a instituição que o monitora mediante dados que devem ser alimentados no SIAB e a comunidade que lhe cobra soluções para demandas, que muitas vezes eles não têm como dar resolutividade. Diante de tantas cobranças vale a pena perguntarmos: a Estratégia de Saúde da Família contém elementos que permitam ao ACS o cumprimento de tantas atribuições? E por outro lado o que este ACS espera do PSF e da instituição à qual está vinculado?

CAPÍTULO III

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E O CURSO TÉCNICO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA ÓTICA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Esse capítulo objetiva a análise dos resultados levantados mediante fontes documentais, questionário e entrevistas realizadas com os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias visando à investigação concernente à política de educação permanente e concomitantemente a contribuição do curso técnico para agentes comunitários de saúde na formação profissional dos mesmos.

Foram entrevistados vinte e sete agentes comunitários de saúde e três agentes de combate às endemias, totalizando trinta entrevistados. Tivemos a preocupação de entrevistar ACS e Agentes de Combate às Endemias pertencentes a todas as Unidades Básicas de Saúde da VI região de saúde, com tempo de profissão diversa, idades diferentes, de ambos os sexos, casados e solteiros que participaram ou não do curso introdutório após inserção no PSF. Todos já possuíam o ensino médio completo e tinham concluído o I Módulo do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde.

3.1. Aspectos relacionados ao trabalho:

3.1.2. O trabalho na ótica do ACS e do Agente de Combate às Endemias

3.1.3. Qual a rotina de trabalho do ACS?

“Nós, ACS, temos a seguinte rotina de atividades: nosso horário de trabalho na UBS é de 7 às 12:00 h. no período da manhã e das 14 às 17 h. no período da tarde de segunda às sextas-feiras. Chegamos na UBS às 7 h. e permanecemos até às 8:30 h. ,aguardando a demanda ou tarefas solicitadas pelo enfermeiro(a) da equipe e, realizando atividades diversas como: cadastramento de novos usuários recém-chegados à área, exclusão de usuários que mudaram da área, recebimento de informações trazidas pela SMS, alimentação do SIAB, agendamento junto à equipe de visita a acamados e puérperas, pesagem das crianças com até sete anos de idade para acompanhamento do cartão da criança e do Programa Bolsa Família, atendimento a demandas espontâneas. Porém esse cronograma não é engessado; ele é flexível. Às vezes ocorre um problema ou uma demanda na UBS que os demais profissionais da equipe necessitam de nossa presença e temos que permanecer até que o caso tenha resolatividade. Também os profissionais das diversas UBS têm modo diferente de encaminhar o processo de trabalho; inclusive numa mesma UBS os profissionais têm liberdade de elaborar seus cronogramas de atividades de acordo com a demanda apresentada pelos usuário”. (ACS 1).

“O processo de trabalho do ACS e do Agente de Combate às Endemias é definido pelas ESF’S desde que cumpram as determinações preconizadas pelo programa. Existem ainda as ações educativas realizadas na área de abrangência, envolvendo os profissionais das diversas áreas e capacitações desencadeadas pela SMS”. (Informação recebida de Anaide Prado -Coordenadora da VI região de saúde).

As ações programáticas em saúde são realizadas no período vespertino. No quadro abaixo exemplificamos como as ações são desenvolvidas pelos ACS de três equipes dentro de uma mesma UBS. As equipes são nomeadas por cores.

Tabela 17: Cronograma de atividades: Equipe verde

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES SEMANAL: EQUIPE VERDE					
TURNO	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA
Manhã	VISITA DOMICILIAR	VISITA DOMICILIAR	VISITA DOMICILIAR	VISITA DOMICILIAR	VISITA DOMICILIAR
Tarde	VISITA DOMICILIAR	VISITA COM MEMBROS DA EQUIPE	VISITA DOMICILIAR	REUNIÃO DE EQUIPE	VISITA DOMICILIAR

Tabela 18: Cronograma de atividades: Equipe azul

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES SEMANAL: EQUIPE AZUL					
TURNO	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA
Manhã	VISITA DOMICILIAR	VISITA DOMICILIAR	VISITA DOMICILIAR	VISITA DOMICILIAR	VISITA DOMICILIAR
Tarde	VISITA DOMICILIAR	VISITA COM MEMBROS DA EQUIPE	VISITA DOMICILIAR	REUNIÃO DE EQUIPE	VISITA DOMICILIAR

Tabela 19: Cronograma de atividades: Equipe cinza

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES SEMANAL: EQUIPE CINZA					
TURNO	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA
Manhã	VISITA DOMICILIAR	VISITA DOMICILIAR	VISITA DOMICILIAR	VISITA DOMICILIAR	VISITA DOMICILIAR
Tarde	VISITA DOMICILIAR	VISITA COM MEMBROS DA EQUIPE	VISITA DOMICILIAR	REUNIÃO DE EQUIPE	VISITA DOMICILIAR

Importante salientar que os seguintes profissionais: médico (a), enfermeiro (a), odontólogo (a), assistente social e auxiliar de enfermagem têm direito a um turno de estudo, o qual é organizado entre as equipes de saúde, de modo que as Unidades tenham sempre esses profissionais para que os usuários não fiquem sem atendimento. Por exemplo: se o médico da equipe está em turno de estudo, o enfermeiro (a) ou o (a) auxiliar de enfermagem da equipe está na UBS para que as atividades do programa e usuários não sejam prejudicados. O assistente social, por pertencer a todas as equipes, uma vez que ainda não compõe, de acordo com o MS, o quadro de profissionais do programa, escolhe o dia para seu turno de estudo que de um modo geral ocorre sempre às sextas-feiras no período vespertino, dia em que a demanda é menor nas UBS. O ACS e o agente de combate às endemias não goza desse privilégio, ou seja, não tem um turno destinado a estudo.

No dia dez de cada mês, é feito o consolidado das ações desenvolvidas no mês pelo ACS sob a supervisão do enfermeiro (a), para alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB.

3.1.4. Qual a rotina de trabalho do Agente de Combate às Endemias?

“Nosso horário de trabalho é das 7 às 12 h. e das 14 às 17 h. Toda área é dividida em quarteirões. Quando chegamos à UBS às 07 h., instrumentalizamos os ACS e em seguida os distribuímos na área. As ações desenvolvidas obedecem a um planejamento elaborado no dia anterior com as equipes. Porém, esse planejamento pode ser modificado a depender da necessidade da área, uma vez que priorizamos visitar as áreas que oferecem maior risco à comunidade”. (Agente de Combate às Endemias 1).

3.1.5. Que conhecimentos e competências formais são valorizados para o trabalho no PSF?

“Em minha opinião o ACS precisa antes de qualquer coisa conhecer noções básicas de saúde pública já que ele vai desenvolver suas funções nessa área, embora esta não seja uma exigência quando vão nos contratar. Pedem somente que a gente tenha o ensino fundamental, saiba ler e escrever, tenha 18 anos e more na área onde vai trabalhar. Mas, como se admite um ACS que vai trabalhar no sentido de melhorar a saúde de sua comunidade se ele sequer conhece o conceito de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde, bem como os princípios que regem o SUS? Depois ele precisa conhecer os serviços que são disponibilizados pela UBS e por sua equipe para a comunidade para que possa repassar corretamente as informações solicitadas; ele deve estar seguro do seu papel, saber ouvir as queixas da comunidade, traduzi-las e dar resolutividade. Porém, não temos a solução para tudo: muitas vezes a questão é de ordem social: emprego, moradia, fome, etc.” (ACS 2).

“O ACS deve ter conhecimento sobre saúde pública e conhecer sua micro-área”. (ACS 3).

“O ACS precisa ser ético. Ele vai entrar na casa das pessoas, ouvir seus desabafos, seus problemas, suas intimidades e não pode de forma alguma divulgar o que ouve. Também deve ter conhecimento básico sobre suas funções e de sua equipe”. (ACS 4).

“Eu não sei bem o que são competências formais. O que sei é que o ACS tem um grande número de tarefas a fazer no dia e é impossível dar conta de tudo que a SMS exige. Além do que já somos obrigados a cumprir, como por exemplo: realizar de dez a doze visitas diariamente, às vezes o coordenador da região telefona para a gerente da UBS pedindo que a gente faça uma tarefa urgente. Geralmente, é quando o MS quer cumprir alguma meta e aí todos saem como doidos para cumprir a tarefa. Não têm um mínimo de respeito com o ACS”. (ACS 5).

“O ACS deve ter um pouco de conhecimento sobre a área da saúde, pois ele vai se deparar com situações que vai ter que dar uma solução e se ele nunca viu nada sobre saúde vai ficar difícil. Eu vejo, por exemplo, grande diferença entre meus colegas de trabalho: aqueles que têm algum conhecimento na área da saúde e participaram do curso introdutório desempenham muito melhor o trabalho. No meu tempo todos tiveram que se submeter a uma seleção contendo prova escrita e entrevista. De uns cinco anos para cá houve uma mudança na gestão, a meu ver para pior e vários agentes comunitários de saúde “entraram pela janela”. Também alguns profissionais de nível superior que foram aprovados no concurso não gostam de saúde pública e fizeram o concurso apenas para ter garantia de emprego público e pelo salário, mas trabalham sem amor ao que fazem e por isso o PSF está morrendo cada dia um pouco”. (ACS 10).

“Ele deve ter o ensino médio, pois tem que escrever nos prontuários dos usuários, fazer relatórios para os demais profissionais da equipe, interpretar textos nas capacitações, preencher formulários para o MS e como ele vai ser capaz de fazer tudo isso se ele tem apenas o ensino fundamental? E o pior: tem aqueles que entraram no programa graças à indicação política e não tinham sequer terminado o ensino fundamental. Aí fica totalmente perdido, igual a cego em um tiroteio”. (ACS 15).

“No caso do agente de combate às endemias ele deve ter conhecimento da área onde vai trabalhar, ter conhecimento sobre as diversas endemias (dengue, calazar, leishmaniose) e ter liderança uma vez que vai comandar pessoas”. (Agente de combate às endemias 2).

“Não sei o que é exatamente competência formal nem se competência formal é a mesma coisa que atribuição. O que sei é que o ACS deve ter conhecimento básico sobre saúde, saúde pública, SUS e que os critérios para ingressar no PSF já deveriam ter sido modificados. Deveria ser exigido do candidato, por exemplo, um curso prévio na área de saúde”. (ACS 22).

“Não há uma definição de competências formais por parte do MS para o ACS. O MS entende que o ACS é uma pequena parte do processo e este não é valorizado. A categoria deveria realizar várias assembleias tanto a nível municipal, estadual como federal no sentido de exigir um corpo de saberes do ACS. Já há no meio acadêmico várias pesquisas: monografias, dissertações e teses que reafirmam essa necessidade. Creio que nossas próximas lutas devem ter também essa pauta de reivindicações”. (ACS 23).

“Ele deve ter o conhecimento técnico exigido pela profissão”. (ACS 25).

O desenho originário dos objetivos – geral e específicos – do PACS e do PSF, com a inserção dos Agentes Comunitários de Saúde foram configurados para o enfrentamento e a superação dos seguintes problemas críticos do SUS:

- Precário entendimento das diretrizes e princípios que regem o SUS;
- Ênfase no modelo em práticas curativas e hospitalares;
- Ausência de vínculo entre os serviços e a população;
- Indefinição de área geográfica de atuação das unidades locais de saúde;
- Difícil acesso da população aos serviços de saúde e conseqüente “déficit” de cobertura;
- Inexistência de dados fidedignos a respeito do perfil epidemiológico, com potencial real de influenciar decisões no processo de planejamento local;
- Falta de informações à população, especialmente no cuidar de sua própria saúde;
- Deficiência da assistência domiciliar prestada por “curiosos”;
- Inexistência, desestruturação ou desarticulação dos Conselhos Municipais de Saúde;
- Ausência de profissionais de nível superior, principalmente o enfermeiro, que dedicasse oito horas de trabalho aos indivíduos/famílias/comunidades adscritas às Unidades Básicas de Saúde.

Analisando os depoimentos dos ACS entrevistados, nota-se que há uma dificuldade em definir as competências formais para sua profissão. Aliás, falar em competências formais para cada profissão é sempre muito difícil, uma vez que o mundo *está mudando*; falar de competências profissionais privilegia-se *aquelas que emergem atualmente* como diz Perrenoud (2000, p. 12).

Um referencial de competências continua sendo, em geral, um documento bastante árido, com frequência logo esquecido e que, após sua redação, já se presta a todo tipo de interpretações. Eles existem porque as instituições de formação inicial e contínua precisam de referenciais para orientar seus programas. (PERRENOUD, 2000, p. 12).

Ainda conforme o autor é igualmente importante uma análise mais criteriosa do funcionamento das competências designadas, sobretudo para que se faça o inventário dos conhecimentos teóricos e metodológicos os quais elas mobilizam.

Um trabalho aprofundado sobre as competências consiste:

Primeiramente, em relacionar cada uma delas a um conjunto delimitado de problemas e de tarefas;

Em seguida, em arrolar os recursos *cognitivos* (saberes, técnicas, *savoir-faire*, atitudes, competências mais específicas) mobilizados pela competência em questão.

Ropé e Tanguy alertam:

Há uma reviravolta metodológica: se as competências apontadas dependem do modo de vê-las, pode-se afirmar que são relativas. É necessário, desde já, considerar a competência como “uma construção social” e levar em conta os processos locais no decorrer dos quais os atores valorizam suas competências. (ROPÉ e TANGUY, 1997, p. 139).

3.1.6. Qual o sentido do trabalho para o ACS?

“O ACS trabalha com vidas, logo tem grande responsabilidade. Ele também leva alegria para as pessoas uma vez que resolve alguns problemas de saúde de sua comunidade. Como o ACS visita pelo menos as famílias de sua micro-área uma vez por mês, ele acaba ganhando confiança e respeito das pessoas. Sinto-me gratificada com a profissão, apesar de não sermos valorizados pela gestão”. (ACS 6).

“Meu trabalho gera as condições para a minha sobrevivência, por essa razão o valorizo bastante”. (ACS 8).

“Meu trabalho faz tanto sentido e é tão importante na minha vida que quando não consigo desenvolvê-lo de forma satisfatória devido a fatores que não dependem de mim, não consigo dormir bem à noite”. (ACS 11).

“Faz grande sentido e tem muita importância na minha vida, mas não é reconhecido pela gestão”. (ACS 13).

“Para mim tem um sentido positivo, pois ajuda a população. O sentido negativo é a falta de reconhecimento por parte da gestão”. (ACS 14).

“Já foi bem mais prazeroso. Gosto de lidar com gente. Porém nem todos os profissionais pensam como eu e de cinco anos para cá o desempenho de todos caiu bastante. Há uma insatisfação geral. Por outro lado, as universidades não preparam o aluno para trabalhar com comunidades e muito pior com comunidades carentes. Alguns não sabem o que fazer diante de uma demanda de problemas tão diversificado trazidos pela comunidade”. (ACS 15).

“Para mim faz todo sentido estar empregado na área da saúde”. (ACS 20).

“O maior sentido do meu trabalho é a satisfação que ele me traz quando consigo salvar vidas”. (ACS 21).

“Trabalho no sentido de fazer com que meu usuário se veja como um cidadão que têm direitos”. (ACS 23).

“Meu trabalho me traz realização. Sou comprometido com o que faço, apesar do ACS não ter reconhecimento e não ser valorizado por parte da gestão”. (ACS 24).

“Cuidar da saúde do outro. Essa é a minha responsabilidade”. (ACS 25).

“É um trabalho ímpar pelo poder de mobilização que temos dentro de nossa comunidade. Porém, muitos não sabem e não usam esse poder”. (ACS 27).

3.1.7. O que o seu trabalho produz?

“Meu trabalho produz bem-estar aos nossos usuários”. (ACS 1).

“Acho que meu trabalho produz qualidade de vida uma vez que levo saúde até meu usuário”. (ACS2).

“Meu trabalho produz o cuidado em saúde”. (ACS3).

“Meu trabalho produz alegria, saúde, dignidade, cidadania, educação em saúde”. (ACS 4).

“Meu trabalho produz melhoria na saúde das pessoas de minha comunidade”. (ACS 10).

“Penso que meu trabalho produz principalmente o controle da saúde dos grupos de risco: diabéticos e hipertensos”. (ACS 24).

“Meu trabalho produz o bem-estar da comunidade, uma vez que trabalho com a prevenção de doenças. Mas, a junção através do projeto de integração do trabalho de ACS com o trabalho do agente de combate às endemias prejudicou as duas categorias. O ACS descobriu que não era obrigado a fazer as duas atribuições e passou a não fazer o trabalho de prevenção da dengue e aí os casos aumentaram”. (ACS 13).

“Produz satisfação pessoal, sinto-me melhor como ser humano. Sou valorizada pela minha comunidade. Às vezes fico triste porque gostaria que as equipes dessem resolutividade aos problemas que trago. Por outro lado, tenho consciência que falta, na maioria das situações, o apoio da gestão”.(ACS 17).

“Produz satisfação. O pouco que fazemos é muito para eles”. (ACS 19).

“Para mim a principal atribuição do ACS é a visita domiciliar e ela é muito importante na medida em que permite o planejamento de minhas ações”. (ACS 27).

3.1.8. Qual sua opinião sobre as mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho?

“Percebo que o mundo do trabalho está mudando e em minha opinião para pior, pelo menos para nós, os ACS. Temos que viver sempre em capacitação, mas, somente de assuntos que interessa a eles; tudo nos é pedido para ontem e nosso salário só diminui. Ou seja, aumentam as tarefas e os deveres e diminuem os direitos e nossos salários”. (ACS 5).

“Vejo que temos que estar sempre estudando, nos capacitando, aprendendo coisas novas, senão ficamos para trás. No nosso caso, a SMS sempre oferece capacitação e estamos nos atualizando sobre as novidades na área da saúde”. (ACS 7).

“Quando eu passei na seleção para ACS não tinha tanta tarefa como temos hoje. Por exemplo: hoje temos que saber informática para usar o TAS, utilizar corretamente o SIAB, fazer e consultar o cartão SUS dos usuários no computador, e tivemos que estudar informática com nossos recursos financeiros, pois a SMS não ofertou esse curso”. (ACS 9).

“Hoje em dia se você quiser arranjar um emprego tem no mínimo que saber informática, ter um bom português, saber fazer redação, ter boa aparência. Eu agradeço todos os dias pelo meu emprego, apesar de não ser dos melhores. Mas, é dele que sobrevivo e agora com a efetivação sei que só perco o emprego por abandono ou roubo e isso eu nunca vou fazer”. (ACS 11).

O SIAB foi estruturado de forma a se adequar ao modelo de atenção à saúde adotada pelo município. No modelo de atenção que privilegia o PSF, todos os instrumentos do SIAB são utilizados. No modelo de atenção que adota o PACS, os instrumentos mais utilizados são: as fichas de acompanhamento de gestantes e de crianças, de registro de atividades, procedimentos e notificações e os relatórios de cadastramento de famílias/ano e de produção e marcadores para avaliação. O sistema tem permitido visualizar modificações nas condições de saúde da população assistida pelo PACS/PSF, como por exemplo:

- Universalização do uso do Cartão da Criança;

- Introdução do uso do Cartão Sombra, que tem evitado a interrupção do acompanhamento, em caso de perda ou danos ao Cartão da Criança e às informações nele contidas;
- Redução de internação hospitalar para crianças menores de 5 anos;
- Proporção de gestantes com pré-natal em dia;
- Proporção de crianças menores de 1 ano, pesadas mensalmente;
- Proporção de crianças pesadas ao nascer;
- Coeficiente de mortalidade infantil.

Na época da globalização, alteram-se quantitativa e qualitativamente as formas de sociabilidade e os jogos das forças sociais, no âmbito de uma configuração histórico-social da vida, trabalho e cultura na qual as sociedades civis nacionais se revelam províncias da sociedade mundial em formação. Nessa época, as tecnologias eletrônicas, informáticas e cibernéticas impregnam crescente e generalizadamente todas as esferas da sociedade nacional e mundial; e de modo particularmente acentuado as estruturas de poder, as tecnoestruturas, os *think-tanks*, os *lobbies*, as organizações multilaterais e as corporações transnacionais, sem esquecer as corporações da mídia. Esse pode ser o clima em que se forma, impõe e sobrepõe O príncipe eletrônico, sem o qual seria difícil compreender a teoria e a prática da política na época da globalização. (IANNI, 2000, p. 143).

3.1.9. Como o agente comunitário de saúde avalia as mudanças no processo de trabalho em equipes multidisciplinares?

“Antigamente no PSF nós sentíamos realmente que trabalhávamos em equipe. Havia reuniões de equipe, tinha grupos formados de hipertensos, diabéticos e gestantes, comemorávamos todas as datas festivas com a comunidade, era muito bom. Hoje, cada um desenvolve suas tarefas isoladamente, não existem mais trabalhos em grupo, acabaram-se as palestras, as festas, os profissionais não se interessam por mais nada. Estão todos num momento de revolta com a gestão e alegam que é devido à defasagem salarial. Porém, acredito que isso seja desculpa, pois há muito tempo o PSF vem morrendo um pouco. Não existe mais trabalho em equipes multidisciplinares e nós ACS viramos garotos de recado: as reuniões de equipe acontecem e os profissionais só boletam os exames no TAS, remarcam as consultas, agendam as visitas e nós, servindo de office-boy vamos nas casas dos usuários e entregamos”. (ACS 16).

“Trabalho multidisciplinar não existe mais. O PSF morreu e esqueceu-se de enterrar. É tudo “um faz de conta”: os profissionais cumprem o mínimo de tarefas e não querem saber de nada. Cumprem as metas e a carga horária exigida (quando cumprem) e não aceitam participar de nenhuma atividade extra, tampouco querem aprender mais nada. Claro que existem as exceções. Mas, uma andorinha só não faz verão, não é verdade?”. (ACS 18).

“Ah, sinto tanta saudade do tempo da enfª Ângela quando ainda era PACS. Naquele tempo sim a gente trabalhava em equipe, era valorizado pela gestão, trabalhávamos com prazer, alegria e satisfação. Dava gosto. Você via a equipe trabalhar em harmonia, o trabalho era gratificante, a comunidade participava de tudo. Hoje, principalmente depois do concurso público, muitos profissionais que foram aprovados não têm o perfil exigido para trabalhar em comunidades carentes. Não sabem sequer fazer uma abordagem durante uma visita domiciliar. Nós, os ACS antigos, muitas vezes temos que ensinar tudo e eles ganham mais de dez vezes o nosso salário, que, por sinal, cada dia diminui um pouco mais”. (ACS 20).

“O PSF é um programa constituído por várias profissões, logo é multidisciplinar. Mas, eu só sentia que o trabalho era multidisciplinar e que realmente éramos uma equipe no tempo do PACS e no início do PSF. Hoje, cada equipe trabalha individualmente e isso não é trabalho multidisciplinar”. (ACS 23).

3.2. Aspectos relacionados à profissão

Você sabia que com a promulgação da Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002 a função de ACS tornou-se profissão?

“Sim, pois acompanho as discussões dos Sindicatos. Mas, só isso não é suficiente. Temos muitas lutas ainda pela frente. A próxima bandeira de luta deve ser a questão salarial”. (ACS 2).

“Sabia, pois sou filiada ao Sindicato. Aliás, existem dois Sindicatos e isso tem prejudicado a categoria”. (ACS 10).

Já existia o SINTASA – Sindicato dos Trabalhadores da Área de Saúde do Estado de Sergipe e foi criado o SACEMA – Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Combate às Endemias de Aracaju (filiados à CUT - Central Única dos Trabalhadores).

Todos os ACS e Agentes de Combate às Endemias estão sindicalizados segundo informação dos entrevistados. Por isso, conheciam a Lei e estavam acompanhando as discussões nos Sindicatos e negociações com a gestão municipal.

3.2.1. A legalização da profissão alterou alguma coisa no seu trabalho?

“Até agora não houve nenhuma mudança. A gestão nos enxerga da mesma forma. Só somos valorizados quando precisam de nós para atingir metas”. (ACS 5).

“A Lei só tornou a função uma profissão. Mas, no trabalho não alterou em nada. Aliás, houve uma mudança ruim: redução do nosso salário”. (ACS 11).

“No primeiro momento trouxe satisfação, pois passamos a ser funcionários públicos municipais. Mas, depois o salário foi reduzido bastante, veio a insatisfação e hoje todos trabalham descontentes”. (ACS 15).

“Não. Só trouxe prejuízo. Tempos atrás eu achava a profissão maravilhosa. Hoje não. Venho trabalhar sem estímulo, como se fosse um robô; só para cumprir uma obrigação”. (ACS 20).

“Mudou. Antes era contratada e podia perder todos os anos trabalhados e com a efetivação ganhamos estabilidade, vamos ter aposentadoria e todas as garantias trabalhistas. Só foi ruim porque todos foram efetivados no mesmo nível: quem tinha dez anos de trabalho ficou no mesmo nível de quem tinha somente dois anos, por exemplo. Não levaram em consideração o tempo de trabalho de cada um: deveriam ter feito uma seleção criteriosa entre os ACS antes da efetivação”. (ACS 22).

“Mudou para melhor: antes nós pertencíamos a uma empresa terceirizada e agora somos efetivados e fazemos parte do quadro funcional da SMS”. (ACS 23).

A relação de trabalho do ACS pode ser de emprego formal, regulada por dispositivos legais tais como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e o regime jurídico dos servidores públicos estatutários do município. (NOGUEIRA et al, 2000, p.16).

Também pode ser de autonomia formal, como é o caso dos membros de uma cooperativa, cujo trabalho está regulamentado por lei específica; ou pode ser de emprego informal ou “prestação de serviço”, caso em que recebe apenas o valor nominal de seu salário, desacompanhado das obrigações sociais previstas em lei. (NOGUEIRA et al, 2000, p. 16).

TABELA 20: FORMAS DE VINCULAÇÃO INSTITUCIONAL DO ACS

Relação de Trabalho	Relação Institucional com SM	Direitos Trabalhistas
CLT de Prazo Indeterminado	Direta	Garantidos
CLT de Prazo Indeterminado	Indireta via Associação	Garantidos
CLT de Prazo Indeterminado	Indireta via Empresa	Garantidos
Estatutário	Direta	Garantidos
Cargo Comissionado	Direta	Garantidos
Contrato Excepcional por Tempo Determinado	Direta	Garantidos
Autonomia	Indireta via Cooperativa	Dependentes de Acordos
Prestação de Serviços	Direta	Não-Garantidos

Fonte: Nogueira et al, 2000, p. 17.

3.2.2. Que expectativas você tem para com a profissão?

“Reconhecimento por parte da gestão e da equipe, melhores condições de trabalho”. (ACS 1).

“Que nossas competências sejam delimitadas. Hoje, a gente faz tudo dentro da UBS: ajuda na recepção, organiza os arquivos, organiza grupos, marca exames de usuários no TAS, faz e pesquisa o

cartão SUS, ministra palestra, serve de *office-girl* e ainda tem que fazer o trabalho da dengue”. (ACS 3).

“Que o PSF volte a funcionar como na época do PACS: tínhamos um trabalho em equipe, condições boas de trabalho, fardamento, material de trabalho e valorização por parte da equipe, da comunidade e principalmente da gestão”. (ACS 7).

“Que as equipes voltem a trabalhar realmente em equipe e que voltem a ter compromisso e empenho”. (ACS 9).

“Gostaria que a gestão fizesse um projeto para ajudar o ACS que quisesse cursar uma faculdade e que as equipes voltassem a dar resolutividade aos casos que trazemos da comunidade”. (ACS 10).

“Que a teoria que aprendemos nas diversas capacitações possa ser posta em prática”. (ACS 16).

Num universo de trinta entrevistados, vinte e oito ACS queixaram-se de que não são valorizados e reconhecidos pela gestão e todos reclamaram do baixo salário e da redução salarial vinda com o processo de efetivação. O salário foi reduzido de R\$ 465,00 (quatrocentos e sessenta e cinco reais) para R\$ 379,00 (trezentos e setenta e nove reais).

“A população pensa que o ACS está ganhando milhões e nossa situação salarial só piorou com o processo de efetivação. Lutamos tanto pela efetivação e tivemos uma grande decepção. Os oitocentos e trinta ACS sofreram perdas com esse processo de efetivação. Até os vales transporte que recebíamos quando pertencíamos à Bom Pastor foi cortado e temos que nos deslocar muito, todo dia para providenciar a documentação exigida pela SMS”. (ACS 22).

“Nossa primeira luta foi pela efetivação. A segunda será por melhoria salarial e cultural. A categoria e os Sindicatos devem se mobilizar nesse sentido. No município de Nossa Senhora do Socorro um ACS recebe R\$ 700,00 (setecentos reais) e aqui em Aracaju o prefeito diz que não tem dinheiro. Só queremos que ele pague o que diz a lei¹⁴. Agora lá só existe um Sindicato. O fato de existir dois Sindicatos aqui em nosso município prejudicou muito a categoria”. (ACS 24).

Os ACS informam que no Art. 1º da portaria GM/1.234 de 19 de junho de 2008 do MS o valor da categoria foi fixado em R\$ 581,00 (quinhentos e oitenta e um reais).

3.2.3. Você sabe se existe um plano de cargo e carreira na SMS para o ACS e o Agente de Combate às Endemias?

“Não existe. Só sei que todos estão no nível I e isso é muito injusto. Não houve critérios. Quem conseguiu o emprego através de amizade política, sem fazer seleção, curso introdutório e tudo que era

¹⁴ Segundo o jornal do SACEMA publicado em abril/2009 um ACS e um Agente de Combate às Endemias recebem, por mês, R\$ 465,00 (um salário mínimo), que depois do desconto de 11% sobra a vergonhosa quantia de R\$ 413,00 e nem um centavo a mais. Nem a insalubridade que já era um direito adquirido e equivale a 20% do salário mínimo não está sendo depositada desde a nossa efetivação em outubro do ano passado.

exigido anteriormente, está no mesmo nível de quem participou de processo seletivo, curso, tem muitos anos de experiência e desempenha bem o trabalho”. (ACS 5).

“Não sei informar. Mas, acredito que não tem, pois esse processo de efetivação dos ACS foi muito mal feito. Até hoje (junho/2009) tem ACS que ainda não foi efetivado, está providenciando a documentação por conta própria, uma vez que nem sequer recebeu ainda a carta de convocação. O ACS ficava sabendo das notícias através de terceiros, do Sindicato e à medida que um era convocado passava a informação para os demais. A SMS até a presente data não realizou uma reunião com todos para explicar o processo”. (ACS 9).

“Sei que existe um plano de cargos e carreiras para os trabalhadores da saúde, mas não sei se existe uma cláusula específica para o ACS”. (ACS 23).

“Existe um plano de cargo e carreiras para todos os servidores municipais, mas no plano não consta o ACS porque não era uma profissão”. (ACS 24).

Na época do PCCV - Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos não existiam esses cargos no serviço Público Municipal. Havia um contrato terceirizado com a FABAJU e com a Associação Bom Pastor. Esses cargos só foram criados com a Lei Complementar nº 078 de 01/04/08. Nessa Lei não existe um plano de carreira específico para essas categorias profissionais. Eles farão parte do Regime Geral¹⁵.

3.3. Aspectos relacionados à Educação Permanente

3.3.1. O que você entende por Educação Permanente?

“É estar sempre em crescimento. É preparar o ACS em capacitações continuadas dando-lhe as ferramentas necessárias para que se torne competente e tenha um bom desempenho profissional”. (ACS 1).

“É estar em aprendizado constante para enfrentar os desafios no trabalho vindos com a modernidade”. (ACS 3).

¹⁵ Em entrevista realizada com a Assistente Social Dulce Maria Almeida de Oliveira coordenadora de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde não existe um plano de cargo e carreira específica para o agente comunitário de saúde. Este será regido de acordo com a Lei Complementar nº 61 de 02/07/2003 publicada em 01/08/04 que Institui o Plano de Carreiras, Cargos e Vencimentos para os Servidores da Categoria Ocupacional da Saúde do Município de Aracaju e dá outras providências e é acrescida do Decreto Municipal nº 119, de 31/03/04 e Alterado pelo Decreto nº 272/2004 e Decreto nº 560/2005 e pelo Decreto nº 1026/2006.

“Entendo educação como uma ação política transformadora. Somada ao entendimento de permanente entendo que deve ser um processo contínuo visando transformar o cidadão. Logo, educação permanente, em minha opinião, materializa-se na prática profissional. Uma práxis política fundamentada na análise da realidade social na perspectiva de uma construção concreta da emancipação humana. Fazendo um recorte da Política de Educação Permanente do MS e da SMS/Aju percebo que esses órgãos não têm esse objetivo, ou seja, a educação é conformadora e não transformadora da realidade”. (ACS 15).

A educação não é necessariamente um fator de emancipação. Numa época em que a educação, ciência e tecnologia se apresentam – agora “globalmente”, conforme a moda em voga- como passaportes para um mundo “moderno” conforme os ideais de humanização, estas considerações podem soar como um melancólico desânimo. Na verdade significam exatamente o contrário: a necessidade da crítica permanente. A função da teoria crítica seria justamente analisar a formação social em que isto se dá, revelando as raízes deste movimento- que não são acidentais – e descobrindo as condições para interferir em seu rumo. O essencial é pensar a sociedade e a educação em seu devir. Só assim seria possível fixar alternativas históricas tendo como base a emancipação de todos no sentido de se tornarem sujeitos refletidos da história, aptos a interromper a barbárie e realizar o conteúdo positivo, emancipatório, do movimento de ilustração da razão. (ADORNO, 1995, p. 11-12).

[...] Porque a natureza da prática educativa é política em si mesma, e por isso nem se pode falar na dimensão política da educação, pois toda ela é política. (TORRES, 1987, p. 42).

Na medida em que o homem perde a capacidade de optar e vai sendo submetido a prescrições alheias que o minimizam e às suas decisões já não são suas, porque resultadas de comandos estranhos, já não se integra. *Acomoda-se. Ajusta-se.* O homem integrado é o homem *Sujeito*. A adaptação é assim um conceito passivo – a integração ou comunhão, ativo. Este aspecto passivo se revela no fato de que não seria o homem capaz de alterar a realidade, pelo contrário, altera-se a si para adaptar-se. A adaptação daria margem apenas a uma débil ação defensiva. Para defender-se, o máximo que faz é adaptar-se. Daí que a homens indóceis, com ânimo revolucionário, se chame de subversivos. De inadaptados. (FREIRE, 2007, p. 50).

3.3.2. Que motivos levaram você a participar do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde?

“Na verdade os ACS foram fazer o curso porque fomos “*convocados*”. Disseram que o curso era obrigatório, pois todos tinham que tornarem-se *técnicos* senão perderia o emprego. Acredito que por essa razão muitos não levaram o curso a sério: faltava bastante, não prestava atenção nas aulas, não dava a devida importância. Por outro lado, o curso também deixou muito a desejar: não tinha um bom material didático, os trabalhadores-educadores só usavam quadro e giz, espaço físico inadequado para a quantidade de alunos, carteiras super desconfortáveis”. (ACS 3).

“Bem, nós fomos “*convocados*”, mas de qualquer forma eu iria fazer o curso, pois estou sempre em busca de novos conhecimentos e crescimento profissional”. (ACS17).

“Fomos “*convocados*” e acredito que se não tivesse sido dessa forma a maior parte não teria participado, pois tem muito ACS que não leva a sério a sua profissão”. (ACS 21).

“OS ACS foram obrigados a fazer o curso sob a alegação de que aquele que não participasse não iria ser efetivado no emprego. Se tivesse havido uma sensibilização, esclarecimentos e informações antes do início do curso acredito que o mesmo teria melhores resultados. O curso deveria ter sido melhor conduzido”. (ACS 22).

“Fui fazer o curso por que queria melhorar os meus conhecimentos, rever os assuntos, pois já tenho dez anos de profissão, aprender novas formas de trabalhar em equipe. Mas, no começo o curso era organizado. Depois ficou muito desorganizado. A maioria não levava o curso a sério. Parecia que estavam indo para uma diversão: só conversavam e riam o tempo todo. Tem muito ACS despreparado na rede: alguns não enxergam sua importância na transformação de sua comunidade”. (ACS 26).

Nogueira et al (2000) informa:

Baseado em documento da SMS/Ceará onde consta que o principal objetivo do PSF é melhorar a competência da comunidade de cuidar de sua própria saúde e interpretando esse pressuposto político-teórico, pode-se dizer que o papel social do ACS junto às comunidades confere legitimidade e eficácia *humana* ou *cultural* a seu perfil ocupacional, e isto é justamente o que o transforma num recurso humano fora do comum. Uma expressão usada com bastante frequência para caracterizar o ACS é que ele atua como *ponte* ou *elo* entre a comunidade e as instituições de saúde. Mas essa função de “ponte” pode ser concebida de maneira mais vasta, compreendendo o acesso aos direitos de cidadania. (NOGUEIRA et al, 2000, p. 7).

3.3.3. Que contribuições o Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde trouxe para a sua prática profissional?

“O curso foi muito proveitoso para mim. Houve uma troca muito boa de conhecimentos e eu relembrei competências do ACS que havia esquecido”. (ACS 7).

“Foi muito bom e trouxe grandes contribuições: ampliei meu olhar profissional, aprendi como trabalhar em equipe e relembrei temas importantes da minha profissão. Só obtive lucros”. (ACS 10).

“Contribuiu bastante para melhorar a minha prática profissional. Enriqueci meu currículo”. (ACS 13).

“Toda capacitação demanda um saber. Logo, contribuiu principalmente porque eu aprendi a me relacionar melhor com a população”. (ACS 16).

“Contribuiu bastante para a minha profissão, apesar de que o que aprendemos no curso não podemos pôr em prática. As UBS não estão instrumentalizadas nem os profissionais preparados para a mudança”. (ACS 23).

“A maioria dos assuntos era muito repetitivo, mas também teve coisas novas e interessantes. A principal vantagem para mim foi rever as disciplinas indispensáveis à minha prática profissional”. (ACS 22).

“Participei do curso para adquirir mais conhecimentos e valeu à pena. A prática também precisava ser revista; alguns detalhes que eu não dava importância passei a dar”. (ACS 25).

Analisando os depoimentos dos entrevistados, percebe-se que apesar de considerarem como negativo o fato de terem sido “convocados” a participar do curso TACS, os ACS concordam que o curso era uma necessidade de requalificação profissional para a categoria.

“O ACS talvez seja o profissional que tem maior treinamento continuado-, também tem permanente supervisão e é avaliado mensalmente. Isso não acontece com nenhum outro profissional de saúde”, segundo depoimento de Carlyle Lavor, mentor do programa no Ceará e ex-Secretário de Saúde de Estado.

3.3.4. Quais suas expectativas com o curso TACS?

“Que a teoria dada possa ser posta em prática. O que aprendemos lá, quando retornamos às UBS não conseguimos pôr em prática: o conteúdo didático foi elaborado fora da realidade do ACS”. (ACS 7).

“Que os próximos módulos (se é que vão acontecer) sejam elaborados por pessoal mais qualificado e que a carga horária disponibilizada à parte prática seja superior à teórica”. (ACS 11).

“Que o curso tenha mais seriedade e sejam definidos critérios para participação. Se o curso TACS é para formar técnicos como é que pessoas que só tinham o nível fundamental puderam participar?”. (ACS 15).

“Não tenho nenhuma expectativa. Em minha opinião ele foi realizado somente para justificar recursos financeiros que foram recebidos do MS. Também não acredito que os outros módulos vão ser ofertados pela SMS”. (ACS 20).

“Que sejam ofertados os outros módulos, pois para que possamos ser considerados técnicos temos que cursar os outros módulos e que ao final do curso seja dada uma certificação”. (ACS 22).

“Que os outros módulos sejam ofertados, pois a proposta está inacabada. Os ACS e os sindicatos devem exigir da SMS a realização dos demais módulos. Pertencço à direção do SACEMA e já estou mobilizando a categoria nesse sentido. Porém, ele deve vir com outra proposta: ensinar o aluno a aprender e não utilizar somente quadro e giz”. (ACS 23).

“Que os próximos módulos sejam ofertados dentro do horário de trabalho. Foi muito sacrificante trabalhar a semana inteira, estudar o nível médio à noite, no meu caso, e ainda fazer o curso TACS nos fins-de-semana. O curso TACS pode ser ofertado no período vespertino e não trará nenhum prejuízo ao PSF. Basta que as ESF's se organizem de modo que as tarefas sejam cumpridas e o usuário não fique prejudicado”. (ACS 27).

Em 1998, as Edições Unesco Brasil editou *Educação: Um Tesouro a Descobrir. Relatório da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI*, coordenado por Jacques Delors. As teses desse importante documento não somente foram acolhidas com entusiasmo pela comunidade educacional brasileira, como também passaram a integrar os eixos norteadores da política educacional. Sem dúvida, o Relatório Delors foi muito feliz ao estabelecer os quatro pilares da educação contemporânea. Aprender a ser, a fazer, a viver juntos e a conhecer constituem aprendizagens indispensáveis que devem ser perseguidas de forma permanente pela política educacional de todos os países. (MORIN, 2006, p. 11).

Segundo o MS (2004), ao final do processo formativo será conferido aos estudantes que concluírem todas as etapas do curso, tendo desenvolvido as competências requeridas e já possuírem o diploma do Ensino Médio, diploma com a seguinte nomenclatura: **Técnico Agente Comunitário de Saúde**.

3.3.5. Você se sentiu contemplado com a proposta curricular do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde? Em caso positivo ou negativo que temas ou disciplinas você acrescentaria?

“Gostei da proposta curricular. Acrescentaria uma disciplina que fortalecesse a questão da ética, cidadania e relações pessoais”. (ACS 5).

“O currículo foi bem elaborado, porém em minha opinião faltou um aprofundamento maior em português. Acredito que a maior parte dos ACS escreve e lê mal”. (ACS 8).

“Gostei das disciplinas, mas faltou informática, relações humanas, dinâmica de grupo e português. Essa disciplina então ninguém domina completamente”. (ACS11).

“Em minha opinião faltou: educação popular em saúde, informática, fitoterapia e um curso de especialização sobre os cuidados com o pé do diabético. Soube que o SENAC oferta esse curso e é muito bom. Não faço por conta própria porque não posso pagar”. (ACS 13).

“Achei o currículo muito bem elaborado. É uma pena se esse curso não houver continuidade. Torço muito para que tenha os outros módulos apesar do intervalo de um módulo para outro já ser grande demais. Caso aconteçam os outros módulos, já houve um intervalo de um ano e meio e isso com certeza já prejudicou a qualidade final do mesmo. Também colocaria no curso a disciplina comunicação, informática e um português bem aprofundado”. (ACS 17).

“Não posso dizer que a proposta curricular era ruim. Faltou falar das doenças específicas da raça negra e informática”. (ACS 20).

“Não acredito que haverá os outros módulos, mas de qualquer forma faltou informática, um maior aprofundamento sobre as doenças e discutir a saúde como uma política pública”. (ACS 25).

“Eu gostei. Acrescentaria disciplinas que ensinassem a lidar com adolescentes. Esse público é muito esquecido no PSF”. (ACS 27).

Segundo o MS (2007), os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico constituem-se numa importante ferramenta de orientação na elaboração e no planejamento pedagógico da organização curricular, dos cursos técnicos no Brasil e foram instituídos pela Resolução nº 04/99, do Conselho Nacional de Educação. Esses referenciais seguem a nova concepção educacional prevista pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDBE) e abrangem vinte áreas profissionais: Artes, Agro-pecuária, Comunicação, Construção Civil, Comércio, Design, Gestão, Geomática, Imagem Pessoal, Indústria, Informática, Lazer e Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Mineração, Química, Recursos Pesqueiros, Saúde, Telecomunicações, Transportes e Turismo e Hospitalidade.

3.3.6. Os trabalhadores-educadores eram capacitados para a função?

“Não posso falar pelas outras turmas, mas na minha os trabalhadores-educadores eram muito despreparados. Muitas vezes parecia que nós é que estávamos dando aula para eles”. (ACS 3).

“Achei os trabalhadores-educadores bem capacitados para a função. A minha turma deu sorte: eram todos bons”. (ACS 6).

“Tivemos bons trabalhadores-educadores e todos eram envolvidos com a área da saúde. O maior problema é que havia muita troca: quase toda semana saía um e entrava outro para substituir. Essa substituição constante atrapalhava o rendimento da turma”. (ACS 13).

“Gostaria que para os próximos módulos fossem contratados trabalhadores-educadores mais qualificados. Soube que antes eles passaram por uma oficina de treinamento. Mas, a maioria era muito ruim”.(ACS 19).

Os trabalhadores-educadores foram submetidos a uma capacitação, mediante oficina. Esta oficina pedagógica dividiu os selecionados para duas etapas formativas, conforme tabela abaixo:

Tabela 21:

ETAPA FORMATIVA I		
ETAPA	Nº TRABALHADORES-EDUCADORES	CARGA HORÁRIA
CONCENTRAÇÃO	52	64
DISPERSÃO	49	20

Fonte: Informação cedida pela direção do CEPS.

A Etapa Formativa I utilizou 400 horas/aula¹⁶.

3.3.7. Quais as principais dificuldades encontradas para participar do curso?

“Eu citarei várias: primeira, quanto à escola (CEPS): é muito distante de nossa região. Gastávamos uma hora e meia para chegar lá. As salas-de-aula não comportavam a quantidade de alunos, eram muito quentes e as carteiras muito duras. Segunda dificuldade, o horário: ofereceram muitas opções de horário para as turmas, mas os próximos módulos, em minha opinião, deveriam ser realizados na região de saúde onde o ACS está lotado e no horário de trabalho. Seria realizado à tarde e tenho certeza que não haveria prejuízos para o programa e a comunidade e os ACS teriam um melhor desempenho e a terceira dificuldade: gastávamos muito dinheiro principalmente com lanche e não temos recursos financeiros suficientes”. (ACS 7).

“Em minha opinião a distância da escola e o horário. Eu já chegava morta de cansada e chegava em casa sempre meia-noite. Esse curso deveria ter sido realizado em pólos nas regiões de saúde. Fica a sugestão”. (ACS 11).

“Os ACS ganham muito pouco e gastávamos muito dinheiro de transporte e lanche. Gostaria que os próximos módulos fossem em nossa região de saúde”. (ACS 15).

¹⁶ Informação cedida pela direção do CEPS em 17/04/2009.

Todos os ACS entrevistados solicitaram que a realização dos próximos módulos, caso sejam disponibilizados, sejam realizados em pólos nas regiões de saúde onde cada um esteja lotado.

3.3.8. Você tem participado por iniciativa própria de outros cursos ou capacitações não ofertadas pela SMS?

“Sim, pois não pretendo morrer como ACS. Estou fazendo cursinhos preparatórios para concurso e para vestibular. Pretendo fazer faculdade de nutrição”. (ACS 5).

“Não, pois não tenho condições financeiras. Mas, gostaria muito de fazer pelo menos um curso preparatório para vestibular: queria tentar enfermagem. Já sou técnica em enfermagem e continuaria no mesmo caminho”. (ACS 8).

“Como moro com meus pais, não sou casada e não tenho filhos, tenho feito cursos de: informática, português e pré-vestibular. Mas, meus colegas que são casados e têm filhos infelizmente não podem fazer o mesmo”. (ACS 10).

“Todos querem fazer pelo menos um cursinho preparatório para vestibular. Porém, não podem pagar. A gente gostaria que a SMS fizesse um convênio com algum cursinho e com algumas faculdades particulares para que pudéssemos ter um curso de nível superior”. (ACS 19).

Segundo informações prestadas pelos entrevistados, atualmente todos os ACS do município de Aracaju possuem o nível médio completo. Essa informação foi confirmada por meio de levantamento realizado no sindicato da categoria. É um dado bastante relevante considerando-se que para inserção na profissão só é exigido o nível fundamental.

3.3.9. Que cursos deveriam ser oferecidos pela SMS para melhoria da prática profissional dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias no Programa Saúde da Família?

“Em minha opinião: português, informática, relações humanas e aprofundar muito a questão da ética profissional. Esses são fundamentais para que possamos melhorar a prática profissional”. (ACS 5).

“A SMS deveria realizar capacitações ouvindo os ACS. Muitas vezes gastam muito dinheiro com assuntos que já sabemos bastante como saúde da criança e não realizam, por exemplo, capacitações voltadas ao adolescente e ao idoso bem como sobre doenças relacionadas à raça negra”. (ACS 14).

“Gostaria que realizassem mais capacitações direcionadas ao aprofundamento das diversas doenças. Sabemos que a Medicina tem avançado bastante: coisas que eram verdadeiras, hoje não são mais; técnicas usadas há cinco anos, na atualidade já não servem; medicamentos são retirados do mercado,

etc. Tudo isso o ACS tem que saber para repassar a sua comunidade”. (ACS 21).

Nota-se, na fala dos entrevistados, que eles valorizam as capacitações realizadas e percebem que é extremamente importante e necessária uma política de educação continuada, visando à qualificação profissional constante. Porém, gostariam que a SMS consultasse a categoria, antes de organizar as capacitações, para que as mesmas atendessem às reais necessidades de requalificação profissional dos mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças que estão ocorrendo no mundo do trabalho com o processo de globalização e a reestruturação produtiva requer um novo tipo de profissional em todas as áreas. Sob a égide do capital, ser flexível implica saber administrar imprevistos, ter liderança. Do trabalhador esperam-se novas habilidades, qualificação continuada e capacidade para atuar em vários setores da organização. São valorizadas as habilidades ditas subjetivas, aspectos comunicacionais e cognitivos em detrimento das habilidades manuais.

O crescimento do setor de serviços, as mudanças no campo da saúde, com a adoção do novo conceito de saúde, enquanto política pública, com a implantação do SUS, a saúde passa a constituir-se em dever do Estado e direito do cidadão, bem como o surgimento de novas demandas também impõem novas atitudes e qualificações profissionais. No campo da saúde, uma vez que se lida com vidas, o trabalhador deve ser capaz de tomar decisões rápidas e eficazes, sistematizar e decidir sobre a melhor conduta a ser empregada, ter capacidade de liderança, saber trabalhar em equipe.

No caso do PSF saber trabalhar em equipes multidisciplinares, ser ético, bom comunicador e ter capacidade de gerenciar problemas e insatisfações dos usuários, quando estes não têm suas solicitações atendidas, visto que, muitas vezes a demanda é de ordem social e as equipes não conseguem dar resolutividade. Como não há articulação entre as diversas políticas públicas: saúde, educação, segurança, moradia, esporte, lazer, etc. e sim ações imediatistas no sentido de acalmar “o usuário” quando este reivindica seus direitos e percebe que estes não lhe são garantidos, o profissional da área da saúde sente-se incapaz de solucionar a grande quantidade de questões surgidas diariamente nas Unidades Básicas de Saúde e se encontra cada vez mais insatisfeito e impotente diante de tantas questões.

Nesse momento, o programa carece de uma nova reestruturação tanto a nível federal, quanto estadual e municipal. Há uma insatisfação geral por parte dos profissionais inseridos no mesmo. São alegados diversos problemas que impedem o seu bom funcionamento: desvalorização dos profissionais e reconhecimento por parte da gestão falta de condições e segurança no trabalho, indefinição de competências especialmente para os ACS os quais se encontram cada vez mais com um número crescente de tarefas e com um perfil de competências que engloba tanto as ações e atribuições inerentes à profissão, como funções ditas relacionadas à administração e gerenciamento local como, por exemplo, organização de

arquivos, prontuários, marcação de exames e entrega de solicitações a usuários. Muitas vezes desenvolvem, segundo seus depoimentos função de *Office-boy* e *Office-girl*.

Apesar de haver por parte do MS, da SMS mediante as leis que criaram a profissão e as diversas publicações sobre o PSF, uma lista contendo as suas atribuições e o seu perfil de competências, o ACS se tornou ‘um espécie de faz tudo dentro das UBS’, o que tem descaracterizado suas competências, acarretando insatisfações e desestímulo, desvio de função e problemas na saúde dos mesmos. Há uma sobrecarga e um desgaste muito grande dos profissionais. Nunca desde a implantação do programa, tanto, sejam eles ACS, assistentes sócias, auxiliares de enfermagem, médicos, enfermeiros, dentre outros, foram tão acometidos por tantas questões de saúde, sendo afastados de suas funções como atualmente, sendo a mais freqüente, a depressão. Diversos profissionais sofreram desse mal e o número tem crescido, fato preocupante e que merece uma atenção maior por parte da gestão.

Observam-se profissionais trabalhando infelizes, insatisfeitos, com a preocupação simplesmente do cumprimento da carga horária. Não existe uma boa comunicação entre os diversos setores nas UBS. Há um clima de irritabilidade constante percebido nas falas e atitudes dos diversos profissionais. Por outro lado, percebe-se uma resistência às mudanças e a grande parte dos profissionais não se encontra preparada para essas mudanças no mundo do trabalho. As academias não estão preparando os alunos para esse novo perfil profissional e as diversas organizações, instituições formadoras e órgãos sejam eles municipais, estaduais, federais e privados também estão tendo dificuldade em se adequar às mudanças e adotar políticas de formação profissional visando à preparação desse profissional para os novos desafios do mercado.

Nesse contexto, surgem novos conceitos: o de polivalência e gestão por competências. Ser polivalente é ter conhecimento nos diversos setores da organização e manter-se qualificado visando sempre ao lucro e à competitividade no mercado internacional. No novo modelo de gestão: a “gestão por competências” são traçadas as habilidades necessárias ao bom desempenho profissional. Essas habilidades, por sua vez, não são estáveis. Na relação trabalho/qualificação profissional, a educação ganha várias nomenclaturas: formação profissional, educação profissional e qualificação profissional. A formação do trabalhador só tem sentido se “formar” profissionais disciplinados e aptos a atender esse novo mercado que se tornou mais competitivo.

Mudanças nesse sentido não acontecem rapidamente. Essas transformações no modo de agir profissional suscitam novos conhecimentos e saberes, bem como uma mudança na “práxis” que deve ser pautada numa reflexão crítica da realidade, uma vez que educar não é

única e simplesmente a transmissão de conhecimentos. A educação deve ter como princípio norteador, a transformação e a emancipação do homem, tornando-o um cidadão consciente, político e ético para contribuir na melhoria das sociedades.

A palavra seria a arma utilizada para transformar o mundo. No entanto, o que se continua praticando, salvo algumas exceções, é uma educação bancária, adaptadora e alienante. Valendo-me dos pressupostos de Freire (2007), Mészáros (2005) e Ramos (2006), não se tem adotado uma educação voltada à decisão, à crítica da realidade no sentido de suscitar o homem à responsabilidade política e social. Também, ao se adotar esse modelo por competências, desvaloriza-se os diversos saberes adquiridos pelo homem em sua vida cotidiana, nas ruas, em sua comunidade, uma vez que a educação não se aprende somente nos ambientes escolares e é um processo permanente de troca de saberes. Desprivilegiam-se sua história de vida, seus conhecimentos adquiridos. A educação se processa no decorrer de nossas próprias vidas.

O homem é na opinião daqueles que adotam esse tipo de educação, “uma caixa vazia” que deve ser preenchida pelos conhecimentos adquiridos pelos “doutores”. Sendo a educação atual voltada para atender às exigências do mercado, tornou-se mercadoria, e formar para o trabalho, significa fornecer conhecimentos e ferramentas necessárias ao educando no sentido de torná-lo empregável, justificando, dessa forma, a adoção do processo relacional estabelecido: trabalho/ educação. Mészáros (2005) nos ensina que pensar a sociedade, tendo como parâmetro o ser humano, exige a superação da lógica desumanizadora do capital, que tem no individualismo, no lucro e na competição seus fundamentos.

Sentindo a necessidade de qualificação profissional dos profissionais da área da saúde, o MS adotou a Política de Educação Permanente. Esse estudo teve como objetivo analisar uma parte dessa Política aplicada à categoria dos ACS e dos agentes de combate às endemias no curso técnico para agentes comunitários de saúde.

Os depoimentos colhidos nos dados empíricos mostraram que as diretrizes e o perfil de competências elencadas nos documentos oficiais, não condizem com a realidade vivenciada pelas categorias estudadas. Informam que a maior parte dos conteúdos repassados nos processos de capacitações (os profissionais não conseguem desvencilhar-se dessa nomenclatura adotada no começo pela gestão do Projeto SAÚDE TODO DIA) desenvolvidos pelo CEPS, não podem ser aplicados à realidade diária nas UBS nos processos de trabalho, visto que a teoria está muito dissociada da prática e as instituições não estão instrumentalizadas para pôr em prática a aprendizagem adquirida.

Segundo relatam não são consultados sobre as reais necessidades de requalificação

profissional; o modelo de educação adotado é o da transmissão de conhecimentos; o modelo educacional proposto conduz a uma adaptação da realidade e os cursos são aligeirados, o que denota simplesmente o cumprimento de uma exigência ministerial, e não um compromisso com as reais transformações que devem ser capazes de proporcionar nas comunidades onde estão inseridos. A pedagogia do fator de exposição adotada, também não foi bem compreendida nem aceita pelos trabalhadores-educandos. Consideraram confusa, repetitiva e que visava à adaptação.

Devemos ter clareza, todavia, pois vivemos um momento de conflitos históricos, que na saúde se traduz pela incapacidade dos profissionais em promover uma melhoria na saúde e na qualidade de vida das pessoas cuja formação e qualificação profissional perpassam pelos interesses econômicos hegemônicos.

Com relação às contribuições adquiridas no curso TACS, para a formação profissional, as categorias consideraram que o processo de condução do curso ocorreu de forma autoritária, tendo sido imposto sem sensibilizações e explicações prévias o que prejudicou a qualidade do mesmo. Apesar desse descaso pela direção da escola, com as categorias, elas informam que o curso trouxe grandes contribuições para a prática profissional, e a proposta curricular foi bem elaborada, mas lamentam que o conteúdo, em sua maior parte não possa ser posto em prática. Sugerem que os próximos módulos sejam realizados com a maior brevidade possível, em pólos nas regiões onde eles encontram-se inseridos e no horário vespertino. Acrescentam ainda, que as categorias vão desencadear uma luta junto à gestão, no sentido de haver uma continuidade do curso TACS, uma vez que só aconteceu a Etapa Formativa I, estando a proposta inacabada.

Segundo documentos do MS para tornar-se Técnico Agente Comunitário de Saúde, o ACS necessita cursar três etapas do TACS assim divididas:

- Etapa Formativa I – 400 horas;
- Etapa Formativa II – 600 horas;
- Etapa Formativa III – 200 horas.

Logo, para que o ACS e o agente de combate às endemias possam tornar-se técnicos, faz-se urgente e necessária a realização dos demais módulos.

Analisando o processo de efetivação que se encontra em andamento e considerando que o processo de contratação anterior era precário, as categorias consideraram um avanço o fato de passarem a compor o quadro de servidores municipais, contudo acreditam que a luta deve continuar, objetivando valorização e reconhecimento por parte da gestão, o que se traduziria em melhoria salarial e condições de trabalho. Consideram o salário mínimo muito

pouco, para a quantidade de atividades que desenvolvem diariamente, em oito horas de trabalho, e, solicitam simplesmente o cumprimento do piso salarial previsto em lei para as categorias. Por outro lado, têm clareza que a existência de dois sindicatos vem prejudicando as negociações das categorias junto à gestão e lançaram uma proposta de unificação dos mesmos, bem como um novo processo eleitoral para escolha da direção do SACEMA-Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde de Aracaju-SE.

Dada a importância desse profissional, filho do PACS e do PSF, e sendo este, detentor de um maior conhecimento empírico da área onde atua, fato comprovado na prática diária e em diversas publicações de vários autores sobre a categoria, e ainda considerando ser ele o mediador entre as UBS e as comunidades, faz-se necessário uma mudança de olhar sobre esse profissional, visando ao atendimento de suas reivindicações, melhor valorização e reconhecimento por parte de todos que compõem o processo.

Vale lembrar que esse estudo não teve a pretensão de fazer análise crítica da gestão, contudo teve a intenção de contribuir com o debate, com o renascimento de um programa considerado de extrema importância para a saúde em nosso país, visto ser a porta de entrada para os serviços básicos de saúde. Por essa razão, este não se encerra em si mesmo.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor W. **Educação e Emancipação**. Tradução de Wolfgang Leo Maar. 3ª edição. Editora Paz e Terra, São Paulo, 1995, p. 11-12.

ANAIS da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília-DF, 1987, p. 382.

ANTUNES, Ricardo. As metamorfoses no mundo do trabalho. In: GOMES, Álvaro (org.). **O trabalho no século XXI: considerações para o futuro do trabalho**. São Paulo, Co-edição 2001, 1ª edição. Editora e livraria Anita Ltda.

ANTUNES, Ricardo e ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. In: **Educação e Sociedade**. Revista de Ciência da Educação, Campinas, vol. 05, nº 87. Maio/Agosto, 2004.

APPOLINÁRIO, Fabio. **Dicionário de Metodologia Científica: uma guia para a produção do conhecimento científico**. 1ª edição. São Paulo: Atlas, 2004, p. 63-126.

ARACAJU, Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão, 2000.

_____. **Relatório de atividades realizadas pelo PACS do segmento 12, da área 22**, 1999.

_____. **Projeto de Integração dos Agentes Comunitários de Saúde no Saúde Todo Dia**, 2004.

AZEVEDO, Fernando de. “As origens das instituições escolares”. In: **A cultura brasileira**. Parte II A transmissão da cultura. 6ª. Ed. Brasília UnB, 1996, p. 546.

BERGER, Ulrike e OFFE, Claus. O dilema da racionalização do trabalho dos empregados. In: OFFE, Claus. **Trabalho e Sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro do trabalho**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro 1991.

BORNSTEIN, Vera Joana e STOTZ, Eduardo Navarro. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. In: **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, nº 3, p 457-480, Nov-2008/fev-2009.

BRASIL, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 – Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

_____. Lei Complementar nº 078 de 01 de Abril de 2008.

_____. Lei Complementar nº 61 de 02 de julho de 2003, publicada no DOM, de 01.08.2004.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários da Saúde – PACS**, 1998.

_____. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2000.

_____. **Relatório: Saúde da Família**, 2000, p. 21-22.

BRAVERMAN, Harry. As origens da gerência e a divisão do trabalho. **In: Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. RJ: 1980, p. 61-69.

CARVALHO, Marta Maria Chagas de. **Molde nacional e fôrma cívica: higiene, moral e trabalho no projeto da Associação Brasileira de Educação (1924-1931)**. Bragança Paulista-SP: EDUSF, 1998.

CASTELLS, Manuel. A transformação do Trabalho e do Mercado de Trabalho: Trabalhadores Ativos na Rede, Desempregados e Trabalhadores com Jornada Flexível. **In: A sociedade em Rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

_____. **A sociedade em Rede: a Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura**. Volume 1. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Porto Alegre. **In: Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, vol. 9, nº 16, 2004, p. 161-178.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo, 2003, p.57.

CLAUS OFFE. **Capitalismo Desorganizado**. SP: Editora Brasiliense, 1985.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2003, p.21-24.

CRUZ, Maria Helena Santana. **Trabalho, Gênero, Cidadania: (Tradição e Modernidade)**. São Cristovão: Editora UFS; Aracaju: Fundação Oviêdo Teixeira, 2005, pp.83-92.

DÂMASO, Romualdo. “SABER E PRÁXIS NA REFORMA SANITÁRIA: AVALIAÇÃO DA PRÁTICA CIENTÍFICA NO MOVIMENTO SANITÁRIO”. **In: GATTI, Bernadete A. Pesquisar em Educação: considerações sobre alguns pontos-chave. In: Diálogo Educacional**, Curitiba, v.6, nº 19, 2006.

DELUIZ, N. As mudanças no mundo do trabalho e no mundo vivido: conseqüências para uma nova relação entre educação geral e formação profissional numa perspectiva de politécnica. **In: MARKET, Werner (Org.) Trabalho, Educação e Politécnica**. Campinas, Papirus, 1996.

DE MASI, Domenico. **O futuro do trabalho. Fadiga e ócio na sociedade pós-industrial**. Ed. RJ: José Olympio Brasília. DF: ED da UnB, 2000, p. 76-129.

DUBAR, Claude. **A Sociologia do trabalho frente à qualificação e à competência. In:**

Revista Educação e Sociedade, ano XIX, 1998, p.89.

DOWBOR, Ladislau, IANNI, Otávio e RESENDE, Edgar A. (Orgs.). **Desafios da Globalização**. 5ª edição, Petrópolis: Ed. Vozes, 2003, p. 215-230.

DUPAS, Gilberto. **Economia global e exclusão social: pobreza, emprego, estado e o futuro do capitalismo**. SP: Paz e Terra, 2000, p. 89-107.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS. **Curso de Formação Inicial de Agente Comunitário de Saúde: guia curricular**. Belo Horizonte, 2005.

FRANCO, Túlio Batista e MERHY, Emerson Elias. **Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. 3ª edição. São Paulo, 2006.

ENGUITA, Mariano F. Tecnologia e Sociedade: A ideologia da racionalidade técnica, a organização do trabalho e a educação. In: **SILVA, Tomaz T. da. Trabalho, Educação e Prática Social: por uma teoria de formação humana**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

FERREIRA, Victor Cláudio Paradela et al. A representação social do trabalho: uma contribuição para o estudo da motivação. In: **Revista Estação Científica**. Juiz de Fora, 2008, p. 14.

FERRETTI, Celso João. **Considerações sobre a apropriação das noções de qualificação profissional pelos estudos a respeito das relações entre trabalho e educação**. Educação e Sociedade. Campinas, vol.25, nº87, p.401-422. Disponível: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: maio/agosto.2004.

_____. **Novas Tecnologias e Educação: um debate interdisciplinar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

_____. **Competências e divisão social do trabalho no contexto de novos paradigmas produtivos**. Rio de Janeiro, 1996, p. 53-59.

FEUERWERKER, Laura C. **Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde**. Boletim da Rede UNIDA, ano IV nº03, 2000. Acesso Google em 27/10/08.

FREI BETTO. **O que é Neoliberalismo**. Boletim Unafisco, 2006. Disponível em: www.unafisco-poa-org.br. Acessado em 27/09/2007.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra. 30ª edição, 2007, p. 50.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Trabalho-educação e tecnologia: Treinamento polivalente ou formação politécnica? In: **SILVA, Tomaz T. da. Trabalho, Educação e Prática Social: por uma teoria de formação humana**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

GADOTTI, Moacir. **Educação e Poder**. 7ª Edição, São Paulo. Cortez: Autores Associados, 1987, p.94.

GAMBOA, Silvio Sánchez (Org.). **Pesquisa Educacional: quantidade-qualidade**. 4ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

GIDDENS, Anthony. **As Consequências da Modernidade**. São Paulo: Editora Unesp, 1991, p. 1-60.

HIRATA, Helena. **Divisão capitalista do trabalho**. Tempo Social. Rev. Sociol. USP, São Paulo, 1(2): 73-103, 2.sem.1989, p.74.

_____. Da polarização das qualificações ao modelo da competência. In: Celso João Ferretti... et al. **Novas Tecnologias e Educação: um debate multidisciplinar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

_____. **Competências e divisão social do trabalho no contexto de novos paradigmas produtivos**. Rio de Janeiro, 1996, p. 53-59.

IANNI, Octávio. **Enigmas da Modernidade**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2000, p.39-43.

IBAÑEZ, Nelson. Globalização e Saúde. In: Dowbor, Otávio e Resende (org.). **Desafios da Globalização**. 5ª edição, Ed. Vozes, Petrópolis, 2003, pp. 215-230.

KUENZER, Acacia Zeneida. Reforma da Educação Profissional ou Ajuste ao Regime de Acumulação Flexível? In: **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, nº 3, p. 491-508, Nov. 2007/fev.2008.

LAZARATTO, Maurizio e NEGRI, Antonio. **Trabalho imaterial. Formas de vida e produção de subjetividade**. Rio de Janeiro: D 8. F A. editora, 2005, p. 92-95.

LOPES, Eliane Marta Teixeira; FILHO, Luciano Mendes Faria e VEIGA, Cynthia Greive (org.). **500 Anos de Educação no Brasil**. 2ª edição. Belo Horizonte, 2000, p.204-222.

MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César. (org). **ESTADO, SOCIEDADE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE. Contradições e desafios em 20 anos de SUS**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

MERHY, Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3ª Edição. São Paulo, 2006, p.60-61.

_____. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3ª edição. São Paulo, 2007, p.23-57.

MÉSZÁROS, István. **A Educação para além do capital**. 2ª reimpressão. São Paulo: Boitempo, 2005, p. 9.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10ª Edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2007, p. 13-25.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação Qualitativa do PACS**. Brasília, 1994.

_____. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS**, Brasília, 1998.

_____. **Avaliação da Implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família (PSF)**. Brasília, 1999.

_____. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2000.

_____. **Referencial Curricular para Curso de Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2004.

_____. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, 2007.

_____. **RELATÓRIO: Saúde da Família**. Brasília, 2000, p.21-22.

MORIN, Edgar. **Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro**. 11ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 2006, p. 11.

MOROSINI, Márcia Valéria; REIS, José Roberto Franco (Org.). **Sociedade, Estado e Direito à Saúde**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p. 81-101.

NOGUEIRA, Roberto Passos et al. **A VINCULAÇÃO INSTITUCIONAL DE UM TRABALHADOR SUI GENERIS – O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**. Diretoria de Estudos Sociais do IPEA. Rio de Janeiro, 2000.

OFFE, Claus. Trabalho: a categoria-chave da sociologia? In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, nº 10, vol. 4, 1989.

_____. **Capitalismo Desorganizado**. SP: Editora Brasiliense, 1985.

PEREIRA, Isabel Brasil e RAMOS, Marise Nogueira. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PERRENOUD, Philippe. **10 Novas Competências para Ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, p. 11-13.

PIRES, Denise. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CUT; Annablume, 1998.

POCHMANN, Márcio. **O emprego na globalização: a nova divisão internacional do trabalho e os novos caminhos para o Brasil escolher**. São Paulo: Editora Boitempo, 2001, p. 41-50.

_____. Raízes da Grave Crise do Emprego no Brasil. In: GOMES, Álvaro (org.). **O trabalho no século XXI: considerações para o futuro do trabalho**. São Paulo, Co-edição 2001, 1ª edição. Editora e livraria Anita Ltda.

_____. **Educação e Trabalho: como desenvolver uma relação**

virtuosa? Educação e Sociedade, Campinas, vol. 25, nº 87, p. 383-399, maio/ago.2004. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>.

RAMOS, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação**. 3ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 2006, p. 29.

SADER, Emir e GENTILI, Pablo. (Org.). **Pós- neoliberalismo- As políticas e o Estado Democrático**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACAJU. **Relatório de Gestão**, 2000.

_____. **Relatório de Atividades realizadas pelo PACS do segmento 12, da área 22**, 1999.

_____. **Projeto de Integração dos Agentes Comunitários de Saúde no Saúde Todo Dia**, 2004.

ROPÉ, Françoise; TANGUY, Lucie. (Orgs). **Saberes e Competências: o uso de tais noções na escola e na empresa**. 1ª edição. Campinas: Editora Papirus, 1997, p. 103-139.

SANTANA, Antonio Samarone de. **As Febres do Aracaju: dos Miasmas aos Micróbios**. 1ª Edição, Aracaju, SE: O Autor, 2001, p. 12-18.

SANTOS, Rogério Carvalho. **Saúde Todo Dia: uma construção coletiva**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2006, p. 44-45.

SILVA, Girlene Alves da. **Da aparência à essência: o cuidado no cotidiano do portador de HIV**. Editora UFJF, 2004, cap. 03, pp. 37-51.

SILVA, Joana Azevedo da Silva; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p.51-92.

SILVA, Maria Josefina; RODRIGUES, Rui Martinho. O agente comunitário de saúde no processo de municipalização da saúde. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem (on line)**, Goiânia, v. 2, n. 1, jan/jun.2000

SOUSA, Maria Fátima de. (org.). **A Real-Idade do PSF: conversando com quem faz**. Rio de Janeiro, 2004.

SOUZA, Renildo. A flexibilização das relações de trabalho no Brasil. In: GOMES, Álvaro (Org.). **O trabalho no século XXI: considerações para o futuro do trabalho**. 1ª edição. São Paulo: Editora e livraria Anita Ltda, co-edição, 2001.

TARTUCE, Gisela Lobo Baptista Pereira. **Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da Sociologia Francesa do Pós-Guerra**. Campinas, vol. 25, nº 87, p. 353-382. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: MAI./AGO.2004

TEIXEIRA, Sonia et al. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 1995, p.12.

TOBAR, Federico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 2001, p. 68-72.

TORRES, Rosa Maria. (Org.). **Educação Popular: um encontro com Paulo Freire**. Edições Loyola. Coleção Educação Popular; vol. nº 9, 1987, p. 42.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Editora Atlas, 2006, p. 35-46.

VARGAS, Nilton (Org). **Organização do trabalho: uma abordagem interdisciplinar**. SP: Atlas, 1983, p. 19.

VASCONCELOS, Eymar Mourão (org). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001, p. 126-134.

VASCONCELOS, Maria Celi Chaves. **A casa e os seus mestres: a Educação no Brasil de Oitocentos**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2005.

MONOGRAFIAS, DISSERTAÇÕES E TESES

KRÜGER, Edelbert. **O Resgate Histórico da Função Social da Educação Profissional Brasileira, à Luz do Decreto 2.208/97: um estudo do perfil socioeconômico do aluno do CEFET-RS.** Universidade Federal de Pelotas Programa de Pós-Graduação em Educação, 2007.

MACHADO, Maria Helena. **Os Médicos e sua Prática Profissional: As metamorfoses de uma profissão.** Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro – IUPERJ, 1996.

MENEZES, Rosana Marques e SANTOS, Laudiane Cláudia. **O impacto do Programa Saúde da Família na Cobertura de Saúde em Comunidades de Aracaju.** Curso de Especialização em Gestão em Saúde Pública. Faculdade Atlântico, 2005.

SANTANA, Ana Débora. **Sobre o Desafio de Qualificar os Trabalhadores de Saúde: estudo do processo de construção da política de educação permanente do município de Aracaju-SE.** Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005, p. 1-2.

SANTOS, Maria Ruth dos. **Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde da Região ee Juiz de Fora-MG.** Tese de Doutorado. Área de Concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, Joana Azevedo. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade.** Tese de Doutorado. Área de Concentração: Administração Hospitalar. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2001.

SOBRAL, Marcos Paulo de Oliveira. **A Formação Profissional – Projetos e Perspectivas dos Atores Sociais do SENAC em Sergipe.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Sergipe, 2005.

APÊNDICE

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

QUESTIONÁRIO

I-Dados Pessoais:

Identificação:

01-sexo

02- cor

03- naturalidade

04- idade

05- estado civil

06- quantidade de filhos

07-idade dos filhos

II- Aspectos da Moradia:

1- bairro onde reside

2- tipo de moradia: casa ou apartamento

3- situação do imóvel:

a-próprio

b-alugado

c-terceiros

III- Situação Trabalhista:

1-Qual é o seu vínculo empregatício?

2-Renda

3-Exerce alguma atividade para complementar a renda?

4-em caso afirmativo, qual?

5-é filiado ao sindicato?

6-está em desvio de função?

7-causas do desvio de função

8-já sofreu algum tipo de desgaste com a profissão?

9-tempo de profissão

10-horas de trabalho semanal

11-situação atual: ativo ou inativo?

IV- Aspectos Profissionais:

1- qual foi a motivação para tornarem-se ACS?

2-participou de processo seletivo para admissão no PSF?

3-participou do curso introdutório após admissão no PSF?

4-está satisfeito com a profissão?

5-já participou de alguma capacitação no CEPS?

6-quais são os aspectos positivos e negativos do trabalho no programa saúde da família?

V- Aspectos Educacionais:

1-tipo de escola que estudou: públicas, privadas ou ambas?

2- participou do I módulo do curso técnico para agentes comunitários de saúde?

3-em caso afirmativo; foi aprovado (a)?

4-qual sua escolaridade anterior ao curso técnico para agentes comunitários de saúde?

5-qual sua escolaridade atual?

6- fez ou faz algum curso complementar? Qual?

7-quais competências e habilidades são necessárias para ser ACS?

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

Roteiro de entrevista semi-estruturada

I - Dados de identificação:

- 1. Idade:**
- 2. Local de trabalho:**
- 3. Profissão:**
- 4. Tempo na profissão:**

II – Aspectos relacionados ao trabalho:

- 1- Qual sua rotina de trabalho?**
- 2- Que conhecimentos e competências formais são valorizados para o trabalho no PSF?**
- 3- Qual o sentido do trabalho para o ACS?**
- 4- O que o seu trabalho produz?**
- 5- Qual sua opinião sobre as mudanças que vem ocorrendo no mundo do trabalho?**

III – Aspectos relacionados à profissão:

- 1- Você sabia que com a promulgação da Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002 a função de ACS tornou-se profissão?**
- 2- A legalização da profissão alterou alguma coisa no seu trabalho?**
- 3- Que expectativas você tem com relação à profissão?**
- 4- Você sabe se existe um plano de cargo e carreira na SMS para o ACS e o Agente de Combate às Endemias?**

IV- Aspectos relacionados à Educação Permanente:

- 1- O que você entende por Educação Permanente?**
- 2- Que motivos levaram você a participar do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde?**
- 3- Que contribuições o Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde trouxe para a sua prática profissional?**

4-Quais suas expectativas com o curso TACS?

5-Você se sentiu contemplado com a proposta curricular do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde? Em caso positivo ou negativo que temas ou disciplinas você acrescentaria?

6- Os trabalhadores-educadores eram capacitados para a função?

7-Quais as principais facilidades e dificuldades encontradas para participar do curso?

8-Você tem participado por iniciativa própria de outros cursos ou capacitações não ofertadas pela SMS?

9-Que cursos deveriam ser oferecidos pela SMS para melhoria da prática profissional dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias no Programa Saúde da Família?

ANEXOS