

DANIELA FRANÇA DE BARROS

**AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL**

BRASÍLIA

2006

DANIELA FRANÇA DE BARROS

**AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – Convênio Rede Centro-Oeste –, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora

Prof^ª. Dra. Maria Lúcia Ivo

BRASÍLIA

2006

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA MULTIINSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE – CONVÊNIO REDE CENTRO-OESTE

Dissertação intitulada **AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL**, elaborada por Daniela França de Barros como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde, à banca examinadora da Universidade de Brasília.

Comissão Examinadora:

Prof. Dra. Maria Lúcia Ivo

Prof. Dra. Ana Rita Barbieri

Prof. Dr. Elioenai Dornelles Alves

Brasília, 12 de dezembro de 2006.

Ao supremo e eterno Deus que me cercou de amor e fidelidade, mostrando-me que “tudo possa naquele que me fortalece”.

Ao meu amado esposo, Aristides, que acreditou na minha capacidade, me incentivando com muito amor, compreensão e entusiasmo nesse momento de grande conquista.

Aos meus pequeninos filhos, João Pedro e Daniel, forças motrizes na minha caminhada que me levam além das minhas forças.

AGRADECIMENTOS

A Evilásio e Carmelita

Pais abençoados, dedicados, que tanto amo, por me ensinarem a cada dia o valor de viver e amar.

Um Pai guerreiro e batalhador, que lutou pelos trabalhadores ao presidir a Federação dos Trabalhadores da Indústria no Piauí.

Minha Mãe, minha primeira orientadora na vida, meu grande exemplo.

À amada mãe Norma

Minha mãe-irmã-amiga, que por todos esses anos me adotou como filha, investindo em mim como mãe, sustentado os meus sonhos, por acreditar que um dia seria capaz. Este sucesso é seu.

À minha família

José Evilásio, Rosário, Gilberto, Rogéria, Iara, Silvio Roberto, Ana Maria, Eliezio, Flávio e Danilo meus irmãos amados e companheiros, que investiram nos meus estudos.

À amiga Marta Peralba

Doce e guerreira, com quem sempre pude contar para desabafar, sonhar, construir, afagando-me em seu ombro amigo e ajudado-me em todos os momentos.

A Ena Galvão

Grande mestre e amiga com quem pude contar sempre. Exemplo de vida e garra por lutar pela profissionalização dos trabalhadores de nível médio no Brasil por todos esses anos.

Aos Amigos do Ministério da Saúde

Que acreditaram em mim, compreenderam meus momentos e respeitaram minhas limitações.

A Euzi Adriana, Núbia, Teresa, Cláudia Marques, Patrícia Pool, Jorde Francisca e Wandrei pelas contribuições na elaboração do projeto.

A Neuzinha, Tânia, Adriana, Nita Raquel, Fátima Marques, Cecília, Bonifácio, Maria Aparecida, Andréa Alexandre, Mauro, Sara, Deusemar, Rejane, Calos e Eleusis pela companhia, amizade, carinho e apoio.

À professora Maria Lucia

Grande amiga, que aceitou esse desafio..., compreendendo-me, apoiando-me com muito amor, ensinando-me a crescer com humildade. Obrigada pela orientação.

À professora Ana Rita

Co-orientadora, mais que isso foi uma grande contribuinte dessa proposta, obrigada pelo esforço e apoio, especialmente por sustentar o leme quando pensei que ia afundar.

Ao Professor Elioenai

Grande servo de Deus, que tem me apoiado e contribuído grandiosamente na minha caminhada. Obrigada pelo carinho e força.

Às Escolas de Saúde Pública do Ceará e Escola Técnica do SUS do Mato Grosso do Sul

Que me apoiaram, investiram nessa pesquisa e viabilizaram essa construção. Especialmente Dr Carlile, Dr Milton, Miriam, Kiuvia, Evelyn, Marilena e Sr. Israel.

Aos Agentes Comunitários de Saúde

Que participaram dessa pesquisa e contribuíram para aperfeiçoamento da minha prática profissional.

À amiga Dra. Sandra Arantes

Obrigada por um dia me fazer despertar para esse sonho de fazer um mestrado e contribuir para que isso se realizasse.

Ao Bispo Hudson Medeiros, Pr. Abraão, Pra. Vânia e Pra. Risselma

Que tem cooperado com este projeto através de intensas orações.

Às minhas irmãs e amigas na Fé Dra. Zenaide e Dra. Glenda Amaral

Que tem me acompanhado passo a passo na jornada com muito, amor, oração e força.

Às profissionais Juliana Paim, Juliana e Marta Pires

Que tem contribuído em todos os momentos no zelo pela minha família.

“Não que, por nós mesmos, sejamos capazes de pensar alguma coisa, como se partisse de nós; pelo contrário, a nossa suficiência vem de Deus”.

2 Co 3,5.

RESUMO

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL

A profissionalização dos ACS alcança relevância para melhoria das metas da atenção básica no País. Objetivo: Avaliar o processo de formação do Agente Comunitário de Saúde, mediante a política de educação profissional, proposta pelo Ministério da Saúde na etapa formativa I. Metodologia: Pesquisa avaliativa por meio de estudo de caso em Mato Grosso do Sul e Ceará em 2006. 1ª Etapa: avaliação da implantação – análise dos documentos normativos e planos de curso, análise documental, respaldados no Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Análise da proposta pedagógica quanto aos aspectos: organização curricular, objetivos, metodologia e técnicas de avaliação da aprendizagem e perfil demográfico e social dos ACS concluintes da etapa formativa 1- formação inicial. 2ª Etapa: avaliação da implementação Entrevista semi-estruturadas com coordenadores regionais/locais, docentes, supervisores de prática, coordenadores estaduais de PACSPSF e ACS. A coleta de dados foi realizada em conformidade com Resolução 196/96 CNS . A análise das informações (documentos normativos e planos de curso - análise documental. Das entrevistas surgiram categorias para análise: (1) caracterização do perfil dos entrevistados (2) avaliação do Plano de Curso. As entrevistas foram classificadas em ordem numérica e crescente, no Ceará (E1 a E26) e no Mato Grosso do Sul (E 27 a E 52). Resultados : verificou-se que dos 32 ACS entrevistados, 30(94%) são do sexo feminino, 23 (72%) com ensino médio completo, 33 com jornada de 40hs como ACS, 16 (80 %) possuíam experiências anteriores com ACS no PACS/PSF. Os docentes e supervisores de prática são 90% do sexo feminino, na média de idade 43,2 anos MS e no Ce é 41,3 anos, nível pós graduação, sendo 12 enfermeiros. A docência não constitui atividade principal dos profissionais da área da saúde nos estados. Objetivos do curso descritos nas propostas pedagógicas estão compatíveis com as diretrizes formuladas pelo Ministério da Saúde; A opinião dos docentes convergiu com as dos ACS, ao avaliarem positivamente o processo de aprendizagem. Ressaltam o dinamismo e trabalho reflexivo do docente nos conteúdos abordados. Contradições observadas - Distinção entre a docência - teoria e a supervisão - prática. Destaca-se o arcabouço metodológico como elemento central na preocupação tanto de docentes como de supervisores de prática, tempo insuficiente para o preparo das aulas, embora tenha sido enfatizado no Ceará, a disponibilidade de tempo integral para este projeto; (18) supervisores de prática não participaram da capacitação, ou por terem assumido após a sua realização, ou por desconhecimento do processo, não elaboraram o plano de atividade de dispersão em conjunto com os docentes da teoria, não tiveram acesso ao plano de ensino, alegando que o processo de avaliação deu-se de forma mais empírica, com a observação das atividades cotidianos dos ACS. No eixo temático I, em ambos os estados um dos procedimentos de avaliação diagnóstica é a aplicação do pré-teste. A opção metodológica no Plano de Curso foi pelo currículo integrado, orientado pela problematização MS. No Ce não está explícito. Conclusão: As escolas estão sensibilizadas da necessidade de um novo caminho para formação do ACS.

Palavras-Chaves: Avaliação; ACS; Formação

ABSTRACT

EVALUATION OF FORMATION OF THE HEALTH COMMUNITY AGENTS IN BRAZIL

The professionalization of the ACS (Health Community Agents – In Portuguese: Agentes Comunitários de Saúde – ACS) reaches relevance while it draws the society's attention towards the country's basic health system's infra-structure. Objective: Evaluate the process of graduation of The Community Health Agents, by analysing The Brazilian Health Department policy's in their several steps: I. Methodology: Researching and evaluating case scenarios in the states of Mato Grosso do Sul and Ceará in 2006. 1^a Stage: evaluation of the implementation - analysis of the normatives and the documentation used during the graduation of the Agents. This was performed by doing an analysis of the “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”. The relevant aspects taken into account were: curricular organization, objectives, methodologies methods to evaluate the schools exams results. The demographic and social profile of the ACS graduates were also taken into account. The different stages performed at this study were: Stage 1 – Initial Education of the ACS - Studying. Stage 2: Semi-structured interviews conducted with the Local/Regional leaders, teachers, technical supervisors, Civil-Servants Coordinators for PACSPSF and ACS. All data was collected according to “Resolução 196/96 CNS”. Additional analysis of the information (normatives and plans) also took place in the process. For the interview we applied a different approach to analyse the information we obtained: (1) The profile of the interviewed professionals (2) Evaluation of the Course Curriculum. The interviews were classified as following: s ascending order in Ceará (from E1 to E26) and also in ascending order in o Mato Grosso do Sul (from E27 to E52). Results : from 30 out of 32 ACS's interviewed(94%) had the female gender, 23 (72%) out of those 32 were graduated in High School, 33 had a full time job with 40hs as an ACS, 16 (80 %) had previous experience as ACS in PACS/PSF. The teachers and the supervisors of the practices are 90% females, the average age is 43,2 years old in MS and 41,3 in CE. They had a post-graduations level and 12 of them were nurses. Teaching was not their main activity All the teachers agreed with the ACS while evaluating positively the ACS graduation process. They all noted the dynamism and the reflexive work of the themes covered. Contradictions Noted – teachers distinction between – Theory and Practical working. We give special relevance to one of the main worries between the teachers and the supervisors: They all declared not having enough time to prepare/plan their classes although in Ceará they had a full time dedication to the project.; (18) Supervisors did not take place in the training, either for having start their activities after it took place or for not knowing the process. In the Thematic point of view o I, both states the diagnostic evaluation procedure was the Pre-testing. An integrated Curriculum was their mythological option in MS. In Ce this methodology is not so clear. Conclusion: The schools are aware they need to find new approaches, new ways to graduate new ACS's. Key words: Evaluation; ACS; Graduation.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIH – Autorização para Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
APS – Atenção Primária de Saúde
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEB – Câmara de Educação Básica
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEDRHU – Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CEF – Complementação do Ensino Fundamental
CEFORH – Centro de Formação de Recursos Humanos
CES – Conselho Estadual de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CPQ – Complementação da Qualificação Profissional
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ETSUS – Escolas Técnicas do SUS
FAT – Fundo de Amparo ao Trabalhador
FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GM – Gabinete do Ministro
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MEC – Ministério da Educação
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
NOB/RH – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNI – Programa Nacional de Imunização
PPREPS – Programa de Pessoal Estratégico de Pessoal em Saúde
PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
PSF – Programa Saúde da Família
QP – Qualificação Profissional
REFORSUS – Projeto de Reforço à Reorganização do SUS
RETSUS – Rede de Escolas Técnicas do SUS
RH – Recursos Humanos
SES – Secretaria(s) Estadual(is) de Saúde
SESI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SGTES – Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica
SIS – Secretaria de Investimento em Saúde
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UFMS – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UNICEF – Fundo das Nações para a Infância
UnB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 MARCO TEÓRICO	19
2.1 Políticas de Saúde no Brasil: tecendo relações entre a constituição de modelos assistenciais e a formação profissional na saúde	19
2.2 Análise histórica retrospectiva enfatizando o Agente Comunitário de Saúde	44
2.3 Aspectos conceituais e normativos da formação profissional do agente comunitário e saúde	53
3 OBJETIVOS	64
3.1 Geral	64
3.2 Específico	64
4 TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA	65
4.1 Bases teóricas da avaliação	65
4.2 Tipo e local da pesquisa	67
4.3. Procedimentos metodológicos e período de coleta de dados	67
4.4 Universo e sujeitos da pesquisa	68
4.5 Análise das informações	69
4.6 Validade e uso dos resultados	69
4.7 Considerações éticas	69
5 RESULTADOS E ANÁLISES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	70
5.1 Os Cenários estudados: Mato Grosso do Sul e Ceará	70
5.1.1 Mato Grosso do Sul	70
5.1.2 Ceará	71
5.2 Caracterização do perfil dos entrevistados	71

5.3 Caracterização das Experiências	75
5.3.1 Caracterização das experiências dos ACS	75
5.3.2 Caracterização das experiências da equipe técnica das escolas	79
5.4 Avaliação do Plano de Curso	82
5.4.1 Aprendizagem significativa	82
5.4.2 Caracterização do Plano de Curso	87
6 AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CURSO DAS INSTITUIÇÕES FORMADORAS DO MATO GROSSO DO SUL E CEARÁ	101
6.1 A avaliação da etapa formativa I sob o ponto de vista dos ACS e equipe técnica	102
6.2 Considerações acerca da organização curricular e opção metodológica do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde	105
7 CONCLUSÃO	110
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICES	125
Apêndice A	125
Apêndice B	128
Apêndice C	131
Apêndice D	134
Apêndice E	136
ANEXOS	139
Anexo A	149
Anexo B	140

1 INTRODUÇÃO

No final da década de 1980, o movimento de reforma sanitária, ao lado de outras forças democráticas, conquistou importantes mudanças nas formas de intervenção estatal sobre as práticas e problemas de saúde. Produziu-se uma reformulação do modelo assistencial vigente, por meio da criação de um sistema sob comando único – o Sistema Único de Saúde (SUS), com as mesmas doutrinas e princípios adotados em todo o País. Tal sistema baseava-se na universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e na participação social, bem como admitia a participação supletiva do setor privado (BRASIL, 1990c; PAIM, 2002).

Esses princípios doutrinários, legitimados na Constituição de 1988, objetivavam reordenar os serviços e ações, por meio da promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde e baseava-se

Numa mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial, centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, onde haja incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (BRASIL, 1990c, p.17).

Nessa proposta de reorganização dos serviços de saúde, a atenção primária corresponde às ações assistenciais de baixa complexidade, mas de alta frequência, que passaram a ser desenvolvidas em unidades básicas, tais como postos ou centros de saúde, considerados, a partir daí, como porta de entrada para um sistema de saúde hierarquizado segundo níveis de complexidade. Esse acontecimento desencadeou uma ampliação significativa da rede de serviços no nível primário, assumidos pelos municípios, o que gerou a necessidade de um incremento na formação de profissionais de saúde (BRASIL, 1990c; NOGUEIRA, 1986).

Nesse período, no Brasil, observou-se uma progressiva expansão de ensino de nível técnico na saúde, especialmente na área de enfermagem; essa expansão, no entanto, não foi suficiente, em face do crescimento da demanda por novos profissionais gerada pelos serviços de saúde (NOGUEIRA, 1986).

Os novos preceitos constitucionais atribuem ao SUS a formação dos profissionais de saúde. Assim, tendo-se em conta a necessidade de expansão de cobertura dos serviços de saúde pelos municípios, viabilizou-se a formação desses profissionais pelos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CEDRHUs), das secretarias estaduais de saúde (SES).

Apontou-se a necessidade de ampliar esses espaços de formação e investir nos profissionais de saúde, por intermédio da metodologia de educação em serviço, realizada por meio do Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Saúde, conhecido como Projeto Larga Escala. Promoveu-se, também, a criação dos Centros de Formação de Recursos Humanos em Saúde (CENFOR) e das Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETSUS), instâncias vinculadas às SES. Essa estratégia político-pedagógica tinha, entre outros, o intuito de extinguir os treinamentos em serviço voltados para a execução de tarefas específicas e de promover a profissionalização dos trabalhadores inseridos nos serviços sem a devida qualificação (SANTOS; SOUSA, 1989; RODRIGUES NETO, 1990).

No entanto, essas estratégias não foram suficientes, pois persistia a dificuldade desses trabalhadores, que em geral possuíam apenas o nível de escolaridade fundamental, insuficiente para a admissão em cursos profissionalizantes de nível médio (BRASIL, 2001).

Esse foi um dos motivos que levou o Ministério da Saúde, em 2000, a criar o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), que ofereceu aos 225 mil trabalhadores cadastrados pelas secretarias municipais de saúde, os cursos de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem, complementação da qualificação profissional de auxiliar de enfermagem em técnico de enfermagem e a complementação do ensino fundamental aos trabalhadores que não possuíam a escolaridade exigida para a qualificação (BRASIL, 2001).

Além dessas, outras iniciativas foram implementadas pelo Ministério da Saúde, na área de formação, visando reforçar o papel do SUS como formulador de políticas de formação de profissionais para a saúde. Importante exemplo disso foram pólos de formação, capacitação e educação permanente em saúde do Programa Saúde da Família, a partir de 1998.

Contudo, esses processos de formação realizados no âmbito do SUS tentaram dar resposta às necessidades de formação de forma pontual, com conteúdos fragmentados, repetitivos e previamente definidos, baseando-se numa lógica vertical da Educação Continuada. Santana (2002) sistematiza com propriedade os riscos e limitações do modelo de educação até então adotado:

A concepção e a operação de programas de educação continuada constituem desafios cuja superação deverá exigir os melhores recursos intelectuais, técnicos e financeiros das organizações de saúde sob pena de, ao invés de contribuir para as mudanças do pensar e do agir do pessoal de saúde, servir para escamotear ou mesmo reforçar o velho pensar e agir daquele pessoal. (SANTANA *apud* PAIM, 2002, p. 228).

Desde 2004, o Ministério da Saúde tem proposto políticas direcionadas para a formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade, adotando a Educação Permanente como estratégia fundamental para dar nova organização às práticas de atenção, gestão e controle social (BRASIL, 2004d).

Segundo Hadad, Roschke e Davini (1994), a Educação Permanente pressupõe um processo permanente de educação em serviço, de natureza participativa, aprendizagem e conhecimentos baseados no processo de trabalho cotidiano e na transformação das práticas de saúde. Esse processo teve seu início na Europa no século XX, com o objetivo de viabilizar a educação do pessoal em serviço.

No Brasil, essa estratégia manteve por várias décadas um caráter incipiente, tendo sido implementada somente em algumas experiências pontuais. A ampliação dessa discussão em âmbito nacional, foi viabilizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 1984, e, nos anos 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/1990), segundo a qual um dos objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde é a ordenação da formação dos trabalhadores do setor, com base em metodologias mais reflexivas, voltadas ao aprendizado no próprio exercício profissional.

Essas metodologias foram disseminadas e passaram a ser adotadas com a implantação dos pólos de formação, capacitação e educação permanente em saúde do Programa Saúde da Família (PSF). Essa iniciativa amplia seu potencial, tornando-se uma política de educação e desenvolvimento para o SUS, por intermédio da Secretária de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), instituída pela Portaria n.º 198/2004.

Para atender ao novo modelo de atenção em saúde, foi criada uma nova categoria de trabalhador em saúde, o Agente Comunitário de Saúde, para atuar nas unidades básicas de saúde, com a finalidade de ser o elo entre a comunidade e os serviços de saúde, articulando as ações básicas de saúde direcionadas às famílias e à comunidade com atividades fora dos muros das unidades de saúde.

Essa estratégia era voltada para um modelo assistencial integral em áreas geográficas circunscritas e incorporou aos serviços os Agentes Comunitários de Saúde, desprovidos de formação prévia na área de saúde, tendo ficado ao encargo dos gestores do SUS sua formação, capacitação e educação permanente em serviço.

Inicialmente, levando em consideração que compete ao Ministério da Saúde a formulação de recursos humanos para atender a tais políticas, e entendendo que a educação é um processo contínuo e dinâmico apreendido a partir das necessidades ou problemas sociais vivenciados.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Políticas de Saúde no Brasil: tecendo relações entre a constituição de modelos assistenciais e a formação profissional na saúde

As transformações econômicas e socioculturais vivenciadas no cenário brasileiro nas últimas décadas estimularam a reorganização do sistema de saúde do País. Analisando a organização da prestação de serviço, com base nas dimensões da gestão da educação e da organização dos modelos assistenciais, com base em diversos autores, como Baptista (2005), Paim (2003b), Carvalho, Martin e Cordoni. (2001), Mendes (1996), verifica-se a necessidade de uma revisão bibliográfica dos períodos políticos marcantes na constituição do desenho institucional das políticas de saúde e das perspectivas dos recursos humanos na saúde no Brasil.

Desse modo, vale destacar questões relacionadas a modelos de formação e de adequação de recursos humanos, de diretrizes, planos e programas instituídos no período republicano.

- **Fim do Período Colonial e Império**

A família real portuguesa, que chegou ao Brasil em 1808, desenvolveu uma série de intervenções sanitárias com o intuito de assegurar uma mão-de-obra saudável para a manutenção dos negócios da realeza. Foi a partir desse contexto que se iniciou a regulamentação das práticas profissionais de saúde, antes exercidas por práticos, curandeiros, pajés, jesuítas. Foi criada, então, a Escola Médico-Cirúrgica, a primeira instituição formadora na área médica do País, em Salvador. Também, foram criados hospitais, entre eles, o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro no Rio de Janeiro (BAPTISTA, 2005; PAIM, 2003b).

No âmbito da educação profissional, surgiram as primeiras propostas rumo à profissionalização dos menos favorecidos socialmente no Brasil. Foi criado em 1809, por D. João VI, o “Colégio das Fábricas”, posteriormente a “Escola de Belas Artes”, que se propunha articular o ensino das ciências ao do desenho, de forma a implementar os ofícios mecânicos. Ao mesmo tempo, a realeza remediava a situação dos que não tinham acesso ao ensino particular,

considerados “órfãos e desvalidos da sorte”, por meio do ensino profissionalizante que propiciava formação com caráter paternalista. Essa situação se manteve até o final do Império (BRASIL, 2000a).

- **República Velha (1889 – 1930)**

Essa situação se manteve até o final do período imperial. A passagem do Império para a República foi realizada por meio de um golpe de Estado, articulado pela aristocracia rural e pelo exército. O Brasil apresentava algumas mudanças socioeconômicas, tais como o crescimento das aglomerações urbanas e o incipiente processo de industrialização. Dessa forma, as iniciativas no campo da formação profissional foram ampliadas, tendo agregado outros atores, como os trabalhadores das áreas industrial, comercial e agrícola, por intermédio dos Ministérios da Agricultura, Indústria e Comércio. Foram criados, nesse início de República, os “Liceus de Artes e Ofícios” e as “Escolas de Aprendizes Artífices” (BRASIL, 2000a).

Baptista (2005) e Paim (2003b), entre outros, fazem uma retrospectiva desse período e destacam que a economia brasileira pautava-se pelo modelo econômico agroexportador, voltado para a produção de comércio de açúcar, borracha e, principalmente, de café, sendo posteriormente acompanhado da criação das primeiras indústrias, com investimentos voltados para as áreas de energia, siderurgia e transportes. Diferentemente de outros países do Ocidente, no Brasil, as indústrias consideradas infra-estruturais, como a do aço e a de energia, foram constituídas por iniciativa do Estado. Tal política foi acentuada no período do governo Vargas.

As políticas de saúde foram priorizadas nos planos de governo, que perceberam que suas bases econômicas poderiam ser ameaçadas pelo surgimento de doenças transmissíveis (febre amarela, cólera, varíola, sífilis, tuberculose e endemias urbanas). O Estado passou a buscar respostas na organização de serviços de saúde pública e na realização de campanhas sanitárias. No entanto, essa ação não vislumbrava proporcionar aos trabalhadores direito à saúde, mas sim manter a força de trabalho em condições de continuar produzindo, por meio redução da insalubridade nos portos, o controle de endemias rurais e o saneamento urbano.

Exemplo disso foi a vacinação obrigatória nos portos da capital do País contra a febre amarela, formulada e conduzida por Oswaldo Cruz, gestor da Diretoria-Geral de Saúde Pública

do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o que propiciou o surgimento do Modelo Sanitarista Campanhista.

Partindo desse contexto, os operários do setor ferroviário e marítimo mobilizaram-se em busca dos seus direitos, avançando na criação de movimentos sociais que resultaram na criação da Lei Eloi Chaves, em 1923 e dando início à assistência previdenciária no País, que só veio a se consolidar após os anos 1960. Essa foi a primeira intervenção estatal que visou assegurar direitos previdenciários a trabalhadores formais que trabalhavam em condições desfavoráveis e se materializou na criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

A saúde pública caracterizava-se por ações coletivas e preventivas. Quanto à assistência médica, na área de atenção individual, as ações eram prestadas por instituições privadas, enquanto os indigentes eram atendidos por entidades de caridade, como a Santa Casa de Misericórdia (GUIMARÃES, 1982).

- **Fim da República Velha – Era Vargas – Período Populista (1930 – 1964)**

Getúlio Vargas chegou ao poder por meio de um golpe de Estado, denominado “Revolução de 30”, que pôs fim à República Velha, modelo político-econômico construído pela elite agroexportadora, que agonizava sob o peso da crise das exportações de café. Diante desse cenário, Vargas procurou governar com base na ampliação do capital industrial, sem desprezar os interesses da oligarquia agrária (PAIM, 2003b; CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001).

Em 1937, Getúlio protagoniza novo golpe de Estado, cria o chamado Estado Novo e outorga uma nova Constituição, apelidada de “Polaca”, já que inspirada na Constituição polonesa da época, de viés fascista.

Nesse período, ações governamentais voltadas para a educação profissional foram ampliadas e definidas em “Leis Orgânicas do Ensino Profissional”. Nesse sentido, merece destaque a parceria do governo com sindicatos e empresas para a formação de duas das organizações constitutivas do chamado “Sistema S”: o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SESI), em 1942, e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), em 1946. Essas organizações tinham o objetivo de formar os filhos de operários que precisavam ingressar precocemente no mercado de trabalho (BRASIL, 2000a).

A situação sanitária era, então, bastante precária no País. Aumentava o risco de infecção da malária, tuberculose, febre tifóide, disenteria e outros tipos de doenças. Destacam-se entre as maiores taxas de óbito, em 1940, a mortalidade infantil e a morte por tuberculose (BASTOS, 2003, p. 15).

Como uma das estratégias de abordagem dessas dificuldades, foi firmado, em 1942, um acordo entre os governos brasileiro e estadunidense, por meio de um contrato entre o Ministério da Educação e Saúde e o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA). Seu objetivo era o desenvolvimento de um programa cooperativo de saúde e saneamento em prol dos trabalhadores do País, a ser implementado pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

Essa proposta abrangia inicialmente áreas estratégicas para a comercialização de matérias-primas, como o Vale do Amazonas, para onde migravam trabalhadores nordestinos que iriam trabalhar na extração da borracha; e posteriormente o Vale do Rio Doce, nas principais cidades localizadas ao longo da estrada de ferro Vitória – Minas, onde era explorado o minério de ferro.

A partir de 1949, houve expansão das ações do SESP para outros estados, que deixaram de ter caráter apenas emergencial para se tornar uma política de base nos municípios do interior. Foi criado o posto de higiene cuja equipe era composta dos seguintes profissionais: médico, secretário-caixa, auxiliar de escritório, visitadoras-sanitárias, guarda-sanitário (auxiliar de saneamento), laboratorista, jardineiro e servente (BASTOS, 2003).

Passaram a ser desenvolvidas atividades preventivas e curativas separadamente. Dentre as atividades desenvolvidas pelo SESP destacam-se: saneamento do meio ambiente, assistência médica a adultos e crianças, educação para a saúde, controle de doenças transmissíveis e treinamentos de pessoal, profissional e auxiliar (BASTOS, 2003, p. 166).

Até 1945, vigorou no País um modelo de saúde denominado sanitarista, pautado por ações de saúde pública dirigidas a grupos específicos ou a agravos com ressonância social e econômica, que mobilizava grande quantidade de recursos em campanhas temporárias. A partir daí, houve um período de transição que perdurou até 1960 (PAIM, 2003a; CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001).

Quanto às estratégias implementadas para discutir, delimitar e fortalecer as políticas de saúde, destacam-se as Conferências Nacionais de Saúde (instituídas em 1937), que serão abordadas posteriormente, com enfoque nas questões referentes à formação de recursos humanos para o nível médio.

O Ministério da Educação e Saúde, criado em 1930, transformou-se em 1953 em Ministério da Saúde. Com poucos recursos e ações preventivas pontuais, apoiadas por estados e municípios, pautou suas ações por campanhas e programas especiais de saúde pública (materno-infantil, tuberculose, hanseníase), direcionados a segmentos populacionais excluídos do mercado formal, como empregadas domésticas, desempregados e trabalhadores rurais.

Essa época é marcada pela expansão dos serviços de saúde, principalmente ambulatoriais, realizados em centros, postos de saúde, maternidades, serviços de pronto-socorro e outros, espaços destinados ao atendimento dos segmentos populacionais excluídos.

Ao mesmo tempo, eram criados grandes hospitais, com serviços especializados e tecnologia de última geração. Estes passaram a ser o principal ponto de referência para o atendimento da população que usufruía os benefícios dos serviços previdenciários, ou que podia pagar caro por serviços particulares, ou ainda que podia usufruir esses serviços por meio de convênios-empresa. (BAPTISTA, 2005; PAIM, 2003a).

Em 1960, foram encerrados os convênios que mantinham o SESP. O então presidente da República, Juscelino Kubitschek, criou a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – FSESP, vinculada ao Ministério da Saúde. Dentre os objetivos básicos da fundação, Bastos (2003, p. 142-143) destaca:

Organizar e operar serviços de saúde pública e assistência médico-hospitalar nas áreas do território nacional onde se desenvolvem ou venham a se desenvolver programa de valorização, sempre que tais serviços não constem de órgãos federais específicos; desenvolver um programa de educação sanitária nas localidades onde mantiver unidades sanitárias; promover a formação e treinamento de pessoal técnico e auxiliar necessário à execução de suas atividades e desenvolver programas em cooperação com os Estados, o Distrito Federal, os territórios ou os Municípios, visando à higienização dos bairros pobres e a solução de problemas de saúde pública.

O processo de urbanização e o desenvolvimento econômico produziram um impacto positivo sobre as condições de saúde e higiene da população, o que provocou drástica redução nos níveis de mortalidade infantil e mortalidade geral da população. Ao mesmo tempo, os altos níveis de natalidade se mantiveram. A combinação desses fatores gerou um crescimento da população em torno de 28% na década de 1960.

Sobre esse processo de reformulação das políticas do setor saúde no Brasil, Médici (1987) afirma que, a partir dessa, houve mudanças significativas no modelo de atenção no que diz

respeito à ampliação da produção de serviços médico-hospitalares para atender a política previdenciária.

O aumento da cobertura previdenciária demandou aumento da formação de profissionais de saúde, especialmente de médicos. Esse fato acompanhou a expansão do ensino superior na América Latina; no entanto, o mesmo não sucedeu no ensino médio. Técnicos e auxiliares não eram vistos como prioridade na agenda de formação, muito embora o crescimento do nível elementar tenha sido considerável, sendo absorvido nos serviços sem qualificação.

Até o início da década de 1960, quando foi promulgada a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº. 4.024/61), que equiparou todos os cursos do mesmo nível, com vistas à equivalência e à continuidade dos estudos nos níveis subseqüentes, não era permitida a equivalência entre o ensino regular e o profissionalizante.

Aos que concluíam os cursos profissionalizantes, era exigido exame para as disciplinas não estudadas. Isso é perfeitamente coerente com um quadro de

Não-entendimento da abrangência da educação profissional na ótica do direito à educação e ao trabalho, associado-o unicamente à “formação de mão-de-obra”, [que] tem reproduzido o dualismo existente na sociedade brasileira entre as “élites condutoras” e a maioria da população, levando, inclusive, a se considerar o ensino normal e a educação superior como não tendo nenhuma relação com a educação profissional (BRASIL, 1999b, p. 20)

Outra estratégia política de destaque foi a criação do Ministério do Trabalho em 1930, que passou a gerir os processos referentes à medicina previdenciária e à saúde ocupacional, baseados na obrigatoriedade da carteira de trabalho, definição da jornada de trabalho, férias e salário mínimo. As Caixas de Aposentadorias e Pensões foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que promoviam atendimento médico-hospitalar aos trabalhadores formais, por categoria.

Essa estratégia política foi apoiada pelo sindicato dos trabalhadores e culminou em uma administração autoritária. Alguns privilégios eram concedidos às categorias de trabalhadores beneficiadas, tais como assistência médica, previdência, pensões (BAPTISTA, 2005, PAIM, 2003b, CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001).

Isso viabilizou a construção de um novo modelo que se consolidou após 1960, principalmente no decorrer do governo militar, denominado Modelo Médico Hegemônico e,

também, conhecido como Médico Assistencial Privatista, que vigorou no País até o final dos anos 1980. Esse modelo caracterizava-se pelo atendimento aos que o procuravam por “livre iniciativa”; ou seja, era um atendimento pautado pelas demandas dos trabalhadores que, mediante suas queixas e dores, só procuravam atendimento quando estavam “doentes”.

Sua ênfase estava na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio-diagnóstico e terapêutico. Esse modelo teve origem na assistência filantrópica e na medicina liberal e foi fortalecido pela previdência social (PAIM, 2003a; CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001).

Quanto às características socioeconômicas, esse período foi marcado pela continuidade e aceleração dos processos de industrialização e urbanização e pelo significativo aumento do número de pessoas assalariadas. Médici (1990), ao abordar as modificações históricas que permeiam a evolução da força de trabalho em saúde, afirmam que o mercado de trabalho passou a existir quando surgiram “relações sistemáticas de compra e venda da força de trabalho em saúde no mercado”. Esse processo se articula com a dinâmica geral do capitalismo, que fez emergir o trabalho assalariado e heterogêneo em lugar do trabalho autônomo, artesanal.

Para Médici (1990), nessa época, foi elaborado o conceito de profissional de saúde “fortemente determinado pelo grau de desenvolvimento sócio-econômico” (*sic*), segundo o qual o perfil e a atuação do profissional depende da sociedade em que o mesmo está inserido. Dessa forma, observa-se, também, a constituição de dois mercados de trabalho com características próprias que, ao serem analisadas, permitirão compreender como estão organizadas estas ofertas de força de trabalho em saúde:

1. Mercado de trabalho institucional e regulamentado: constituído por profissionais com formação reconhecida pelo Estado e pelas corporações dominantes do setor. Caracteriza-se pelo assalariamento ou compra ou venda contratual de serviços com instituições governamentais.
2. Mercado de trabalho informal, também denominado não-institucional ou não-regulamentado: composto por categorias profissionais sem formação prática ou acadêmica reconhecida. Caracteriza-se por mão-de-obra que ingressa no setor sem qualquer nível de qualificação.

Ao analisar esses componentes dos mercados de trabalho em saúde, conclui-se que perduram alguns traços característicos desse período:

- insuficiência da oferta de serviço a populações mais carentes;
- prestação de serviços por médicos recém-formados ou estudantes de medicina, por valores abaixo do mercado;
- queda da qualidade dos serviços prestados; e
- combinação de dois ou mais empregos assalariados.

- **Regime Militar (1964 – 1984)**

A urbanização acelerada ocorrida no período anterior, provocada pelo processo de industrialização e de expulsão dos pequenos produtores do campo, aconteceu mais rapidamente do que as políticas públicas. Às condições desfavoráveis de vida da população – sem transporte público, escolas e serviços de saúde adequados – e às reivindicações trabalhistas e socialistas, as classes dominantes responderam com o golpe militar 1964, que deu início a um governo autoritário de cerca de vinte anos.

Nogueira (1986) faz uma análise do panorama econômico desse período e afirma que o Brasil experimentou uma acentuada expansão na sua economia, em decorrência da produção industrial de bens de consumo duráveis e bens de capital. Esse foi o chamado “milagre econômico brasileiro”, que perdurou até 1974. O País aumentou suas importações e exportações, movimentando o mercado com financiamento externo e obtendo um crescimento de 4% da taxa de emprego urbano no País.

O modelo restritivo da medicina previdenciária, centrada no seguro-saúde, foi substituído por um modelo mais universal de seguridade social, que permitia o acesso a todos, independentemente da contribuição previdenciária. Sobressaiu a compra de serviços de assistência médica, privilegiando o setor privado, que expandiu de forma plausível o número de leitos hospitalares. Conseqüentemente, observou-se, também, um aumento da capacidade de absorção de emprego no setor hospitalar privado, resultante do investimento de recursos financeiros pelo sistema previdenciário (PAIM, 2003a, CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001).

No que se refere à gestão de recursos humanos, Ribeiro e Motta (1996) resgatam a trajetória das conferências e afirmam que, no seu período inicial, “[...] a abordagem de recursos humanos limita-se a disposições mais gerais relativas à formação de nível superior, centrada na figura do profissional médico”. Em 1963, na 3ª Conferência Nacional de Saúde, foi discutida a profissionalização do nível médio, apresentando a proposta de preparação desses trabalhadores, como consequência da expansão do setor saúde, conforme ressaltado anteriormente. Somente na 4ª Conferência Nacional de Saúde, em 1967, foram priorizados, como tema central, os “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”, que trouxe como proposta a formulação de política permanente de recursos humanos voltada para o ensino no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (BRASIL, 1993a; COSTA, 2006).

A despeito das preocupações quanto à formação dos profissionais de saúde de nível médio, até os anos 1980, predominava a contratação de pessoal desqualificado para os serviços. Médici (1987) faz uma análise da força de trabalho em saúde, na década de 1970, e afirma que houve um aumento significativo de pessoas desqualificadas (em especial atendentes), que atuavam nas atividades hospitalares, passando de 32.137 para 85.541 o número desses profissionais sem qualificação.

Pautada nesse cenário, Silva (2002) analisa as primeiras propostas de formação do pessoal de nível médio de saúde e afirma que, nesse período, a formação dos profissionais para a saúde era exercida pelo sistema educacional, que oferecia “áreas de formação profissionalizante”. Cabia aos serviços, quando havia interesse, a responsabilidade pelos treinamentos para implementação de programas especiais. Esse tipo de formação, de treinamento para o serviço, mediante alguma atividade específica, era uma ação predominante em instituições públicas.

Esse modelo não deu conta das demandas de qualificação profissional, pois

A formação profissional limitava-se ao treinamento para a produção em série padronizada, com a incorporação maciça de operários semiqualeificados, adaptados aos postos de trabalho, desempenhando tarefas simples, rotineiras previamente especificadas e delimitadas. (BRASIL, 2001b, p. 77)

Tal situação se reproduziu no setor da saúde. A educação não desenvolvia ações conjuntas e articuladas com a saúde para a formação desses profissionais. As propostas eram desagregadas e não se pautavam por um diagnóstico que apontasse as necessidades do setor da saúde, obrigando-o a criar condições emergenciais para suprir as dificuldades verificadas na prática. Esse treinamento emergencial era, evidentemente, marcado pela precariedade.

Esses profissionais, necessariamente, prestavam assistência direta a pacientes, principalmente, nos hospitais, sem a devida qualificação. Costa (2006) resalta aspectos políticos da organização do setor da saúde e afirma que estávamos diante de um processo de descentralização, almejando a concretização das propostas de municipalização, que propunham reordenar os serviços de assistência médico-sanitária, objetivando a definição de novas atribuições e responsabilidades nos níveis político-administrativos em todo o País.

Dessa forma, não era possível ainda vislumbrar uma política que priorizasse a formação profissional, integrando ensino-serviço. Por outro lado, as instituições formadoras enfrentavam, também, situações desfavoráveis. O Ministério da Saúde apontava “os atuais centros de preparação federais e estaduais são em número restritos, pouco aparelhados, e sem condições reais de expansão, visando à descentralização do ensino, [...]” (BRASIL, 1993a, p.20).

No que se refere ao aparato legal que regulamentava a educação profissional, foi promulgada, em 1971, a Lei nº. 5.692/71, que generalizou a profissionalização no ensino médio, denominado segundo grau. Rodrigues Neto (1990, p. 55) tece críticas a esse modelo educacional e afirma que “o ensino profissionalizante de 2º. grau não tem sido eficaz para a formação de pessoal auxiliar e técnico da área de saúde”. Suas afirmações se apóiam na dificuldade de estruturar e oferecer as práticas necessárias e relevantes que confirmam habilidades a esses profissionais, pois o ensino não preparava o aluno nem para o exercício da profissão nem para a continuidade de seus estudos.

Esses aspectos levaram a reflexão dos gestores da educação e o início de mudanças do modelo com o nascedouro do embrião da educação profissional, realçando a proposta explicitada na LDB, que objetivava a construção de uma nova abordagem pedagógica em que o conhecimento a ser adquirido pudesse ser integrado ao trabalho realizado, por meio da aprendizagem reflexiva e da ressignificação de práticas, de forma que esse processo produzisse

um significado a esse aluno-trabalhador e se aproximasse de um processo descentralizado de ensino-aprendizagem (BRASIL, 1993a).

Outra iniciativa importante da ampliação dessas propostas políticas foi a criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), como forma de unificar os IAPs, e, em 1973, o FUNRURAL, objetivando estender os serviços de assistência médica previdenciária aos trabalhadores rurais (PAIM, 2002; CARVALHO; MARTIN; CODORNI, 2001).

Em 1974, destacou-se a implantação do Plano de Pronto Ação, que ampliaria o atendimento a todos os brasileiros, independentemente de sua situação previdenciária, em hospitais e clínicas de saúde, em casos de urgência. Essa iniciativa governamental não se traduziu em melhoria das condições de saúde da população, uma vez que o atendimento permanecia inadequado e ineficaz. Ao contrário, criou uma situação que perdura até os dias de hoje, que é a busca de serviços de urgência e emergência para consultas médicas. No entanto, apesar de suas limitações, consistiu num reforço das tendências que apontavam para o projeto de universalização da saúde, conforme afirmam Baptista (2005) e Paim (2003a).

Esse modelo, absolutamente centrado no hospital e no médico, contribuiu para uma ampliação dos casos de doenças infecciosas e o surgimento de outros agravos, como as doenças do aparelho circulatório.

Nesse contexto, foi realizada a 5ª Conferência Nacional de Saúde, em 1975, cujo objetivo foi definir atribuições dos ministérios e responsabilidades das esferas de governo, bem como discutir, como tema central, a “Proposta de Instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS)”, aprovada pela Lei 6.229/75. Esse foi, segundo Batista (2005, p.25), o “primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional que desenvolveu um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo”.

O modelo previa o treinamento em serviço para os profissionais de nível médio e a implementação de novos métodos pedagógicos, explicitados na LDB. No entanto, não contemplava o setor privado, que lucrava com a mercantilização dos serviços de saúde.

Dois anos mais tarde, foi realizada a 6ª Conferência Nacional de Saúde, que abordou, pela primeira vez, de forma explícita, a educação continuada. Surgiu, então, a carreira de sanitário a partir da oferta de especialização *lato sensu*, como forma de qualificar os recursos humanos para os serviços públicos relacionados ao setor da saúde. Tais cursos ofereciam conteúdos em

Epidemiologia, Metodologia, Políticas de Saúde e outros, a fim de suprir deficiências da formação acadêmica.

Cabe mencionar, também, que, nesse período, intervenções políticas resultaram na integração dos ministérios da Saúde e Previdência, com ênfase na Atenção Primária de Saúde (APS). Na década de 1970, a Organização Mundial da Saúde deu início a uma campanha mundial de valorização da assistência à saúde no nível primário, como mecanismo para ampliar o acesso de todas as populações aos serviços de saúde, melhorar os indicadores de saúde e diminuir os custos com serviços médico-hospitalares.

No Brasil, em um esforço para melhorar os indicadores de saúde, deu-se início à lógica de integração das ações preventivas e curativas. Com apoio de secretarias estaduais e municipais de saúde, surgiram grandes programas nacionais, como o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Especial de Controle de Esquistossomose, entre outros.

Instituídos em 1976, dois programas foram criados com o intuito de concretizar a aplicação dos princípios da atenção primária à saúde e viabilizar a implantação de programas sociais de extensão de cobertura por serviços de saúde:

- O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS); e
- O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS).

O PIASS objetivava estender serviços de atenção básica à saúde ao Nordeste do País, por meio das seguintes diretrizes: a) ampla utilização de pessoal auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas; b) prevenção de doenças transmissíveis, atendimento a doenças mais frequentes e detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao encaminhamento a serviços especializados; c) desenvolvimento de ações de saúde de baixo custo e alta eficácia; d) disseminação de unidades de saúde do tipo miniposto, integradas ao sistema de saúde da região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos; e) integração dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde; f) ampla participação comunitária; g) desativação gradual de unidades itinerantes de saúde, a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente (BRASIL, 1976).

As ações do PIASS foram ampliadas para outras regiões: Sudeste (Espírito Santo e Minas Gerais), Norte, Noroeste e São Paulo (Vale do Ribeira), incorporando os agentes de saúde e auxiliares de saúde e promovendo o nascedouro do PPREPS (BRASIL, 1979).

O Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, viabilizado a partir de um acordo de cooperação técnica entre, de um lado, os ministérios da Saúde e da Educação e Cultura e, de outra, a Organização Pan-Americana da Saúde, objetivava “promover a adequação (quantitativa e qualitativa) da formação de pessoal de saúde às necessidades e possibilidades dos serviços, por meio da progressiva integração das atividades de formação à realidade do Sistema de Serviços de Saúde” (CARLYLE et al. *apud* SILVA, 2002 p. 9). Isso deveria ocorrer por intermédio de ações específicas, a saber:

1. Preparação de 10.771 pessoas de nível médio (técnico e auxiliar) e 38.584 de nível elementar no País. Foram definidas as seguintes estratégias:

A capacitação de agentes comunitários leigos não pertencentes a quadros institucionais dos serviços de saúde; a ênfase no treinamento integrado ao serviço, de caráter polivalente, na utilização de instrutores/supervisores de nível médio e no desenvolvimento de metodologias educacionais correspondentes (SILVA, 2002, p.10).

2. Integração docente-assistencial apoiando a constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente-assistenciais para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes, objetivando implantar o processo de regionalização dos serviços e a articulação técnica e administrativa entre as múltiplas instituições do setor.
3. Apoio ao estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, viabilizada em todo o País, por meio de projetos de desenvolvimento de RH, integrada aos sistemas de planejamento setorial respectivo, objetivando assegurar o desenvolvimento de RH em saúde nas secretarias estaduais de saúde.

Diante desses processos históricos do setor saúde no País, observa-se que, a partir de 1976, a formação e a capacitação de pessoal de nível técnico e auxiliar ganhou espaço entre as políticas de governo, pois a crise econômica do País, caracterizada pelo “fim do milagre econômico”, implicava a reestruturação das ações de saúde, priorizando os cuidados prestados na rede ambulatorial.

Como estratégia de enfrentamento da crise financeira instalada na previdência social, surgiu uma proposta denominada Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) que não pôde ser viabilizada por falta de recursos financeiros (CARVALHO; MARTIN; CODORNI, 2001).

Foi criado o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social, de forma a articular saúde, previdência e assistência no Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que coordenaria as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social (BAPTISTA, 2005).

Nesse sentido, baseando-se nas afirmações de Paim (2002) e de Mendes (2001), constata-se que o Estado brasileiro, orientado pela análise da situação da organização dos serviços e da assistência oferecida, partia rumo à descentralização. Criou-se, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que passou a coordenar as ações de saúde por meio da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), mediante o pagamento dos serviços pelas autorizações para internação hospitalar (AIHs), extinguindo a compra de serviços ao setor privado realizada pelo INAMPS. Essa forma de prestação de serviços, caracterizava-se pelo “repasso financeiro através de convênios e de critérios normativos centrais”. Reforçando essa iniciativa, foi criado o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), em 1982. (PAIM, 2003b; CARVALHO; MARTIN; CODORNI, 2001).

Os movimentos sociais – estudantil, sindical, sanitário – ganham força política com a conquista da democracia. Nesse contexto, destacam-se as intervenções do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Especificamente no campo da saúde, a luta social estrutura o Movimento pela Reforma Sanitária. Segundo Paim (2002, p. 245), “A Reforma Sanitária Brasileira é um projeto político-cultural nascido da sociedade civil, no interior dos movimentos sociais pela democratização da saúde”.

A formação de RH ganha destaque como política de governo a partir da experiência bem-sucedida do PPREPS. Rodrigues Neto (1990, p. 38) destaca a importância da discussão da política de pessoal, ao avaliar o processo de formulação conceitual e estratégica do SUS. Para ele,

Esta é uma área de grande indefinição por não possuir ainda estratégias claras de resolutividade das questões referentes à organização, formação e educação continuada do pessoal de saúde, muito embora já tenhamos princípios e diretrizes estabelecidas para o setor saúde, estes profissionais permanecem ao longo de décadas em situação precária no que se refere aos vínculos empregatícios, por não possuírem carreira profissional e serem desvalorizados.

Foi a partir da inovação e avaliação dessas estratégias de capacitação e formação que, em 1981, nasceu a Proposta de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar, para os Serviços Básicos de Saúde, denominados Projeto Larga Escala. Mais uma vez a OPAS se integra à formulação de estratégias de desenvolvimento de recursos humanos no País.

Frente a essa proposta, alguns desafios foram sendo identificados. Contatou-se, por exemplo, que um contingente considerável de trabalhadores de nível médio e elementar das diversas áreas de saúde, como nutrição, odontologia, meios diagnósticos, fisioterapia, e especialmente na área de enfermagem, atuava sem a devida qualificação profissional ou escolaridade necessária. Eles representavam aproximadamente 50% da força de trabalho, ou seja, cerca de 300 mil trabalhadores, adultos, de idade avançada, sem condições para retornar ou ingressar em cursos regulares da educação formal, sem identidade de categoria profissional, cativos das instituições empregadoras localizadas em municípios distantes, com precárias condições de oferecer ensino básico ou cursos profissionalizantes a esses trabalhadores.

Isso inviabilizava a integralidade e resolutividade do sistema de saúde (SANTOS; SOUZA, 1989). Segundo Santos (2002, p. 58), sua experiência dizia que "a escola formal, regular, pouco seria útil para o aluno/trabalhador que tinha sido excluído, em algum momento de sua vida, dos bancos escolares formais". De acordo com a autora, merecem destaque o fortalecimento e a implantação das propostas de formação dos profissionais de nível técnico no País. Essa foi sua resposta a uma atendente de saúde que questionou sobre aproveitamento de estudos no processo de formação.

Diante do exposto, foi pensada uma nova escola com as seguintes características: a) voltada para o aluno/trabalhador; b) inclusiva; c) flexível (escola-função), que vai ao aluno no seu ambiente de trabalho; d) com cursos descentralizados; e) autônoma para organizar seus programas pautados nas necessidades do serviço; f) com currículos e regimentos diferenciados e focados na reflexão acerca da qualidade da assistência prestada, das concepções de homem, de sociedade, educação, direitos à saúde, cidadania; e g) composta por instrutores e supervisores de

ensino que compreendam a atenção básica e sejam formados em processo técnico e pedagógico fundamentado na reflexão-ação. Era fundamental também que essa escola fosse legalmente respaldada pelos Conselhos de Educação. Foi dessa forma que Isabel dos Santos e Ena Galvão, entre outros, partiram Brasil a fora para discutir a missão da escola, suas prioridades e sua visão de futuro.

Esses processos de intervenção na educação profissional deram origem aos 26 Centros de Formação de Recursos Humanos (CEFORHs), em 1980, posteriormente denominados ETSUS, espaços físicos estáveis e permanentes que validaram a implantação dos processos de formação por unidade federada, sendo o Piauí o primeiro a implantar essa escola voltada para o ensino técnico.

AS ETSUS foram criadas na década de 1980, com o objetivo de profissionalizar os trabalhadores do serviço e garantir um ensino multiprofissional, utilizando os profissionais de nível superior como instrutores na execução curricular descentralizada. Diante dos desafios e da necessidade de compreender a proposta metodológica de integração ensino-serviço e assegurar a concepção básica da função docente que estaria supervisionando o processo coletivo de trabalho em saúde, coube ao grupo condutor desse processo de trabalho organizar uma capacitação pedagógica que respaldasse o docente no novo modo de fazer, com novos padrões e concepções educacionais. Assim, foi criado o Programa de Educação Continuada para os Profissionais de Nível Superior da Rede Básica de Saúde (SANTOS; SOUZA, 1989).

O passo seguinte foi trabalhar na implementação do projeto pedagógico (denominado anteriormente plano educacional ou projeto de trabalho), “componente do plano educacional ou do projeto de trabalho da unidade escolar que define ou explicita os elementos de sua arquitetura pedagógica” (BRASIL, 2000a, p. 19), partindo da construção de materiais didáticos para subsidiar o processo metodológico baseado no currículo integrado, o qual preconiza que o conteúdo do processo de aprendizagem seja instrumentalizado a partir do perfil da prática, atendendo aos objetivos da Reforma Sanitária. Era igualmente importante que esse projeto pedagógico

[...] permitisse a interação entre o sujeito da aprendizagem e o objeto a partir do seu referencial de percepção da realidade, sem negar seus conhecimentos de senso comum e sua experiência de vida, para construir novos conhecimentos mais elaborados e específicos, de acordo com a habilitação profissional. (SANTOS; SOUZA, 1989, p. 64).

Em 1999, havia 26 escolas e centros formadores instituídos. Em 2006, houve criação de outras escolas ampliando-se para 37 instituições públicas. Entre as ações desempenhadas por essas escolas, destacam-se as atividades de assessoria a órgãos governamentais na área de recursos humanos de nível técnico em saúde, bem como às secretarias municipais e prefeituras, por meio da realização de diagnóstico situacional, que lhes permita elaborar projetos, métodos, técnicas e currículos pautados na necessidade do serviço (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde vem investindo recursos para o fortalecimento e modernização das ETSUS. Foi instituída pela Portaria nº. 1.298/GM de 2000 a Rede de Escolas Técnicas (RET-SUS), contemplando os seguintes objetivos:

Compartilhar informações e conhecimentos; buscar soluções para problemas de interesse comum; difundir metodologias e outros recursos tecnológicos destinados à melhoria das atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, tendo em vista a implementação de políticas de educação profissional dos trabalhadores do SUS e promover a articulação das instituições formadoras de trabalhadores do nível médio em saúde no país, para ampliar a capacidade de atuação em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS (BRASIL, 2000a, p. 1).

A análise e as reflexões acerca dessas questões reforçam a necessidade de se ampliar substancialmente a formação profissional na área da saúde, incluindo uma política de governo que privilegie a formação de atores potencialmente importantes para as mudanças do modelo de atenção e melhoria dos serviços prestados à população. Nesse sentido, segue-se recuperando políticas, programas e estratégias constituídas no período de reforma sanitária, que encaminhavam o processo de transição democrática do País rumo à Nova República.

• **Da Nova República ao Brasil Pós-Constituinte**

Em 1985, o governo militar chegou ao fim. Iniciava-se a chamada Nova República, por meio de uma transição em que importantes setores das classes dominantes e políticos que haviam participado do regime militar assumiam papel de destaque. O novo governo, mesmo com uma composição conservadora, assumia, ainda que parcial e moderadamente, uma agenda de cunho democrático e social.

O País enfrentava nesse período, além de todos os seus históricos problemas na área da saúde, uma nova epidemia mundial – a aids. Um diagnóstico, realizado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), indicava distorções no modelo de saúde, com serviços inadequados e desintegrados e insuficiência de recursos financeiros, causadas por fatores diversos, entre eles, uma administração inadequada, que fraudava e desviava os recursos (BAPTISTA, 2005).

Mendes (2001) afirma que a crise no setor da saúde é de âmbito universal, não sendo um caso apenas do Brasil, onde se manifesta nas seguintes dimensões: a) iniquidade caracterizada pela desigualdade de acesso aos serviços de saúde; b) ineficiência na alocação e redistribuição dos recursos, resultando em gastos excessivos, desnecessários e desiguais; c) ineficácia na condução das ações de saúde, deixando sem resolutividade os problemas de saúde da população, pela inadequação dos serviços às necessidades; e d) insatisfação do atendimento pelos usuários dos serviços.

Nesse período, a insatisfação social e a organização de movimentos, representados por intelectuais, professores, pesquisadores, intensificaram as críticas ao modelo de saúde e almejavam a construção de uma política de saúde, efetivamente, democrática. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, convocou a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Em pauta, a saúde como direito a ser garantido pelo Estado, mediante ações que propiciassem condições de vida e acesso aos serviços e ações de saúde, com base nos seguintes princípios: “Universalidade, equidade, integralidade e democratização, centrados na conformação de um sistema único de saúde”. (BAPTISTA, 2005; BRASIL, 1987b).

A partir da 8ª. CNS, foi constituído um Grupo Nacional de Recursos Humanos da Comissão Nacional de Reforma Sanitária que, por meio de um levantamento, caracterizou as principais questões a serem discutidas sobre RH do setor da saúde, entre elas:

- Distribuição de RH: os profissionais concentram-se geograficamente nas grandes cidades e regiões metropolitanas.
- Preparação e Formação: a formação de RH esta pautada em alguns problemas, como inadequação do perfil às demandas da população.. As seguintes proposições são indicadas como maneira para equacionar esses problemas, quais sejam: a) integração ensino-serviço como forma de promover a integração teoria-prática, compatibilizando a formação às necessidades do novo serviço; b) desenvolvimento de estruturas integrais para formar o pessoal técnico; e c) o reconhecimento e fortalecimento dos Centros Formadores de Recursos Humanos para a Saúde.
- Composição da equipe de saúde: observa-se uma inadequação da composição das equipes de saúde (médicos e atendentes), sendo necessário formar uma equipe multiprofissional (enfermeiros, psicólogos, dentistas e outros).

Como “estratégia” que objetivava a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das Ações integradas de Saúde (AIS) instituídas, em 1981, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Essa iniciativa propunha a programação da oferta com ênfase na atenção primária por meio dos distritos sanitários, das unidades de saúde e municípios, com base na territorialização, integralidade e impacto epidemiológico (PAIM, 2003b).

Consoante as afirmações supracitadas, entende-se que o SUDS, também, fortalecia a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da descentralização das ações nos estados e municípios, do incentivo à participação social nos conselhos de saúde, da ampliação da discussão dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária. Tais questões estavam pautadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco estratégico para a promulgação da Constituição de 1988, que trazia, na seção da saúde, a caracterização do SUS.

Posteriormente, essa estrutura jurídica também foi respaldada pelas Leis Orgânicas da Saúde – Lei 8.080 e 8.142, ambas de 1990, que estabelecem: a) um novo conceito de saúde; b) definição de competência nas três esferas de governo; c) transferência de recursos financeiros entre as três esferas de governo; e d) participação das comunidades por intermédio das conferências e dos conselhos locais, municipais e estaduais de saúde, bem como do nacional (PAIM, 2003b).

Outra necessidade gerada com a 8ª. CNS foi a realização da 1ª. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que trazia como tema central “Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária Brasileira”. Nesse evento, foram discutidos: a) o perfil do egresso e a articulação interministerial saúde – educação – trabalho, para definir as habilitações técnicas em saúde; b) o fortalecimento dos espaços de formação (centros formadores e escolas técnicas); e c) a extinção do exame de suplência, naquele momento tido como mecanismo de habilitação profissional para a saúde, conforme lei nº. 5.692/71 (BRASIL,1993a).

Posteriormente, foi realizada a 2ª. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1993, trazendo como tema central: “Os Desafios Éticos nas Políticas de Recursos Humanos frente às Necessidades de Saúde”. Teve como questões, debatidas em grupos de discussão de RH: a) a criação e ampliação de espaços de formação e a descentralização dos processos de formação; b) a discussão de planos de cargos, carreiras e salários; e c) a necessidade de elevação da escolaridade dos trabalhadores, por meio de uma articulação dos setores educação e saúde (BRASIL, 1993b).

No âmbito da educação, o processo de reforma educacional estava sendo o principal debate. É imprescindível compreender os referenciais teóricos que fundamentam esse processo para melhor trabalhar as necessidades, limites e complexidades envolvidas na formulação e avaliação de políticas voltadas para a educação profissional.

Em 1996, foi instituída a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº. 9.394/96), que substituiu a Lei nº. 5.692/71. A nova lei traz um capítulo específico sobre a educação profissional e contempla concepções diferentes de sociedade, educação e escola, por meio da introdução de conceitos de competências, como foco central, e não mais a transferência de conteúdos, destacando o conhecimento (aprender a aprender) como competência fundamental para o trabalho. A referida lei incorpora, também, novos princípios e normas gerais para a educação, apresentados no Decreto Federal nº. 2.208/97, Parecer CNE/CEB nº. 16/99 e Resolução CNE/CEB nº. 04/99.

Dessa forma, a LDB (parágrafo 2º. do art. 36 e os arts. 39 a 42) caracterizou a educação profissional como subsistema integrado às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência, à tecnologia, com a finalidade de conduzir as pessoas ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva. Não se reduz mais aos pobres ou desvalidos, mas sim destina-se ao “aluno matriculado ou egresso do ensino fundamental, médio e superior, bem como ao trabalhador jovem e adulto” e permite a “qualificação profissional aos concluintes do ensino fundamental e a habilitação aos egressos do ensino médio”, sendo “desenvolvida em articulação com o ensino regular ou por diferentes estratégias de educação continuada, em instituições especializadas ou em ambiente de trabalho” (BRASIL, 1996, art. 40).

Com isso, o ensino médio não se caracteriza mais como profissionalizante, mas sim como etapa de consolidação da educação básica, de natureza geral, fornecendo bases para o indivíduo fazer suas escolhas profissionais e desenvolver competências gerais ou transversais que serão desenvolvidas na educação profissional.

Outra mudança significativa da educação profissional foi a regulamentação do parágrafo 2º. do artigo 36 e a dos artigos 39 a 42 da LDB, no Decreto 2.208/97, que definiu níveis da educação profissional, em seu artigo 3º.

Básico: destinado à qualificação, requalificação e reprofissionalização de trabalhadores, independente de escolarização prévia. Corresponde a uma modalidade de educação não-formal e de duração variável, não estando sujeita à regulamentação curricular (art. 4º.). Aos concluintes dessa modalidade será conferido o certificado de qualificação profissional;

Técnico: destinado a proporcionar habilitação profissional a alunos matriculados ou egressos do ensino médio. Enquadra-se na modalidade de educação formal (exigência de critérios de ingresso, perfil de saída, estabelecimento de competências profissionais). Regulamentado pela formulação de “diretrizes curriculares nacionais;

Tecnológico: corresponde a cursos de nível superior na área tecnológica, destinados a egresso do ensino médio e técnico (BRASIL, 2001a, p. 51).

Delineou-se um novo modelo de educação profissional pautado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, instituído por meio da Resolução CNE/CEB nº. 04/99, que pressupunha a superação de qualificações restritas à exigência de postos delimitados e que esteja apoiada em competências por área profissional, exigindo do técnico uma educação básica sólida, assim como uma educação profissional ampla e polivalente e um perfil de qualificação obtido por meio de itinerários profissionais (CORDÃO, 2002).

Definiu-se, dessa forma, “o conjunto articulado de princípios, critérios, definição de competências profissionais gerais do técnico por área profissional e procedimentos a serem observados pelos sistemas de ensino e pelas escolas na organização e no planejamento dos cursos de nível médio” (BRASIL, 1999a, art. 2.º), elaborados por meio de estudos que identifiquem o perfil de competências necessárias à atividade requerida, com a participação dos setores interessados (BRASIL, 1997a, art. 7.º).

Para Cordão (2002), o currículo do ensino técnico deverá ser um meio pelo qual o educando desenvolverá competências. Deverá ser elaborado por disciplinas, que poderão ser agrupadas em módulos, que, por sua vez, “poderão ter caráter de terminalidade para efeito de qualificação profissional” (BRASIL, 1997a, art. 8.º).

Dessa forma, a escola tem autonomia para organizá-lo, partindo de definições básicas como: a) projeto pedagógico; b) perfis de competência profissional de conclusão pretendida para o curso, a partir do itinerário de profissionalização (levando em consideração, as atribuições profissionais da respectiva lei do exercício profissional para profissões regulamentadas); c) competências profissionais a serem desenvolvidas; d) definição dos conhecimentos (saber), habilidades (saber fazer) e valores a serem trabalhados pela escola, que permitirão o desenvolvimento das competências exigíveis e o plano de curso coerente com os respectivos projetos pedagógicos (“componente do plano educacional ou projeto de trabalho da unidade escolar que explicita os elementos de sua arquitetura pedagógica”) (BRASIL, 2000a, p.19).

Dessa forma o plano de curso deverá conter: a) justificativas; b) objetivos; c) requisito de acesso; d) perfil profissional de conclusão; e) organização curricular; f) critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores; g) critérios de avaliação pessoal e técnico; e h) certificados e diplomas (BRASIL, 1999b, art. 10).

Embora houvessem ocorrido avanços na definição das bases legais que regulamentam a educação profissional, perdurava a necessidade de formação de um número considerável de trabalhadores da área de saúde. A enfermagem continuava expandindo-se e abrigava o maior contingente de profissionais que precisavam ser qualificados. Estes eram responsáveis por ações e cuidados nas unidades de atenção básica de todo o País e se organizavam em busca do seu reconhecimento profissional, já que a Lei do Exercício Profissional (nº. 2.605/55) não os reconhecia como integrantes da categoria da enfermagem. Por outro lado, o Conselho Federal de

Enfermagem (COFEN) e a Associação Brasileira de Enfermagem realizaram um levantamento com base no qual apontaram a necessidade de formar 194.174 atendentes.

Essas propostas ganharam ênfase no plano de ação ministerial e, a partir das estratégias propostas pelo Ministério da Saúde, foi criado o Grupo Técnico de assessoramento à CGDRH/SUS, composto por gestores do SUS, Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, entidades de classe de enfermagem e OPAS, objetivando apoiar a profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Ficaram definidas as seguintes estratégias de atuação: a) discussão do processo de profissionalização do pessoal de nível elementar em enfermagem; definição das diretrizes e análise e sugestões de alternativas para viabilizar o projeto; identificação de mecanismos de apoio e avaliação dos resultados (BRASIL, 2001; SILVA, 2002).

Outra preocupação consistia no término do prazo de dez anos concedido pela legislação de 1986 (Lei n.º. 7.498/96), que regulamentava o exercício profissional da enfermagem e que propunha a qualificação dos atendentes de enfermagem como auxiliares e técnicos. A categoria se organizou para reivindicar seus direitos e, em julho de 1996, foi realizada uma oficina que contou com a participação da Coordenação Nacional de Recursos Humanos para o SUS, dos ministérios da Saúde e da Educação e do Desporto e da OPAS, que culminou em um projeto de profissionalização para esses trabalhadores.

O processo estava fortalecido pela Política de Democratização da Educação Profissional, do Ministério da Educação, e o Programa de Qualificação Profissional do Ministério do Trabalho. Baseado nessas iniciativas e pautado na Constituição, que indica ser de responsabilidade da esfera federal investir na formação de recursos humanos para atender às demandas do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º. 1.262/GM da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (SIS/MS), criou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área da Enfermagem (PROFAE).

Essa medida contou com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) (Contrato de Empréstimo n.º. 1.215/OC-B), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), e de recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e do Tesouro Nacional, na ordem de US\$ 370 milhões. Santos (2002, p. 68) avalia o PROFAE, confrontando-o com o Projeto Larga Escala:

O Projeto Larga Escala [...] era uma idéia, não tinha dinheiro, não tinha meta [...] tinha muito claro todos os seus componentes de como eles deveriam ser. [...] eu não posso

chamá-lo de projeto, como o PROFAB, por exemplo, que tem um prazo de quatro anos e tem um financiamento externo. O Larga Escala não tinha dinheiro algum, as coisas conseguidas foram na conversa.

O PROFAB executava suas ações por meio de dois componentes (BRASIL, 2002b):

- Componente I: responsável pelas ações de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem para Técnico em Enfermagem e Complementação do Ensino Fundamental dos Trabalhadores de Enfermagem.
- Componente II: responsável pelo desenvolvimento de atividades com o objetivo de garantir a sustentabilidade, por meio do oferecimento de cursos de Formação Pedagógica para doze mil enfermeiros docentes; elaboração e implantação de um Sistema de Certificação de Competências dos Egressos dos cursos de qualificação profissional do PROFAB; modernização de 26 Instituições e Capacitação Técnico-Gerencial das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde; elaboração e implantação de um Sistema de Informação sobre Mercado de Trabalho e formação de recursos humanos para o setor.

A meta era qualificar 225 mil trabalhadores da rede pública e privada de todo o País, por meio dos cursos de Qualificação Profissional em Auxiliar de Enfermagem (QP), Complementação da Qualificação Profissional de Auxiliar em Enfermagem para Técnico de Enfermagem (CQP) e Complementação do Ensino Fundamental (CEF) para cerca de 25% dos atendentes que não houvessem concluído essa modalidade de ensino (BRASIL, 2001)

A organização dos cursos previa uma carga horária de 1.110 horas para QP e uma carga horária mínima de 450 horas e máxima de 800 para CQP. Cabe ressaltar que a carga horária do estágio não poderia ser inferior a 30% da carga horária total. Foram realizados dois cadastramentos como forma de acesso aos cursos. No primeiro (1999-2000), foram inscritos 128.993 trabalhadores; já no segundo, havia um total de 301.788 cadastrados. As instituições formadoras eram denominadas operadoras e, assim como as agências regionais, eram habilitadas por processo licitatório promovido pelo MS. Este tinha a função de supervisionar e avaliar os processos desempenhados pelas operadoras e executoras (BRASIL, 2001).

Entre os objetivos pactuados com as instâncias colaboradoras, destacam-se: a) melhorar a qualidade do atendimento hospitalar e ambulatorial em todo o País, especialmente os vinculados

ao SUS, por meio da oferta de qualificação ao pessoal de enfermagem; e b) reduzir o déficit de pessoal da área de enfermagem sem a devida qualificação (BRASIL, 2002b).

Para Amâncio Filho e Almeida (1995, p. 3), há algumas questões indispensáveis na formulação de políticas educacionais:

A aquisição de conhecimentos básicos e a formulação de habilidades cognitivas constituem condição indispensável para que todas as pessoas consigam, de modo produtivo, conviver em ambientes saturados de informações, sendo capazes de processar e selecionar as que consideram relevantes.

Eles destacam ainda que “conhecimento, informação e uma visão abrangente são as bases para a cidadania em sociedades plurais”.

Os resultados emitidos no Relatório de Progresso de 2005 demonstram a existência de um total de 255.715 profissionais qualificados em todo o território nacional (173.544 em QP, 10.198 em CEF e 71.973 em CQP). Isso possibilitou ao BID, em 2006, o desenvolvimento do PROFABE, considerado por alguns como o melhor projeto de profissionalização do mundo (FRANCO, 2006).

O período pós-Constituinte é marcado pela busca da integralidade da atenção e no impacto das ações de saúde sobre a população, com destaque aos modelos alternativos como ações programáticas, a promoção da saúde, a integralidade da assistência, a vigilância em saúde e, em especial, a Estratégia Saúde da Família (PAIM, 2003a).

Dessa forma, esta pesquisa busca compreender os processos históricos que convergiram como estratégia de inserção social desses trabalhadores excluídos do sistema educacional. O caminho aqui adotado é uma análise documental focalizando as Conferências Nacionais de Saúde que enfatizaram a formação dos trabalhadores de nível médio e as Conferências de Recursos Humanos, assim como as diretrizes básicas dos seguintes projetos de qualificação profissional: PREPPS, Larga Escala e PROFABE, pois considera-se que estes foram estratégias políticas importantes que fortaleceram e deram visibilidade à educação profissional e embasaram a construção da proposta política de formação técnica dos ACS.

2.2 Análise histórica retrospectiva enfatizando o Agente Comunitário de Saúde

Em 1979, ocorre em Alma-Ata, um evento de repercussão mundial e grande relevância para o debate político no setor da saúde: a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Nesse momento histórico, atentava-se para uma estratégia que garantisse acesso igualitário à saúde para toda a população. Instituíram-se líderes comunitários para viabilização dessa proposta, e, no Brasil, surgiu o Agente de Saúde. Configurou-se como meta global “Saúde para Todos no ano 2000”, postulando a doutrina da Atenção Primária de Saúde, que objetivava resolver os problemas de saúde resultantes da baixa oferta dos serviços. Conceituou-se, então, atenção primária nos seguintes termos:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando universalmente acessíveis por eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (BRASIL, 1979, p.14-16).

Pautado nessas doutrinas e nas grandes experiências dos projetos desenvolvidos pelo SESP (1942 a 1960) e FSESP (1960 a 1990) no Brasil, foram desenvolvidas outras estratégias isoladas voltadas ao atendimento de indivíduos e famílias, como a do Vale do Ribeira em São Paulo, Casa Amarela em Recife, Rondonópolis no Mato Grosso e a experiência bem-sucedida do Estado do Ceará, em 1987. Esta última contou com a ajuda do Agente de Saúde para combater as doenças da infância nos bolsões periféricos da grande Fortaleza, estendendo-se para outros municípios e para as áreas rurais com altos coeficientes de mortalidade infantil.

Ao analisarmos seus precedentes, observa-se que sua origem se baseia nas práticas da visitadora sanitária, que compunha os programas do SESP na Amazônia. Posteriormente foi fortalecido pela medicina comunitária, destacando-se a figura dos visitantes domiciliares, nas décadas de 1970-80. Essa alternativa visava garantir o acesso aos que não tinham assistência privada por meio de agentes de saúde instituídos no PIASS. Merecem ainda destaque, como

importantes antecedentes, a estratégia implementada pela UnB nas comunidades carentes de Planaltina e as experiências da Pastoral da Criança (BRASIL, 1991; SILVA, 1997).

Para uma adequada compreensão desse processo histórico, é importante retomar as atribuições e o treinamento destinados às visitadoras sanitárias. Bastos (2003, p. 394-395) descreve os deveres a elas atribuídos:

Manutenção da ordem geral e limpeza do posto de higiene; fazer visitas domiciliares com o propósito de desenvolver atividades educativas nas seguintes áreas higiene e pessoal, saneamento e nutrição; participar do programa de treinamento das “curiosas”; encaminhar ao posto de higiene todas as pessoas com sintomas de doença, todos os contatos de casos de lepra e tuberculose, gestantes, infantis e escolares [...].

Quanto ao treinamento, parte dele era realizada na sede dos postos de higiene, durante um período de 6 meses, e outra parte na comunidade. Posteriormente, esse processo de formação foi descentralizado, sendo realizados treinamentos em serviço. As disciplinas oferecidas eram: a) Noções de Anatomia e Fisiologia; b) Laboratório; c) Doenças Transmissíveis e Saneamento; d) Higiene Infantil; e) Nutrição; f) Ética; e g) Horticultura. Essa formação era ainda complementada com noções de Educação Doméstica (BASTOS, 2003).

Três décadas mais tarde, em 1991, O Ministério da Saúde em parceria com as secretarias estaduais e municipais institucionalizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – a princípio PNACS, posteriormente PACS – objetivando reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna, inicialmente no Nordeste do Brasil. Mais tarde, o programa foi implantado em todo o território nacional.

Assim foi instituído o Agente Comunitário de Saúde, que não possuía categoria definida por lei e não era reconhecido pelos demais membros da equipe, já que não tinha formação específica na área de saúde. Instituído para dar respostas às necessidades de saúde, caracteriza-se por ser um “educador permanente”, um elo entre os serviços de saúde e a comunidade, conforme a caracterização de Sousa (2002).

Segundo Sousa (2002) e Silva (1997), a implantação desse programa foi marcada por grandes divergências políticas e ideológicas. Em especial, destaca-se a oposição das instituições de classe da enfermagem. Com base numa caracterização das categorias profissionais, essas instituições lutavam pela qualificação de todos os atendentes de saúde, como exigência da Lei de Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº. 7.498 de 25/6/1989), que estabelecia o prazo de dez anos para extinção de tal categoria. Nogueira et al. (2000, p. 6) fazem referência às contraposições sustentadas pelas entidades representativas dos profissionais de enfermagem quando assim argumentam:

Se a legislação e a política de recursos humanos vigentes preconizam a qualificação formal do atendente de enfermagem como auxiliar de enfermagem, não faz sentido criar uma nova categoria de profissionais na área de enfermagem sem serem para tanto devidamente capacitados e legalmente reconhecidos.

Outro fator contrário à implantação desses novos atores diz respeito à dúvida sobre o perfil e a competência de quem iria supervisionar e acompanhar suas atividades. Muitos ACS vinham de atividades voluntárias na comunidade, com conhecimentos populares e assumiam tarefas específicas, sem que antes lhes fosse oferecido um treinamento para lidar com os problemas de saúde da população.

No entanto, cabe questionar qual é, afinal, o perfil ocupacional do ACS: seria um porta-voz da comunidade, um técnico de saúde pública, conforme nos afirma Campos (2006), ou um trabalhador genérico que transita por meio de estudos formais nas áreas específicas de profissionalização em saúde e que atende às pessoas de acordo com competências vinculadas a seu treinamento? Conforme afirmou a presidente da ABEN, em 2000, esse atendente pode, como qualquer outro cidadão, vir a se qualificar em uma profissão específica da saúde (NOGUEIRA et al., 2000).

Apesar de haver visões bem diversificadas quanto ao perfil desse profissional, não há dúvidas quanto aos critérios definidos pelo Ministério da Saúde para o processo seletivo: 1) residir na comunidade 2) saber ler e escrever [...] (BRASIL, 2002a).

No entanto, para Nogueira et al., (2000, p. 10), cabe ao ACS o papel de mediador social, por se caracterizar como

Um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.

Por outro lado, com a atuação dos ACS, os indicadores sinalizaram uma queda considerável da mortalidade infantil no Nordeste do País e um controle da epidemia de cólera no Amazonas, entre outras ações que ganhavam repercussão nacional. Isso significa que os ACS deram início a atividades antes não executadas pelos profissionais de saúde, apesar de sua subordinação a eles.

Essas virtudes e potencialidades foram reconhecidas pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), bem como pelo Ministério da Saúde (MS), que avaliou as ações desempenhadas pelos ACS, apontando-o como uma “proposta limitada de modelo de atenção” (PAIM, 2003a). Dessa forma, o MS propunha reorganizar o modelo de atenção básica no País, baseando-se na avaliação das experiências bem sucedidas.

Foi criado em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Essa estratégia era entendida como um “modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes” (BRASIL, 1998, p. 8-9). Está pautado na valorização dos princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia da integralidade da atenção, trabalho em equipe multidisciplinar, promoção da saúde e participação comunitária (BRASIL, 2000).

Quanto ao financiamento dessas ações, foi instituído na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS/96) o Piso de Atenção Básica (PAB), composto por uma parte fixa e uma parte variável que se destina aos incentivos voltados a programas, estratégias ou ações que priorizem o processo de reorganização da atenção básica, onde se destacam PACS e PSF. O incentivo é repassado de forma regular automática do Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais de saúde dos municípios habilitados na gestão da atenção básica.

As ações do ACS, bem como da equipe da saúde, podem ser acompanhadas pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), criado em 1998. A coleta das informações na comunidade é realizada por meio dos seguintes instrumentos (BRASIL, 2005b, p. 11):

Ficha de cadastro das famílias e levantamento de dados sócio-sanitários, preenchida pelo agente comunitário de saúde (ACS) no momento do cadastramento das famílias, sendo atualizada permanentemente; fichas de acompanhamento de grupos de risco e de problemas de saúde prioritários, preenchidas mensalmente pelos agentes comunitários de saúde, no momento de realização das visitas domiciliares; fichas de registro de atividades, procedimentos e notificações, produzidas mensalmente por todos os profissionais das equipes de saúde.

Conforme dados do Ministério da Saúde (SIAB), em maio de 2006, o PSF tinha 25.792 equipes multiprofissionais, formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um grupo de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de 13.408 equipes de saúde bucal. Conforme a organização do programa, as equipes atuam em território de abrangência definida, sendo que cada agente comunitário atende a uma média de 100 famílias na área rural e 150 famílias na área urbana. No total, soma-se um número máximo de 4.500 pessoas para cada equipe de PSF, as quais são cadastradas e acompanhadas na área adscrita e constituem uma microárea da Unidade de Saúde da Família.

Diante da ampliação do quadro de ACS, seu contingente atualmente se aproxima de 206 mil em todo o Brasil. Quanto a sua organização, foi estabelecida a base legal e infralegal para essa profissão, com a publicação de um documento normativo das atribuições básicas dos Agentes Comunitários de Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde em 18/12/1997, por meio da Portaria nº. 1.886/GM/MS. Esse processo de normatização foi complementado, pelo Decreto Federal nº. 3.189/99, que fixa diretrizes para o exercício de suas atividades, e pela Lei Federal nº. 10.507, publicada em 10 de julho de 2002, que criou a “Profissão de Agente Comunitário de Saúde”.

Na Portaria nº. 1.886/GS/MS/1997 (BRASIL, 1997b), destaca-se no art. 1º. “[...] a aprovação das Normas e Diretrizes do Programa Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família e regulamentação da implantação e operacionalização dos referidos Programas”. Sobre as Diretrizes Operacionais apontadas nesse documento ressaltamos os seguintes aspectos:

O ACS é responsável pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas. São considerados requisitos para o ACS: ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades. O Agente Comunitário de Saúde deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na Comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro Instrutor-Supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência.

Das atribuições definidas, podem ser destacadas:

Realização do cadastramento das famílias; participação na realização do diagnóstico demográfico e na definição do perfil sócio econômico da comunidade; execução da vigilância de crianças menores de 01 ano consideradas em situação de risco; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos; promoção da imunização de rotina às crianças e gestantes, encaminhando-as ao serviço de referência ou criando alternativas de facilitação de acesso; promoção do aleitamento materno exclusivo; monitoramento das diarreias e promoção da reidratação oral; monitoramento das infecções respiratórias agudas, com identificação de sinais de risco e encaminhamento dos casos suspeitos de pneumonia ao serviço de saúde de referência; monitoramento das dermatoses e parasitoses em crianças; orientação dos adolescentes e familiares na prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce e uso de drogas; identificação e encaminhamento das gestantes para o serviço de pré-natal na unidade de saúde de referência; realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento das gestantes, priorizando atenção nos aspectos de: desenvolvimento da gestação; seguimento do pré-natal; sinais e sintomas de risco na gestação; nutrição; incentivo e preparo para o aleitamento materno; preparo para o parto; atenção e cuidados ao recém nascido; cuidados no puerpério; (BRASIL, 1997b, p. 6 e 7).

Esses aspectos remetem a análise dos processos de capacitação desses profissionais. Silva e Dalmaso (2002) comentam o *Manual do Agente Comunitário de Saúde* e destaca os conteúdos trabalhados inicialmente no treinamento com os ACS: a) conceito de saúde, condições de vida que promovem ou deixam de promover a saúde; b)) saúde e vida comunitária; c) as atividades do Agente Comunitário de Saúde; d) importância do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Agregando informações sobre a instrumentalização técnica desses profissionais, fez-se uma análise do caderno de atenção básica nº. 2, que trata do treinamento introdutório incluindo o ACS em equipe, na qual se discutia: aspectos gerais da proposta; integração das equipes; discussão das atividades a serem desempenhadas; aspectos da atenção integral à saúde individual e coletiva (BRASIL, 2000a).

A análise dos itens acima mencionados revela que a organização do seu processo de trabalho exigia um conhecimento prévio da área de abrangência, a ser construído por meio de diagnóstico da comunidade, com base nos seguintes aspectos: demográficos, socioeconômicos ambientais e sanitários, bem como na compreensão e apreensão dos indicadores do SIAB. Sendo assim, era sugerido à coordenação estadual dos programas que, antes de iniciar as atividades da equipe, o ACS e demais membros participassem de uma capacitação específica denominada “Treinamento Introdutório”.

Tinha-se claro que o saber popular do ACS contribuía para ampliar sua compreensão dos processos de saúde-doença, mas não era suficiente para permitir sua atuação junto à equipe de saúde. Dessa forma eram realizados capacitações descentralizadas que garantisse a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes. Nessas capacitações eram adotados métodos participativos, como a metodologia da problematização e o método baseado em problemas (PBL). Acompanhadas por atividades práticas realizadas em momentos de dispersão, avaliadas posteriormente (BRASIL, 2000a).

Enfatizando a importância da formação/preparação para o trabalho e gestão do trabalho em saúde, como estratégia considerável para construção e desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde, o MS, com apoio da OPAS/OMS, realizou em 2002 o “Seminário Internacional sobre Políticas de Recursos Humanos em Saúde”.

Nesse contexto, foram indicados no seminário condicionantes fundamentais das questões de RH, quais sejam: a) o reordenamento das funções gerenciais, regulatórias e de prestação de serviço nos diferentes níveis de gestão; b) processo de regionalização pactuada; e c) o movimento de implantação do Programa Saúde da Família – PSF. Esse último gerou demandas específicas, no que se refere à formação e preparação de profissionais para o SUS, sendo viabilizado pelo Departamento de Atenção Básica em articulação com as secretarias estaduais e municipais de saúde e as Instituições de Ensino Médio e Superior, por intermédio dos Pólos de Capacitação, formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a Saúde da Família (BRASIL, 2002c).

Os Pólos são considerados “estratégias operacionais para a adequação e desenvolvimento de competências e habilidades dos profissionais das equipes de saúde da família” (BRASIL, 2002c, p. 4), objetivando implantar programas de educação permanente em saúde, destinados às equipes de saúde da família. Entre os resultados obtidos no período de 1998 a 2001 destacam-se:

- curso introdutório para os profissionais das equipes de saúde da família – 1.833 cursos com 48.866 egressos;
- cursos de qualificação para o Agente Comunitário de Saúde – 1.344 cursos com 23.990 egressos.

Outra iniciativa do Ministério da Saúde nessa área, viabilizada com recursos do Projeto Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), foi à promoção dos cursos de Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família, como estratégia de fortalecimento de políticas públicas, destinados aos egressos dos cursos de Enfermagem e Medicina, com o objetivo de qualificar esses profissionais para a realização eficaz de suas ações.

Analisando essas capacitações, não se deixou de reconhecer o êxito do trabalho desempenhado pelos pólos de capacitação no País. No entanto, a qualificação do ACS deve superar a multiplicação de conteúdos propostos pelas instituições de formação, como estratégia de habilitá-lo para o reconhecimento da "dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades" (AMÂNCIO FILHO *apud* NUNES et al., 2002) e deve se basear numa construção compartilhada pautada na demanda das suas atividades e ações, de forma a possibilitar a reflexão do saber, saber ser e saber fazer.

Nessas iniciativas, observa-se a utilização de alguns conceitos novos, como integração ensino-serviço, competências, educação permanente em saúde, já consagrados em estudos e pesquisas, mas com reduzida aplicação na prática educacional de formação dos profissionais de saúde.

Em 2003, o Ministério da Saúde aprovou a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, apresentada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), com papel fundamental de propor “Os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde”. Essa proposta foi instituída em 2004, por meio da Portaria GM/MS nº. 198, denominada Política Nacional de Educação Permanente em Saúde,

considerada “como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor” (BRASIL, 2004b, 2004d).

Seus objetivos estão pautados na “transformação dos processos formativos, das práticas profissionais e de saúde para própria organização dos serviços”, a partir da problematização do processo de trabalho e das necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde.

Essa política rompe com a lógica centralizada e descendente da oferta de cursos padronizados, com carga horária, conteúdo e dinâmica definida centralmente, propiciando uma série de transformações das quais se destacam as seguintes: “democratização institucional, desenvolvimento de capacidade de aprendizagem, desenvolvimento de capacidades docentes e enfrentamento criativo das situações de trabalho e trabalho em equipes matriciais” (BRASIL, 2004b, 2004d).

Observa-se que as questões de recursos humanos ganham visibilidade na agenda dos gestores, como uma política de governo com real possibilidade de ser implementada, envolvendo os seguintes aspectos:

- gestão do trabalho – composição e distribuição da força de trabalho, organização do trabalho, regulação do exercício da profissão, relação do trabalho; e
- gestão da educação – formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor.

Nesse contexto, é fundamental compreender os processos de formação baseados na educação continuada em comparação com aqueles baseados na educação permanente, bem como as mudanças que a adoção do modelo da educação permanente imprime à formação profissional.

A lógica da educação continuada está centrada na atualização de conhecimentos específicos, por meio de cursos padronizados, pautados em atividades educativas pontuais e fragmentadas e desarticulados da gestão, da organização do sistema e do controle social, utilizando-se de pedagogias de transmissão de conhecimentos destinadas a públicos uniprofissionais (BRASIL, 2004d).

A educação permanente caracteriza-se como “aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”, sendo pautada em uma aprendizagem significativa, capaz de promover e produzir sentido aos trabalhadores de saúde e transformar as práticas profissionais por meio de uma reflexão crítica permanente. Utilizando-se

metodologias ativas, centradas na resolução de problemas, a educação permanente é destinada a públicos multiprofissionais. Seu objetivo principal é promover o encontro do “mundo da formação e o mundo do trabalho”, possibilitando romper com o distanciamento entre os que pensam o trabalho e a saúde (BRASIL, 2004d).

Sobre esse aspecto, a NOB/RH-SUS/2005 traz importante consideração quando afirma que “é imprescindível que o modelo de educação permanente seja baseado nas atribuições e competências institucionais dos três âmbitos de gestão do sistema [...]” (BRASIL, 2005a).

A SGTES propõe-se implantar estratégias que potencializem a Política de Educação Permanente, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), composto por três coordenações, das quais se destaca a Coordenação de Ações Técnicas em Educação em Saúde, incumbida de promover a política de educação na área profissional para os trabalhadores da saúde. Ressalta-se, entre outras estratégias definidas para fortalecer o trabalho de formação, o “Projeto de qualificação e formação dos profissionais de escolaridade básica e técnica” (BRASIL, 2004d). Entre as prioridades, destaca-se a formação do Agente Comunitário de Saúde, objeto central da presente investigação.

Para melhor entendimento da importância da formação do ACS e procurando compreender esse percurso, é necessário aprofundar a reflexão sobre os seguintes elementos: a) as estratégias a serem utilizadas pelas instituições formadoras, com base nos conteúdos curriculares, nos objetivos definidos nos planos de curso e nas metodologias de ensino/aprendizagem utilizadas para desenvolver as competências; b) o processo de construção das habilidades e dos conhecimentos; c) as técnicas de avaliação; d) o papel da equipe na implantação e no desenvolvimento dos projetos; e e) o perfil e as expectativas do aluno.

2.3 Aspectos conceituais e normativos da formação profissional do agente comunitário e saúde

A análise dos vários aspectos referentes à capacitação/formação dos profissionais de saúde da família, e especialmente, o ACS, permite afirmar que a adequação dos serviços de saúde não depende exclusivamente da gestão da educação desses profissionais. Mas, ao discutir as várias estratégias que podem ser adotadas, é fundamental destacar a necessidade de “recursos humanos bem formados, comprometidos com a causa da saúde e conscientes da necessidade de garantir a

qualidade e resolubilidade dos cuidados e dos serviços disponíveis para a população” (AMÂNCIO FILHO; TELLES, 2005, p. 2).

Com base nesse enfoque e valendo-se do cenário favorável das políticas públicas de educação, foi desenvolvida a política de “Formação do Técnico Agente Comunitário de Saúde”, baseando-se nos seguintes documentos que delineiam a educação profissional no Brasil: Lei Federal nº. 9.394/96 Decreto Federal 2.208/97, Parecer CNE/CEB nº. 16/99 e Resolução CNE/CEB nº. 04/99. Essa estratégia objetivava investir na “elevação da escolaridade e na definição dos perfis de desempenho profissional, possibilitando aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores” (BRASIL, 2004e, p. 12).

Decreto nº. 2.208/97 estabeleceu as diretrizes curriculares nacionais com carga horária e conteúdos mínimos, habilidades e competências básicas por área profissional. Em julho de 2004, foi promulgado o Decreto nº. 5.154/04, com o intuito de agregar em uma base unitária a formação profissional ao ensino médio, determinando que a mesma poderá ocorrer em articulação com o nível médio de forma integrada, concomitante e subsequente, através dos seguintes cursos e programas: Formação Inicial e Continuada de Trabalhadores; Educação Profissional de Nível Médio e Educação Profissional Tecnológica de Graduação e Pós-Graduação.

Ainda com base no Decreto nº. 2208/97, em seu Art. 7º, e com o intuito de subsidiar as instituições formadoras na construção dos seus planos de curso, foram realizadas oficinas de trabalho, seminários com diferentes atores e segmentos sociais, e consulta pública com participação da população (698 pessoas/instituições cadastradas e 385 opiniões registradas no formulário de sugestões). As ações se refletiram na elaboração de uma proposta do Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde, calcada numa série de pressupostos, dentre os quais se destaca “a valorização da singularidade profissional do ACS, como um trabalhador da saúde com interface na assistência social, educação e meio ambiente” (BRASIL, 2004e).

Em 2004, foi formulado o Referencial Curricular para curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde no Brasil, uma importante ferramenta para orientar as instituições formadoras na elaboração dos currículos e na formulação da proposta do curso de Habilitação Técnica em ACS (BRASIL, 2004e).

A análise desses documentos revela que o Ministério da Saúde estruturou o curso técnico do ACS, pautando-se na formação em itinerário, com três etapas sequenciais, totalizando uma carga horária mínima de 1.200 horas, conforme Resolução CNE/CEB nº. 4/99, assim distribuídas:

- Etapa I – 400 h/a: sem exigência de escolaridade. O objetivo dessa etapa é trabalhar o perfil social do Técnico Agente Comunitário de Saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS.
- Etapa II – 600 h/a: qualificação profissional de nível técnico. Exige conclusão do Ensino Fundamental. O objetivo dessa etapa é a promoção da saúde e a prevenção de doenças, dirigidas os indivíduos e grupos específicos e doenças prevalentes.
- Etapa III - 200 h-a: Habilitação Técnica. Requisito de acesso: conclusão do Ensino Médio. O objetivo dessa etapa é trabalhar os temas da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário.

Apenas o primeiro módulo foi pactuado na Comissão Intergestora Tripartite, o que não impede que os estados e municípios concluam essa etapa, dando prosseguimento às demais etapas com recursos próprios.

Acompanhando as tendências da educação profissional, o Ministério da Saúde propõe a formação por competências, tomando como base o conceito de competência profissional proposto por Zarifian (1999):

Capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades (BRASIL, 2004e, p. 11).

Pode-se definir competência como “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”. As competências podem ser classificadas em: a) competências básicas (constituídas nos ensinos fundamental e médio); b) competências profissionais gerais (comuns aos técnicos de cada área); e c) competências profissionais específicas (de cada qualificação ou habilitação) (BRASIL, 1999a, art. 6º).

Para Perrenoud (2000), não se trata de uma nova técnica, mas sim da capacidade de mobilizar recursos, não necessariamente pautados apenas nos conhecimentos, mas apoiados também em atitudes, esquemas de avaliação, análise de situações e ações que derivam de conhecimentos de forma eficaz no enfrentamento de situações complexas e inusitadas. Para que

isso ocorra, é necessário incentivar e trabalhar o estoque de saberes apreendidos pelos alunos na resolução de problemas, projetos que propiciem tarefas complexas e novos desafios.

Nesse contexto, a mudança principal depende de as instituições formadoras entenderem a nova dinâmica da formação, que vai além da preparação para o trabalho industrial, não mais pautada na aprendizagem de conteúdos, mas na articulação destes na vida prática. Isso exige também a aquisição de novas ferramentas, dentre as quais se destaca a aplicação de pedagogias ativas.

Conforme mencionado anteriormente, as competências profissionais reúnem três dimensões do saber – o saber-conhecer, o saber-ser e o saber-fazer – que se expressam em habilidades (saber-fazer), conhecimentos (saber-conhecer) e atitudes (saber-ser). Dessa forma, foram contempladas seis competências, abaixo descritas, distribuídas em três eixos estruturantes e integradores de atuação desse profissional. Todo o processo formativo é pautado na promoção da saúde e prevenção dos agravos. Os três eixos envolvem a articulação de todas as competências, para que se alcance o Perfil Profissional de Conclusão do Técnico Agente Comunitário de Saúde. Cada competência expressa uma dimensão da realidade de trabalho desse profissional, integrada às demais competências numa proposta de formulação abrangente.

A avaliação das competências profissionais do Técnico Agente Comunitário de Saúde não pode ser realizada de forma pontual, tendo em vista que o alcance das competências perpassa todo o processo formativo e só é integralizado após o término do curso.

Segue abaixo a matriz organizativa da estrutura curricular proposta para a formação do Técnico Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004e, p. 25-36):

Eixo 1 – Âmbito da mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações.

Competências

- I. Desenvolver ações que visem à 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.
- II. Realizar, em conjunto com a equipe de saúde, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde.

- III. Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde.

Eixo 2 – Âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes

Competências

- I. Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, segundo o plano de ação da equipe de saúde.
- II. Desenvolver em equipe ações de promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas e de saúde e o exercício do controle social sobre o setor da saúde, segundo plano de ação da equipe de saúde.

Eixo 3 – Âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário

Competência

Desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos dirigidas ao indivíduo, à família e a grupos específicos, segundo o perfil epidemiológico, o plano de ação da equipe de saúde e os protocolos de saúde pública.

As competências do Eixo 1 estão relacionadas às seguintes habilidades e conhecimentos:

- Habilidades (saber fazer) destacam-se:

1)Trabalhar em equipe de saúde. 2)Promover a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adscrita à unidade básica de saúde. 3)Identificar a importância do acompanhamento da família no domicílio, como base para o desenvolvimento de suas ações. 4)Orientar indivíduos e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica de saúde. 5)Participar da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde (BRASIL 2004e, p. 25-28).

- Dentre os conhecimentos (saber) ressaltam-se:

1)Processo saúde/doença e seus determinantes/condicionantes. 2)Processo de trabalho em saúde e suas características. 3)Cargas presentes no trabalho do Técnico Agente Comunitário de Saúde: conceitos, tipos, efeitos sobre a saúde do trabalhador e medidas de prevenção. 4)Ética no trabalho em saúde. 5)Políticas públicas, em especial a Política

Nacional de Saúde – organização, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.
 7) humanização do cuidado, satisfação do usuário e do trabalhador, equidade, e outros.
 8) Sistema de informação em saúde: introdução ao SIAB; ficha A (BRASIL, 2004e, p. 25-28)

Como este estudo focaliza a Etapa I (400h) do Plano de Curso, foram verificadas estratégias de ensino-aprendizagem adotadas pelas instituições formadoras na estruturação do currículo, de forma a ressaltar o perfil social e o papel do ACS no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS. Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda (BRASIL, 2004e, p. 22):

[...] discussões e sucessivas aproximações ao objeto de trabalho; atividades didáticas que permitam a apreensão de conceitos sobre a política nacional de saúde, a estratégia da saúde da família, o processo saúde-doença (seus determinantes e condicionantes), as características do processo de trabalho em saúde e as cargas relacionadas ao trabalho do técnico agente comunitário de saúde, na perspectiva de, por meio do reconhecimento dos diferentes espaços e contextos onde as práticas são desenvolvidas, conhecer e aplicar instrumentos do planejamento com enfoque estratégico e de se situar como membro da equipe de saúde e como mobilizador social; avaliação do próprio trabalho, considerando significado e importância de suas ações, bem como as necessidades de aprimoramento.

Ressaltamos que o objetivo principal do curso é a preparação de profissionais para atuarem junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades (BRASIL, 2004e).

Com base no Art. 3º., da Portaria Operativa/MS/SEGTES/DEGES nº. 11, de 17 de dezembro de 2004, as propostas pedagógicas a serem encaminhadas ao Ministério da Saúde/SEGTES/DEGES, para a formação do ACS, devem conter: a) Plano de Curso; b) Plano de Execução; c) Plano de Capacitação Pedagógica para Docentes; d) Planilha de Custos; e) Cronograma de Desempenho.

Cabe às Escolas Técnicas do SUS ou aos Centros Formadores a profissionalização do ACS, que deve ser de fácil acesso aos trabalhadores. Por sua vez, as turmas devem abrigar um número máximo de 30 alunos por turma, sendo de responsabilidade da instituição formadora a elaboração e distribuição do material didático a ser utilizado durante o curso.

A equipe técnica do curso compõe-se dos seguintes profissionais: a) coordenador-geral, com nível superior, com experiência na área da Saúde e/ou Educação, que deverá exercer funções administrativas e gerenciais referentes à execução do curso no âmbito do estado; b) coordenador pedagógico, com nível superior na área da Saúde, com experiência em Educação, que será

responsável pela supervisão rotineira da execução dos cursos, devendo o mesmo ter disponibilidade para a realização de visitas mensais às turmas; c) Corpo Docente constituído por profissionais de nível superior da área da Saúde, preferencialmente com o curso de formação pedagógica ou equivalente, responsável por ministrar os módulos constantes do plano de curso (BRASIL, 2004e).

Os profissionais que compõem a equipe participam de uma capacitação pedagógica oferecida pelas instituições formadoras voltadas para execução dos cursos, o que vale tanto para as atividades teóricas, quanto para as práticas supervisionadas. A capacitação pedagógica é oferecida com uma carga horária mínima de 88 horas, abrangendo os seguintes aspectos: conteúdos abordados, metodologias utilizadas e estratégias de avaliação.

Tabela 1 – Estimativa para atendimento da demanda em 2004/2005 por unidade

ESTADOS	Nº. TOTAL DE ACS A SEREM FORMADOS	Nº. DE ACS PROJETO	Nº. DE ACS CONCLUINTES NA 1ª ETAPA
Acre	960	1.283	441
Alagoas	4.337	4.611	–
Amazonas	4.971	5.394	–
Amapá	1.003	1.370	–
Bahia	19.876	25.000	–
Ceará	10.551	14.070	5.247
Espírito Santo	4.369	5.041	–
Goiás	6.971	5.027	–
Maranhão	11.245	13.069	–
Mato Grosso	3.525	4.138	–
Mato Grosso do Sul	3.060	3.345	3.170
Minas Gerais	18.745	22.365	6.234
Pará	10.244	6.700	–
Paraíba	6.930	7.717	–
Paraná	10.114	10.919	–
Pernambuco	12.382	12.975	5.861
Piauí	5.898	6.915	–
Roraima	476	618	–
Rondônia	1.801	2.410	–
Rio de Janeiro	6.321	5.427	2.297
Rio Grande do Norte	4.983	5.192	4.125
Rio Grande do Sul	6.022	0	–
São Paulo	16.512	8.307	3.315
Sergipe	3.063	3.455	–
Santa Catarina	8.129	3.083	–
Tocantins	2.989	3.269	3.269
Total Geral	185.477	181.700	33.959

Fontes: DAD/SAS/MS, 2004 e DEGES/SGTES/MS, out./2006.

Analisando os dados acima, observa-se que a meta inicial proposta em 2004, realizada com base nos dados do SIAB, previa a formação de 185.477 ACS no Brasil. Em 2004/2005 as instituições formadoras foram apresentando suas propostas, e já se previa a formação de 181.700 ACS em todo o País, com exceção do Rio Grande do Sul, que ainda não apresentou proposta. Desse quantitativo, já foram formados 33.959.

2.3.1 O processo de formação do ACS no Mato Grosso do Sul

O processo de formação do ACS no Mato Grosso do Sul teve início a partir das articulações com o serviço e gestão em julho de 2004, quando foi apresentado, pela Coordenadoria da Atenção Básica, um diagnóstico da situação dos agentes no estado.

Em maio de 2005, foi encaminhado o Plano de Curso ao Ministério da Saúde. A proposta apresentada previa a formação de 100% dos ACS do estado, independentemente do nível de escolaridade, em um período de 8 meses. O início das aulas ocorreu em maio de 2006, tendo sido concluída a etapa formativa I em setembro de 2006, com um total de 3.170 concluintes, em 144 turmas formadas, sendo 960 do Núcleo Regional de Campo Grande, local da realização da pesquisa.

A equipe técnica do CEFOR/MS, para a formação dos ACS, conta com a seguinte composição:

- 1 monitor geral do CEFOR, responsável pela gestão institucional e as articulações políticas e operacionais;
- 2 monitores pedagógicos, também do CEFOR, sendo um responsável pelos Pólos Campo Grande e Três Lagoas e outro pelo Pólo Dourados, incumbidos da execução dos cursos em todo estado;
- 1 monitor financeiro, responsável pela gestão financeira do projeto;
- 13 monitores regionais responsáveis pelas funções administrativas e gerenciais do curso, nos núcleos regionais de saúde do estado a serem executadas por meio de monitoramento e supervisão mensal;
- 135 instrutores/monitores locais, um por turma, responsáveis pela coordenação local técnico-pedagógica de 400h/aulas (teóricas e práticas) – sendo 272 horas/aulas presenciais, executadas

em regime de 8h/aulas semanais – e incumbidos dos planos de trabalho, em cooperação com os preceptores.

- 394 preceptores, prioritariamente os enfermeiros da equipe de PACS ou PSF, responsáveis pelo acompanhamento das 128h/aulas semanais de dispersão, distribuídas em 4h/aulas semanais no próprio local de trabalho do ACS, pela participação nas reuniões com o instrutor/monitor local quando solicitado, pelo acompanhamento do trabalho de campo, tirando dúvidas e auxiliando quando necessário, assim como pela solução de problemas e dificuldades percebidos ao longo do processo.

Em Mato Grosso do Sul, houve a participação de 222 instrutores/colaboradores que participaram do processo formativo.

2.3.2 O processo de formação do ACS no Ceará

No Ceará, foi apresentada em 2004 a proposta para a formação de uma turma piloto em Tauá, com a qualificação de 105 ACS. Essa proposta foi ampliada para contemplar a formação de 5.414 ACS, em 190 turmas, e em 2006, 8.661 ACS, em 186 turmas. Desse quantitativo, 5.258 ACS foram formados na Etapa I.

Na proposta apresentada em 2006, seriam selecionados 2.800 ACS na capital. A pesquisa no Pólo Fortaleza, constituído de 7 municípios, dos quais podem ser destacados Caucaia, com 27 turmas e 759 ACS, e Maracanaú, com 21 turmas e 612 ACS a serem formados.

No Ceará, a equipe técnica para a formação do ACS conta com a seguinte composição:

- 1 coordenador estadual, responsável por todo o gerenciamento do curso junto aos coordenadores regionais e instrutores/coordenadores locais;
- 18 coordenadores/instrutores regionais, responsáveis pelo monitoramento técnico e pedagógico das turmas assumiram junto aos pólos;
- 92 instrutores/coordenadores locais, responsáveis pelo acompanhamento de 2 turmas em teoria simultaneamente, em tempo integral, a cada 15 dias, no período diurno, e pelas visitas domiciliares com o ACS para o estabelecimento da dimensão da área trabalhada e a articulação com o que estava sendo abordado na teoria.

- 790 supervisores de estágio selecionados, prioritariamente enfermeiros das equipes de PSF, responsáveis pela coordenação local técnico-pedagógica (400h/aulas teóricas e práticas), sendo 160 horas/aulas presenciais e 240 horas de atividades de campo, executadas em regime de 40h/aulas semanais.

3 OBJETIVOS

Considerando a necessidade de avaliar os processos de formação dos agentes comunitários, conforme as metodologias instituídas e o perfil que se deseja, foram definidos objetivos.

3.1 Geral

Avaliar o processo de formação do Agente Comunitário de Saúde, mediante a política de educação profissional, proposta pelo Ministério da Saúde.

3.2 Específico

Identificar nos planos de curso apresentados pelas instituições formadoras do Agente Comunitários de Saúde, no CE e MS através da análise documental e entrevista os seguintes aspectos do curso: organização curricular, objetivos, metodologia e técnicas de avaliação da aprendizagem.

4 TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

4.1 Bases teóricas da avaliação

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, escolhida em decorrência de o objeto pesquisado ser contemporâneo e resultante de uma política pública. Os aspectos conceituais e metodológicos da avaliação implicam uma análise profunda do objeto em questão, que resulta na emissão de um julgamento, seguido de recomendações visando à intervenção. Mais especificamente, esta investigação se propôs discutir, julgar e avaliar o alcance da Primeira Etapa do processo de formação dos Agentes Comunitários de Saúde.

O termo avaliar remete a conceitos que emitem juízo de valor e aferições. Para Minayo (2005, p. 24), essa estratégia de investigação se apóia em concepções filosóficas baseadas no “construcionismo” e na “parceria do processo”, abordadas por Silva e Brandão e Penna Firme, que compreendem o foco da avaliação enfatizando a interação de pessoas e instituições, conforme o conceito abaixo:

[...] Entendemos avaliação como elaboração, negociação, a aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar e julgar o contexto, o mérito, o valor ou o estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e de organizações (SILVA; BRANDÃO, 2003, p. 2).

Neste aspecto, Penna Firme (2003, p. 3) ressalta que é preciso investir em:

[...] Avaliações sensíveis à responsabilidade situacional, metodologicamente flexíveis no entendimento político e substancialmente criativas por integrarem todas essas dimensões na direção do desenvolvimento e do aperfeiçoamento do objeto [com vistas a] consolidar entendimentos e parcerias, apoiar mudanças sucessivas, corrigir rumos, ampliar o comprometimento dos diferentes atores e promover o aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, instituições e sistemas.

Com o foco dirigido avaliações de programas, Hartz considera (1997, p. 31) que “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção sobre qualquer um dos seus componentes com objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Tanaka (2001, p. 14) também entende a avaliação como um processo técnico-administrativo que se destina a auxiliar na tomada de decisões. Complementa esse pensamento, ressaltando que “a avaliação deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas e, por conseguinte, deve ser exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e na execução dessas ações”.

Entendendo que a avaliação sempre implica (1) um julgamento de valor para (2) tomada de decisão, Tanaka (2001) considera importante ressaltar que toda a avaliação é, de certa forma, realizada a partir de uma necessidade da gestão, que *grosso modo*, decide no âmbito do planejamento, execução e avaliação. Dessa forma, essa pesquisa avaliativa pode de fato contribuir para a política de formação dos agentes comunitários, uma vez que a pesquisadora faz parte da gestão do referido projeto.

Donabedian (1980, 1990, 1992) discute a abordagem sistêmica da avaliação pautada nos sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, a serem alcançados na avaliação da estrutura, processo e resultados ou impacto.

De tudo o que envolve a formação dos agentes no que diz respeito à estrutura, processo e resultado, a avaliação do processo tem a capacidade de conhecer o modo como o sistema realmente funciona (DONABEDIAN, 1992) e se refere a tudo o que os profissionais fazem para os indivíduos. Refere-se também à habilidade de realizar tarefas, analisando-se sob o ponto de vista técnico ou administrativo (DONABEDIAN, 1980). Para Tanaka (2001), o processo compreende atividades e procedimentos empregados na administração dos recursos. Cabe aqui o entendimento de que processo é o conjunto de atividades definidas no plano de curso e realizadas pela escola para alcançar competências, objetivos e metas na formação do ACS.

Assim, concordando com os autores, tomamos esses conceitos como eixo norteador para a construção do caminho metodológico, tornando-o viável e adequado aos objetivos desta investigação.

4.2 Tipo e local da pesquisa

Esta pesquisa avaliativa foi realizada por meio de estudo de caso (YIN, 2005). Em decorrência do fato de o objeto da pesquisa tratar-se de uma política atual, em um contexto dinâmico da realidade que não pode ser isolado ou testado de modo experimental, este estudo de caso se deu com a investigação de dois casos, o do Mato Grosso do Sul e o outro, do Ceará.

4.3 Procedimentos metodológicos e período de coleta de dados

A investigação ocorreu em duas fases complementares. Na primeira fase, foi realizada uma análise dos planos de curso apresentados pelas instituições formadoras, averiguando a organização curricular, objetivos, metodologia e técnicas de avaliação da aprendizagem.

Na segunda fase foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os seguintes atores: a) gestores escolares das instituições formadoras do ACS; b) coordenadores estaduais de PACS/PSF; c)) agentes comunitários de saúde concluintes da etapa formativa. Os formulários de entrevista podem ser visualizados respectivamente nos apêndices A, B, C, D e E.

A coleta de dados pode ser assim descrita:

1ª. Etapa – Avaliação da implantação, com base na análise dos documentos normativos e planos de curso.

Os elementos para a avaliação foram respaldados no Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2004e). A análise da proposta pedagógica embasou-se nos seguintes aspectos: organização curricular, objetivos, metodologia e técnicas de avaliação da aprendizagem. Procedeu-se à caracterização do perfil demográfico, econômico e social dos agentes comunitários concluintes da Etapa Formativa I.

2ª. Etapa – Avaliação da implementação, por meio de entrevistas

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cinco formulários (em apêndice), aplicadas aos coordenadores regionais do curso, docentes, supervisores de prática, coordenadores estaduais de PACS/PSF e ACS formados na Etapa Formativa I.

Tais entrevistas tiveram por finalidade analisar a coerência entre o referencial adotado e os planos de cursos, de um lado, e, de outro, as práticas adotadas. A coleta de informações ocorreu em setembro e outubro de 2006, tendo sido as entrevistas agendadas previamente.

4.4 Universo e sujeitos da pesquisa

A escolha dos estados do Mato Grosso do Sul e Ceará (capital e macrorregião mais próxima) foi direcionada por critérios, tais como: limitações orçamentárias, proximidade da capital e o fato de a pesquisadora ser responsável pelo acompanhamento da implantação e implementação da política nos estados.

Dessa forma, foram selecionadas uma turma da capital e outra pertencente à macrorregião mais próxima da capital que concluíram a Etapa Formativa I.

Fizeram parte deste estudo os seguintes sujeitos: 2 coordenadores regionais; 16 docentes/supervisores de prática; 2 coordenadores estaduais de PACS/PSF e 32 ACS de Mato Grosso do Sul e Ceará.

4.5 Análise das informações

Foram submetidos a uma análise documental: os documentos norteadores da política de formação do ACS referenciados pelo Ministério da Saúde; e os planos de curso apresentados pelos estados.

Dos conteúdos obtidos por meio das entrevistas foram extraídas categorias para a análise, divididas em dois grupos: 1) categorias centradas no entrevistado; 2) categorias referentes à avaliação dos planos de curso.

As categorias centradas no entrevistado foram divididas em: a) perfil dos entrevistados; b) opinião acerca do trabalho do ACS; c) caracterização das experiências profissionais. As categorias referentes à avaliação do Plano de Curso foram divididas em: a) aprendizagem significativa; b) competências adquiridas; e c) análise do currículo.

As entrevistas foram classificadas em ordem numérica e crescente. No Ceará as entrevistas realizadas com ACS, o coordenador estadual de PACS/PSF, coordenadores regionais de curso,

docentes e supervisores de prática, que vai de E1 a E26. No Mato Grosso do Sul a classificação vai de E27 até E52.

Os dados quantitativos foram tabulados, analisados e as frequências calculadas e discutidas.

4.6 Validade e uso dos resultados

Para alcançar a confiabilidade da pesquisa, foi montado um protocolo de formação com intuito de orientar a coleta de dados (YIN, 2005).

Todo o processo de investigação foi descrito com a apresentação dos roteiros e formulários de entrevistas, de tal forma que fosse assegurada a sua reprodução em outras realidades, garantindo-se a confiabilidade deste estudo.

4.7 Considerações éticas

Com referência às questões éticas, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS, sob o Protocolo n°. 824, de 25 de setembro de 2006 (Anexo B).

Os entrevistados receberam as informações sobre a finalidade e os objetivos da pesquisa e preencheram um Termo de Consentimento Livre e Informado, sendo que uma cópia ficou com o pesquisador e outra com o entrevistado (Anexo B).

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, as instituições e respectivas coordenações estaduais foram informadas visando ao agendamento das visitas para, após preenchimento da Folha de Rosto, ser iniciada a investigação (Anexo A).

Os resultados serão divulgados por meio da realização de seminário junto aos serviços e à academia, bem como de CD a ser elaborado, contendo o relatório final e a síntese dos resultados a serem encaminhados às instituições participantes.

5 RESULTADOS E ANÁLISES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Este capítulo apresenta resultados da análise documental e das entrevistas realizadas com os atores envolvidos na realização da Primeira Etapa Formativa do curso de Técnico Agente Comunitário de Saúde, nos estados do Mato Grosso do Sul e Ceará:

5.1 Os Cenários estudados: Mato Grosso do Sul e Ceará

5.1.1 Mato Grosso do Sul

O estado do Mato Grosso do Sul, foi desmembrado de Mato Grosso e elevado à condição de estado em 11 de outubro de 1977, pela Lei Complementar de n°. 31. Após dois anos, Campo Grande adquiriu a condição de capital do estado. Está localizado na região Centro-Oeste, numa área de transição climática, com contrastes térmicos decorrentes do clima tropical semi-úmido e tropical de altitude, com grande volume de chuvas no verão e inverno seco. A temperatura média anual varia entre 21° e 28°, e o índice pluviométrico alcança média de 2.000mm por ano.

Atualmente possui 78 municípios, uma população de 2.264.489 habitantes, segundo o IBGE (2005), com densidade demográfica de 2,6 hab/km². Observa-se, no entanto, que 41% da população concentram-se nos dois maiores municípios: Campo Grande, com 749.770 habitantes (33%) e Dourados, com 183.097 (8%). Quanto à composição por faixa etária, observa-se um predomínio de adultos, com declínio na proporção de jovens e aumento na proporção de idosos (BRASIL, 2004g).

A Estratégia Saúde da Família teve início no estado com o Programa Agentes Comunitários de Saúde, em 1988, com uma cobertura populacional de 83.950 habitantes, apenas 4,0%, distribuída em 12 municípios. Com a implementação do PSF, houve um aumento dessa cobertura, abrangendo cerca de 1.904.100 habitantes (90,0%), em 76 dos 78 municípios existentes (BRASIL, 2006).

5.1.2 Ceará

O Ceará é um estado localizado abaixo da linha do Equador, ao norte da região Nordeste do Brasil, em plena região do semi-árido. Com 184 municípios, e uma área de 146.817 km², o estado limita-se a leste com o Rio Grande do Norte e Paraíba, ao sul com Pernambuco, a oeste com o Piauí e ao norte com o Oceano Atlântico. Sua população aproximada é de 7.106.605 habitantes (BRASIL, 2005).

O clima predominante no Ceará é o semi-árido. Em pelo menos 9 meses do ano não chove, e a temperatura média alcança 29° em algumas regiões do sertão. Nos meses de chuva, normalmente de fevereiro a maio, as temperaturas decrescem um pouco, atingindo em média 25°. A média do litoral está entre 24 a 28° e a das serras, entre 20 a 25°. A vegetação dominante é a das caatingas, com sua paisagem típica de pequenas árvores retorcidas (BRASIL, 2005).

Em 1987 foi lançado o Programa Agente de Saúde Emergencial, com 6.000 ACS para atender as vítimas da seca. Em 1988 essa proposta foi desativada, iniciando-se o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Em 2004 teve início o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2005).

5.2 Caracterização do perfil dos entrevistados

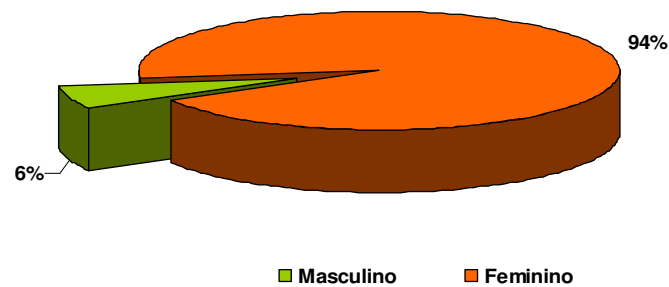
Segundo informações do SIAB, em maio de 2006, encontravam-se em atividade no Brasil 214.494 ACS. Destes, 3.538 são do MS e 10.869 do CE.

São Agentes Comunitários de Saúde aqueles que atendem aos critérios de seleção explicitados na Lei nº. 10.507/2002, ou seja, podem participar do processo pessoas de ambos os sexos, com idade mínima de 18 anos e residentes na área de atuação (BRASIL, 2002a).

Partindo do cenário geral dos Agentes Comunitários de Saúde, aqueles que participaram da entrevista estão na faixa etária entre 30 e 40 anos, conforme Tabela 2 abaixo:

Tabela 2 – Distribuição dos ACS no curso segundo a faixa etária. No MS e Ce, 2006

Idade	Nº. Participantes	%
20 → 30	8	25
30 → 40	17	53
40 → 50	4	13
50 → 60	3	9
Total	32	100,0

**Figura 1 – Distribuição dos ACS participantes do curso segundo sexo, nos estados do MS e CE, 2006**

Em relação ao sexo, do total de 32 entrevistados, só 2(6%) Agentes Comunitários de Saúde são do sexo masculino. Assim como na área de enfermagem há predominância de mulheres, na categoria dos Agentes Comunitários de Saúde isso se repete.

Esse traço se mantém desde a origem da categoria dos ACS, que a princípio eram importantes fator “gerador de emprego e renda”, com participação expressiva de mulheres.

[...] surgiu uma seca no Ceará e houve a necessidade de empregar as pessoas que estavam sem emprego e passando fome. Então, sugerimos a idéia de empregar mulheres. Sempre nas emergências se empregam homens, mas há muitas mulheres que não têm marido, que são as donas da casa. Então sugerimos empregar 6 mil mulheres [...] Foram selecionadas 6 mil mulheres dentre aquelas mais pobres do estado, que eram escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, igreja, representantes do estado e do município (LAVOR *apud* NOGUEIRA et al., 2000, p. 4).

Dos demais participantes (coordenador estadual de PACS/PSF, coordenador regional de curso, docente e supervisor de prática) a maioria também é do sexo feminino (90%). Somente 2 docentes são do sexo masculino, sendo um no MS e outro no CE. Como demonstrado na Figura 2:

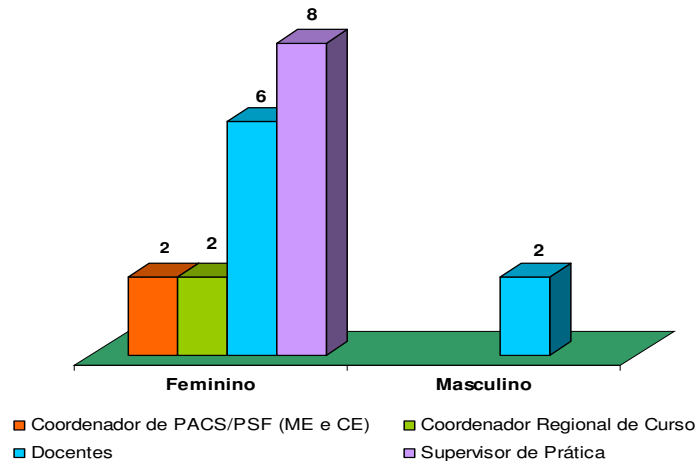


Figura 2 – Distribuição de participantes da equipe técnica do curso segundo sexo, no MS e CE, 2006

Em relação à idade dos 20 entrevistados (coordenadores estaduais de PACS/PSF, coordenadores regionais dos cursos das escolas, docentes e supervisores de prática), a média de idade no MS é de 43,2 anos e no CE é 41,3 anos.

Quanto à escolaridade, dos 32 ACS entrevistados, 23 (72 %) possuem o ensino médio completo e 3 (9 %) têm nível superior concluído, principalmente na área de pedagogia, seguidos de 4 (13%) ACS que estão cursando nível superior e 2 (6%) ACS que têm ensino fundamental e estão cursando o ensino médio.

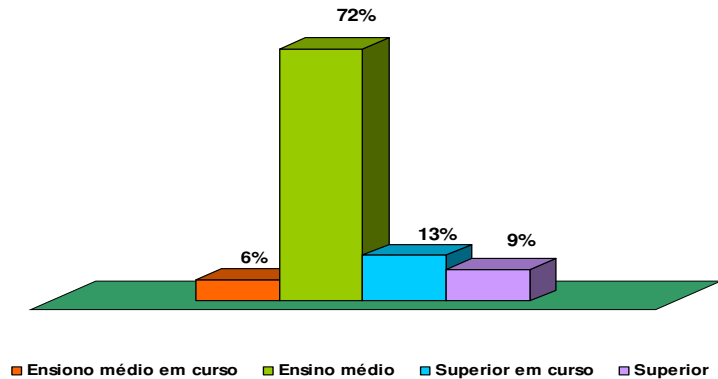


Figura 3 – Distribuição dos ACS participantes do curso segundo escolaridade, no MS e CE, 2006

Levantamento realizado pelo DEGES/SGTES/MS em 2004 sobre a escolaridade dos ACS, com o objetivo de analisar a viabilidade da proposição de um curso técnico à época, apresentou os seguintes resultados: 60% dos ACS em serviço tinham ensino médio completo; 18 % possuíam ensino fundamental e 22% não haviam concluído esse nível de ensino (BRASIL, 2004e).

Nos estados pesquisados, 72% dos ACS possuem ensino médio, diferindo dos resultados da pesquisa acima em 12%.

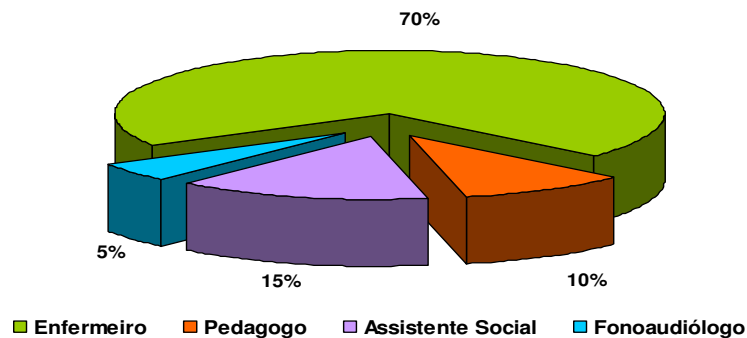


Figura 4 – Distribuição dos Docentes e Supervisores de Prática do curso segundo categoria profissional, no MS e CE, 2006

Quanto à categoria profissional dos coordenadores de PACS/PSF, coordenadores regionais de curso, docentes e supervisores de prática entrevistados, percebeu-se o predomínio de enfermeiros, num total de 14 (70%), havendo também a participação de 6 (30%) outros

profissionais, a saber: 2 pedagogos (sendo 1 no MS e 1 no CE), 3 assistentes sociais (no CE) e um fonoaudiólogo (no CE), conforme Figura 4.

Outra característica destacada é a qualificação docente: 18 (90%) possuem curso de pós-graduação no MS e no CE. Desses, 12 (60%) tiveram oportunidade de realizar curso de especialização e mestrado em Saúde Pública ou especialização em Saúde da Família. Outros 5 (25%) cursaram especialização em formação pedagógica profissional na área de saúde: enfermagem pelo PROFAE, num total de 3 docentes no MS e 2 supervisores de prática no CE. Conforme Figura 5

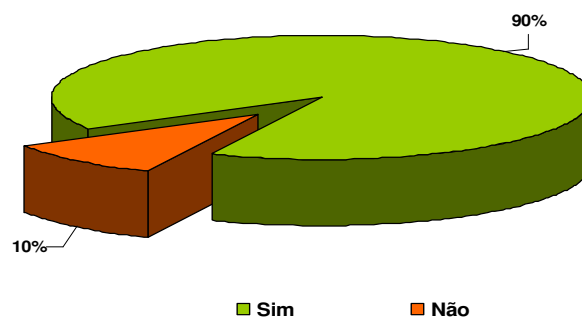


Figura 5 – Distribuição dos Docentes e Supervisores de Prática do curso segundo realização de cursos de pós-graduação, no MS e CE, 2006.

5.3 Caracterização das Experiências

5.3.1 Caracterização das experiências dos ACS

Considerando o dado relativo ao tempo de trabalho no PACS/PSF, no MS a média é de 5,5 anos e no CE 8,6 anos. Foram encontrados períodos muito superiores à média. No MS havia ACS com 9 anos de serviço e no CE esse mesmo dado apontou uma experiência ainda maior, de até 15 anos de trabalho no PACS/PSF. A experiência do Ceará foi uma das pioneiras no Brasil, por isso afirmamos nesta pesquisa que os ACS do CE têm mais tempo de serviço que os do MS.

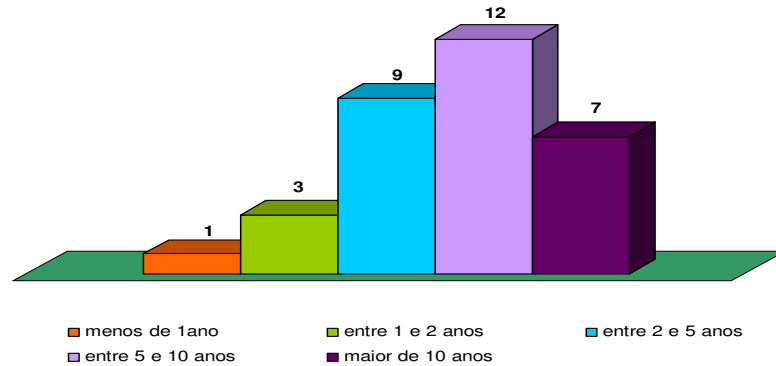


Figura 6 – Distribuição dos ACS do curso segundo tempo de trabalho no PACS/PSF, no MS e CE, 2006

Quanto ao exercício de outra atividade profissional, foi observada uma certa precaução ao responder a essa questão, tendo em consideração a exigência de trabalho integral do agente em 40 horas semanais. Aos que responderam no MS, 4 pessoas exerciam outras atividades como ACD, técnico de enfermagem e pedagogo. E no Ceará, 3 ACS informaram que também eram professores no programa de alfabetização de adultos no período noturno. Embora todos atendam ao critério de trabalhar 40 horas/semanais como ACS, 7 (20 %) trabalhadores têm uma jornada de trabalho superior, alcançando até 60 horas/semanais.

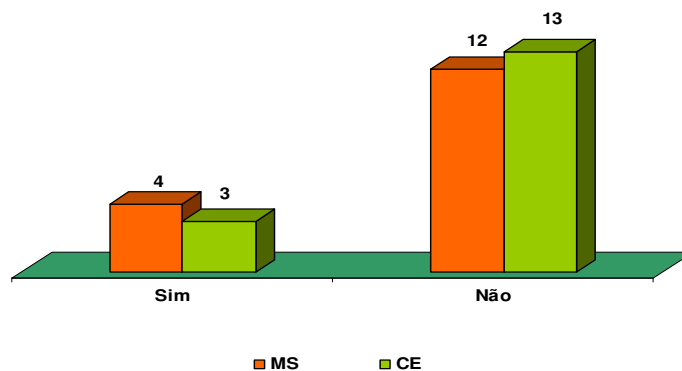


Figura 7 – Distribuição dos ACS do curso segundo exercício de outra profissão, no MS e CE, 2006

Em relação às experiências do trabalho como ACS, seguem algumas falas obtidas nas entrevistas.

“É um trabalho maravilhoso, ajuda muito a comunidade [...] Mudou muito o perfil da comunidade carente, desde social, saúde [...] Tudo muda na comunidade” (E 30/MS).

“Elo. Liga PSF/Pessoas. A gente é conselheira, passa informação [...] a paciente nunca se abre com o médico como se abre com a gente. Às vezes não só na saúde, como na área afetiva também. Exemplo nos casos de agressão pelo marido [...]” (E 38/MS).

“Eu quando comecei a trabalhar não tinha noção. Achava que seria mais um trabalho [...] Você ia falar com as pessoas [...] não tinha visão. Agora sei que o Agente Comunitário é o pilar do PACS/PSF, não da equipe, mas da comunidade, principalmente na zona rural” (E 40/MS).

“Vi a redução da morte de crianças e gestantes, passa dificuldade, mas gosto do trabalho” (E 01/CE).

“Peça fundamental [...] pessoa da comunidade com quem as famílias têm confiança para desabafar” (E 04/CE).

“Importante [...] sabe as necessidades da comunidade, leva informações e ajuda a comunidade” (E 16/CE).

Os Agentes Comunitários de Saúde foram unânimes em afirmar que o trabalho que desenvolvem é importante e satisfatório. Embora satisfeitos, alguns citaram limitações e situações desfavoráveis em relação a sua condição de trabalho, que chamam “pesado, duro, sofrido”. Vale ressaltar a importância que o trabalho tem para eles no que se refere à satisfação em poder ajudar a comunidade, encaminhar ou resolver os problemas de saúde. Muitas vezes vão além do seu papel de atender as necessidades da comunidade, ouvindo e compartilhando problemas mais íntimos das pessoas, das famílias.

Com base nas falas dos ACS entrevistados, constatou-se o reconhecimento do papel de mobilizador social, como elo entre o serviço e a comunidade, a partir do conhecimento prévio das características socioeconômicas e culturais da comunidade onde atua. Também se sentem valorizados ao se destacarem como profissionais instituídos por programa federal precursor de mudanças no local que residem.

Para enfrentar os desafios do seu trabalho, o ACS necessita ampliar seus conhecimentos, refletir sobre sua prática e avaliar suas ações.

Lavor resgata o processo de definição das atribuições dos ACS na sua origem:

A gente definiu coisas muito simples e que eram importantes para a saúde, como conseguir vacinar todos os meninos, achar todas as gestantes e levar para o médico,

ensinar a usar o soro oral. Assim, dentro de quatro meses treinamos 6 mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional (LAVOR *apud* NOGUEIRA et al., 2000, p. 4).

Essas características já haviam sido realçadas por Nogueira et al. (2000) ao sustentarem que o agente possui uma identidade com a comunidade e o pendor para a ajuda solidária, enfatizando ainda ser uma pessoa da comunidade que poderia ter uma vida igual à de seus vizinhos e no entanto estar preparado para orientar as famílias e a comunidade do seu entorno. Para Lavor (*apud* Nogueira et al., 2000, p. 4) “o mais importante é que fossem pessoas que a comunidade reconhecia [...]”.

Essas características foram contempladas nos documentos normativos do Ministério da Saúde e na Lei n°. 10.507/2002, que criou a profissão do Agente Comunitário de Saúde. Para exercer a profissão a pessoa deve ter pelo menos três anos de residência na comunidade.

Ao ser instituído como programa de governo em todo o País, ampliaram-se os objetivos, que visavam à reorganização do SUS e à municipalização. Também foram definidas 33 atribuições (Portaria/GM n°. 1886/97). De acordo com elas, o ACS desenvolveria as ações educativas individuais e coletivas visando à promoção de saúde e à prevenção de doenças, objetivando alcançar resultados positivos na atenção básica e mudanças nos hábitos da população.

Quanto à capacitação do agente, o Ministério da Saúde em parceria com estados e municípios, realizava o treinamento introdutório com carga horária de 88 horas, incluindo: o conceito de saúde, com enfoque em alimentação, moradia, trabalho, educação, lazer, cultura, meio ambiente, terra, participação popular, solidariedade; os conceitos de prevenção de doenças e promoção da saúde; os princípios do SUS; o conceito de risco, com enfoque na situação de risco, fatores de risco, áreas de risco, famílias em situação de risco.

Silva e Dalmaso (2002, p. 54) comentam que esse processo não foi além da primeira fase, embora tivesse sido proposta uma capacitação permanente através dos treinamentos introdutórios. E ressaltam ainda: “Ao estimular a formação dos agentes, não se pretende que eles venham a substituir ou preencher o papel dos outros profissionais de saúde que lutam no sentido de garantir uma melhor assistência à população”.

Os desafios e responsabilidades inerentes à atuação do ACS geram indagações e inquietações. Revela-se em sua fala, como já visto anteriormente, uma necessidade de acertar

sempre, pois, ao ser visto como “pessoa importante na comunidade”, sente-se responsável pelos resultados de saúde daquelas famílias.

Assim se pode afirmar que o pano de fundo na formação do ACS deve ser seu papel social e a singularidade de seu processo de trabalho. E aos profissionais que atuaram na sua formação não basta apenas conhecê-lo, é preciso incentivar a inovação, viabilizar experiências, estar em sintonia com a proposta.

5.3.2 Caracterização das experiências da equipe técnica das escolas

A análise dos dados das escolas possibilita afirmar que 14 (70 %) entrevistados possuíam experiências anteriores com ACS no PACS/PSF, conforme caracterização abaixo descrita:

- 2 coordenadoras da atenção básica (duas enfermeiras) – já tiveram experiências como instrutoras/supervisoras em equipes do PACS/PSF, assumindo a função de secretárias municipais de saúde e implantando essa política em seus municípios. Possuem uma média de 5 anos de trabalho com o ACS.
- 2 coordenadoras regionais de curso (uma pedagoga e outra assistente social) – não haviam trabalhado diretamente com agente em equipes de PACS/PSF, mas haviam participado de capacitações dos ACS.
- Corpo Docente (16):
 - Atividades teóricas – 6 (38%) revelaram ter experiências (4 no MS e 2 no CE). Os quatro entrevistados que afirmaram ter experiência no MS, são enfermeiros, 3 da equipe de PACS/PSF e o outro foi coordenador municipal de PACS/PSF. No Ceará, a equipe era formada por profissionais de outras áreas. Dois afirmaram possuir experiências, um pedagogo e um fonoaudiólogo em outros processos de capacitação com ACS, que não caracterizam trabalhos no PACS/PSF.
 - Os supervisores de prática - 8 (50%) – todos são enfermeiros e foram unânimes em afirmar que já trabalhavam em equipes de PACS/PSF, por um período que variou 2 a 11 anos, com média de 5anos.

Sobre as experiências em capacitações ou treinamentos introdutórios, dirigida à equipe técnica da escola, 1 (5%) dos coordenadores regionais de curso afirmou ter participado da equipe central responsável pelo treinamento introdutório no estado; 4 (50 %) docentes nos estados

responderam positivamente, enquanto 4 (50 %) outros não tinham esse tipo de experiência. E, entre os supervisores de prática, 3 (17 %) não foram facilitadores em treinamentos introdutórios, embora fizessem parte da equipe de PACS/PSF, justificando sua resposta na centralização das capacitações no nível central. Os 5 restantes (28 %) já haviam tido essas experiências.

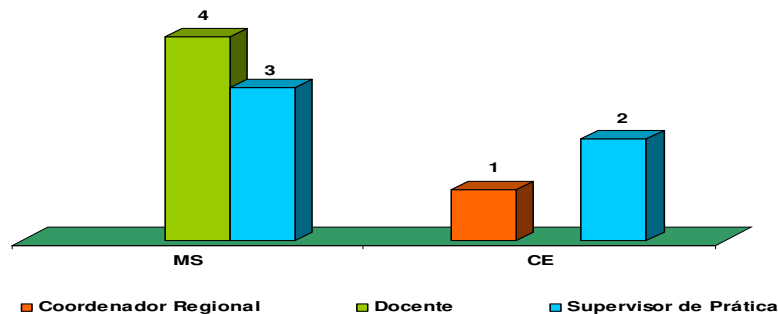


Figura 8 – Distribuição da Equipe Técnica do curso segundo experiências anteriores em treinamentos com ACS no PACS/PSF, no MS e CE, 2006

Verifica-se nesses depoimentos que 10 (63%) entrevistados já tiveram experiências anteriores com o ACS, em treinamentos introdutórios ou capacitações pontuais em serviço. No entanto, evidencia-se certa dificuldade de diferenciar os conceitos de capacitação, treinamento e formação.

O diferencial desses processos de treinamentos, capacitação e formação viabilizam a implantação das políticas. Para Galvão (1989) todo processo educativo que qualifica pessoas para exercer atividades específicas deve ser classificado em processos educativos formais, também denominados processo de formação. Constituem cursos autorizados pelo sistema de educação, com estrutura e organização aprovada pelos organismos competentes e cujos produtos (aprendizagem ou desempenho alcançados pelo aluno) são verificados por meio avaliação e legitimados por diplomas e certificados.

Processos informais de capacitação (treinamentos) de pessoas qualificadas ou não, apenas as prepara para as funções às quais estão sendo contratadas. Corroborando as idéias de Galvão, até a implantação do curso técnico Agente Comunitário de Saúde, os ACS eram informalmente preparados para o serviço.

Quanto à participação nesse processo, a maioria dos supervisores de prática e alguns docentes já tiveram experiência em educação profissional nos curso do PROFAE, onde muitos agentes também participaram como alunos da qualificação profissional para auxiliares de enfermagem (PROFAE). Dos 16 entrevistados (8 docentes e 8 supervisores de prática), 3 (38 %) docentes e 5 (62 %) supervisores de prática afirmaram que já tiveram experiências em curso de educação profissional de nível técnico.

Outra característica pesquisada foi à disponibilidade de tempo para participar da profissionalização do ACS. Os docentes têm em média 8 horas semanais para preparar as aulas teóricas, e os supervisores de prática afirmaram que, durante o processo de trabalho cotidiano, eles acompanhavam o ACS. Mas houve quem afirmasse que reservava um tempo na semana (média 4 horas semanais) para discutir os conteúdos abordados nas aulas teóricas com o ACS.

No CE todos os docentes, denominados instrutores locais, são selecionados com a exigência de dedicação exclusiva para a formação do ACS. Nesta pesquisa, em ambos os estados verificou-se que a docência não se caracteriza como atividade principal dos profissionais entrevistados da área da saúde.

Os profissionais comentaram a Etapa 1 da seguinte forma:

“Primeiro tem me ajudado a me aproximar. Porque embora eu já tenha atuado no PACS/PSF já alguns anos, eu nunca tinha sido supervisora. Aula da minha turma tem acontecido na própria unidade de saúde. Então isso foi muito gratificante, porque às vezes a gente fica muito afastado e meio no teórico, desvinculado da prática, do processo de trabalho. Então me aproximou mais da realidade, me aproximei dos agentes comunitários, comecei a ter uma outra imagem deles e dos enfermeiros do serviço. Aproximação com os gerentes e outros profissionais da unidade” (E 46/MS).

“Bastante. Na [nossa] formação, a gente tem pouco da parte social. Vê muita doença, muita prevenção, fica só em cima das patologias. A formação do cidadão a gente vê muito pouco. Nesse curso, eu adorei... eu aprendi a prender. Me voltei, mais pra esse lado [questões sociais]. Hoje eu estou mais atenta às eleições” (E 49/MS).

“Sim eles trazem muito conhecimento pra gente também. Porque eles fazem pesquisas de campo. Eles trazem subsídios da área que eu nem sabia... como cresceu a vila, cultura da comunidade. Às vezes eles ficam me questionando e esse é o problema” (E 50/MS).

“Este curso tem aberto muitos horizontes. A gente vem investindo muito com profissionais de nível superior e agora é hora de investir com os profissionais de nível técnico que estão na ponta, diretamente com as famílias [...] vai ser uma empreitada” (E 18/CE).

“Enriquecimento pedagógico. Experiência profissional, principalmente na parte de docência, na parte de coordenação e também no conhecimento do lado muito rico do trabalho deles. Porque embora estivesse trabalhado na coordenação de posto de saúde não conhecia diretamente o trabalho dele” (E 21/CE).

“Aprofundar junto com eles [...] e aprofundar assuntos específicos com eles em equipe” (E 26/CE).

A participação na formação do ACS traz como desdobramento aos atores participantes do curso a possibilidade de se integrar mais à equipe, conhecer outras pessoas, outras potencialidades, compartilhar experiências, vivenciar algo que está lhe trazendo motivação, conferir um novo sentido às atividades cotidianas por meio da reflexão sobre suas práticas, conhecer mais sobre o seu próprio trabalho no PACS/PSF, preparar-se para a docência, mobilizar os docentes para uma construção coletiva da aprendizagem junto aos ACS, além de despertar o um interesse pelo processo de formação dos ACS.

Segundo Veiga, a valorização do magistério só será alcançada quando houver preocupação com a qualidade do ensino, condições favoráveis de trabalho no tocante a recursos didáticos, físicos e materiais, salários compatíveis, dedicação à escola e àquele que aprende (VEIGA, 1995).

Coube à instituição formadora a tarefa de organizar a formação desse profissional com todas essas especificidades. Foram apresentados os planos de curso aos conselhos estaduais de educação, tendo sido posteriormente encaminhados ao Ministério da Saúde para apoio de sua implementação.

5.4 Avaliação do Plano de Curso

5.4.1 Aprendizagem significativa

Ao considerarmos a necessidade de formar profissional reflexivo, nos apoiamos nas considerações de Perrenoud (2002), ao afirmar que a capacidade de refletir sobre a sua ação é o que leva o profissional a ter autonomia e responsabilidade. E isso depende da construção de novas competências e saberes.

Ensinar é o “mecanismo pela qual se pretende alcançar certos objetivos e para isso se mobiliza meios” (BORDENAVE; PEREIRA, 2005, p. 42). Isso requer uma relação sensível e

aberta professor/aluno, onde o primeiro não é o dono do saber, mas facilitador do processo, um motivador da aprendizagem, que leva em consideração os conhecimentos adquiridos, a cultura do sujeito que aprende. Freire (1996, p. 22) apontava que não existe o professor que ensina e o aluno que aprende, “não há transmissão de conhecimentos”. Professor e aluno aprendem juntos no processo.

Acho que o papel de um educador conscientemente progressista é testemunhar a seus alunos, constantemente, sua competência, amorosidade, sua clareza política, a coerência entre o que diz e faz sua tolerância, isto é, sua capacidade de conviver com os diferentes para lutar contra os antagônicos. É estimular dúvidas, críticas, a curiosidade, a pergunta, o gosto do riso, a aventura de criar (FREIRE, 1999, p. 54).

Para o ACS, o que se destacou como aprendizado significativo nesta primeira etapa pode ser revelado nas falas.

“SUS. Como começou, o porquê começou e as mudanças” (E 28/MS).

“Leis trabalhistas, cidadania, ética, SUS, doenças” (E 33/MS).

“SUS, saúde-doença, biossegurança” (E 36/MS).

“Relacionamento pessoas da comunidade, expor idéias. Antes do curso eu não valorizava o trabalho do agente comunitário de saúde e as pessoas da comunidade hoje fazem questão que a gente continue” (E 39/MS).

“Conteúdos específicos: criança, como abordar, orientações para mães sobre comportamento e cuidados. Também a Gestante” (E 01/CE).

“Integração do grupo, conhecimento dos outros, trabalho em equipe, pois antes eu não tinha todo esse conhecimento e trabalhava por vocação com o povo, mas sem conhecimento” (E 08/CE).

“Trabalhar com projetos na comunidade, visitar creches e outras atividades” (E 10/CE).

“Circulo [...] o sentido do circulo que representa igualdade apoio e participação para trabalhar na equipe” (E 13/CE).

Conforme está descrito no Referencial Curricular para o Curso do ACS, na Etapa Formativa I deveriam ser trabalhados: a mobilização social, a integração com a equipe e comunidade e o planejamento das ações. Assim, nesse primeiro momento, os estados se propuseram a trabalhar o perfil social do ACS e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS.

No Mato Grosso do Sul, o curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde foi organizado em 3 módulos. O primeiro módulo, cumprido em 8 meses, é composto de 3 blocos temáticos: (1) fundamentação e contextualização do processo de trabalho; (2) fundamentação e formação para a

cidadania e; (3) território e o processo de trabalho do ACS, fundamentado na promoção prevenção de doenças.

O primeiro bloco temático teve uma carga horária de 100 horas divididas em 40 horas aula de concentração e 60 de dispersão. Os demais blocos temáticos foram constituídos de 150 horas, com distribuição similar de carga horária. As 40 horas aulas semanais eram divididas em 8 horas-aulas presenciais, uma vez por semana (terça ou sexta, manhã e tarde) e 4 horas de dispersão, totalizando 272 horas-aulas de teoria e 128 horas-aulas de trabalho de campo (BRASIL, 2004g, p. 9).

Ressaltamos que, conforme descrito no plano de curso, “um dos pontos estratégicos da metodologia são os trabalhos de campo, atividades didático-pedagógicas que procuram relacionar conteúdos dos módulos temáticos com a realidade dos serviços de saúde da rede pública, SUS, e a situação de saúde da população”. Assim, os ACS fariam um “diagnóstico das condições de vida e de situação de saúde da população de sua micro-área de atuação”, utilizando-se de “instrumentos de observação, questionários, entrevistas, confecção de mapas” (BRASIL, 2004g, p. 8)

No Ceará, a organização curricular está estruturada em 3 etapas formativas. A primeira, com 400 horas, somando-se “160 horas presenciais e 240 de prática de campo”, distribuídas em 4 fases, executadas em 4 meses, de acordo com as seguintes disciplinas: (1) O agente de Saúde: sua história e suas atribuições (1ª. semana); (2) O Agente de Saúde e a Comunidade (2ª. semana); (3) O agente de Saúde e seu Trabalho como Educador (3ª. semana). As aulas são ministradas de segunda a sexta-feira, no período diurno com carga horária de 40 horas semanais, uma semana por mês. Assim, a cada mês o ACS era liberado de suas atividades no PACS/PSF para participar por uma semana das aulas presenciais. E, nas três semanas seguintes, voltavam ao local de trabalho para execução das práticas (60h/a) (BRASIL, 2005, p. 30 e 31).

As atividades de prática para essa etapa formativa foram acompanhadas pelo enfermeiro da equipe de saúde da família com apoio do “instrutor local”, sendo programadas as seguintes atividades: cadastramento das famílias; visita domiciliar; oficinas educativas com gestantes; oficinas educativas com pais e avós de crianças de 1 a 6 anos; levantamento municipal das políticas públicas básicas e de proteção social para inclusão; oficinas educativas com grupos específicos na comunidade e mapeamento institucional e redes sociais na comunidade (p. 37). Essas atividades foram trabalhadas através da “combinação de conteúdos, interação grupal,

reflexão, e vivência nas oficinas, com o objetivo de estimular a participação e facilitar a comunicação, a desinibição e enfrentar o medo de expressar idéias, contribuindo para o aumento da sua auto-estima” (BRASIL, 2005, p. 39).

Os conteúdos propostos e trabalhados com os ACS foram evidenciados nas entrevistas. Como podemos verificar, destacaram-se como aprendizagem significativa, no Mato Grosso do Sul: o SUS, biossegurança (bloco temático I); território, cidadania, ética (bloco temático II); processo saúde-doença, cadastramento e utilização das fichas do programa (bloco temático III).

No Ceará, destacaram-se os conteúdos: relações interpessoais, trabalhados em forma de dinâmica do “círculo”, que fez com que eles refletissem sobre seu trabalho em equipe (disciplina I); pré-natal, cuidados com a mãe e o bebê e outros conteúdos específicos abordados no álbum do UNICEF – “Família Brasileira Fortalecida” (disciplina II); cuidados com a criança (disciplina III) o conhecimento e articulação com outras áreas (escolas, outros programas sociais – disciplina IV), motivando uma ampliação do trabalho do ACS.

Observou-se ainda que, embora esses conteúdos tivessem sido agregados em blocos temáticos ou disciplinas, eles eram trabalhados de forma transversal, perpassavam todo conteúdo abordado, sendo retomados várias vezes em vários pontos. Não foi possível avaliar neste momento a integração dos conteúdos propostos com as atividades práticas.

Ressalta-se que, para concretização de sua proposta, “seu conteúdo intrínseco não é o que valida, mas a maneira consensual como se constrói” (VEIGA, 1995, p. 91). Todavia cabe-nos entender qual a organização curricular dessas escolas.

Lopes (2003, p. 14) apresenta a seguinte noção de currículo:

Não são apenas o conjunto de grades curriculares, programas oficiais ou programas escolares. São projetos que expressam intenções e expectativas em relação à prática pedagógica. Não se limitam à definição de métodos e conteúdos, mas orientam concepções de conhecimento e ensino, de avaliação dos alunos e de organização das atividades docentes e discentes.

A opção metodológica do Mato Grosso do Sul foi o currículo integrado, através da pedagogia da problematização, utilizando-se uma aprendizagem “construtivista e reconstrutivista”, que parte da experiência de trabalho e da vida desses trabalhadores, levando-os a uma reflexão de sua atuação e reelaboração do conhecimento como estratégia para uma aprendizagem significativa (BRASIL, 2004g, p. 8).

No Ceará a metodologia adotada visava trabalhar a dimensão afetiva do ACS, visando desenvolver sua criatividade e potencialidades, fortalecer o vínculo com a comunidade e ampliar e aprofundar a identidade desse profissional; por isso, foi escolhida uma “metodologia participativa”, em que foram privilegiadas as técnicas e dinâmicas de grupo. Assim, sem explicitar claramente a opção metodológica, descrevem que optaram por um currículo baseado nas necessidades reais de formação do ACS. E, pela fala da equipe técnica, depreende-se que usaram a metodologia problematizadora (BRASIL, 2005, p. 38,63).

Segundo Davini (1989), a escola pode sistematizar seu plano pedagógico e institucional e apresentá-lo nos seguintes modos: currículo formal, por assunto ou interdisciplinar e integrado.

O currículo formal está baseado na transmissão de conhecimentos e de sedimentação de valores socialmente aceitos. Ele parte das premissas gerais da ciência para situações práticas. O plano de ensino baseia-se em disciplinas isoladas e divididas simultaneamente (estrutura horizontal) e correlativamente (estrutura vertical). Há, portanto, a transmissão de conhecimentos parcelados em disciplinas, estudo isolado de problemas e processos concretos do contexto social, aprendizagem por acumulação, através da memorização de informações e execução mecânica de determinados procedimentos. Produz cabeças pensantes, mas não críticas (DAVINI, 1989).

No currículo por assunto, também denominado interdisciplinar, sua estrutura interna é do tipo indutivo-teórica. Procura-se organizar dados e teorias que contenham componentes científicos e técnicos pertinentes ao assunto. Está baseado na “seleção e ordenação de objetos ou assuntos extraídos da realidade, próprios da prática social de uma determinada profissão” (p.44). Representa um avanço em relação ao modelo anterior. No entanto esta estratégia poderá reproduzir assuntos como conhecimentos estanques, através de disciplina (DAVINI, 1989).

O currículo integrado consiste em “um plano pedagógico que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade” (DAVINI, 1989, p. 45). É pautado em características socioculturais, como grau de organização comunitária, localização social da profissão, formas de vida, valores e costumes do próprio meio em que será desenvolvido este processo e das características dos alunos, experiências educacionais e profissionais, permitindo:

Uma efetiva interação entre ensino e prática profissional; a real integração entre prática e teoria e o imediato teste de prática; a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações; a integração ensino-trabalho-comunidade, implicando em uma imediata contribuição para esta última; a integração professor-aluno na investigação e busca de esclarecimentos e propostas (DAVINI, 1989 p.45).

5.4.2 Caracterização do Plano de Curso

O planejamento e a organização dos cursos é um dos momentos primordiais, quando a escola delinea seu trabalho visando garantir o atendimento das demandas dos cidadãos, do mercado e da sociedade, conforme o art. 4º. da Resolução CEB/CNE nº. 04 (BRASIL, 1999a). Essa característica também foi ressaltada por Durkheim (1973), quando aponta que os sistemas educativos não poderiam funcionar sem que fossem analisadas as características e necessidades da sociedade em que estão incluídos.

Sendo assim, entendemos que para a equipe técnica da escola essas características e necessidades se referem não só à realidade social, tomada genericamente, mas também à educação e à saúde da comunidade. Mas, se tudo começa com a atividade de planejar, então, como definimos, esta ação compõe “uma análise crítica do que se deseja, da distância entre a realidade que se tem e a realidade que se quer alcançar, do que se faz e do que ainda precisa ser feito” (BOMFIM, 2003, p. 19).

Quanto ao processo de planejamento do curso junto aos gestores de PACS/PSF, evidenciaram-se as seguintes respostas:

“Sim, no início participamos [...] A coordenação participou na elaboração de uma proposta metodológica [...] Foi bem no começo pra elaborar o material pra ser trabalhado com o Agente de Saúde e ai depois desta primeira fase nunca mais a Coordenação foi chamada [...] nós poderíamos contribuir muito” (E 44/MS).

“Quando assumi aqui o plano já estava pronto. Eu participei das discussões posteriores para conhecimento, pra [...] como é que se diz [...] das discussões para revisão do material, mas já estava pronto. Eu pessoalmente participei da revisão [...]” (E 17/CE).

Sobre esse aspecto, Bomfim (2003, p. 19) comenta que “[...] No Brasil, a ênfase do planejamento educacional foi sempre de natureza tecnicista, desvinculada da realidade, incluindo a de quem está dentro da escola”.

Sabemos que, apesar de a escola possuir sua autonomia na formulação de suas propostas, neste caso específico não se trata de uma formação pautada na demanda espontânea ou do mercado, mas na qualificação de profissionais já inseridos nos serviços, e para que se possa garantir a integração ensino-serviço, um dos aspectos importantes da educação permanente é a

necessária participação da gestão, assim como dos demais atores que já trabalham com o ACS no cotidiano. A participação do serviço na formulação das propostas de formação não é algo estabelecido, mas a ser conquistado, pois se consiste em “ter poder de decisão sobre o que acontece nos espaços em que se atua” (BOMFIM, 2003, p. 25).

A gestão foi inicialmente convidada a fazer parte da elaboração do plano de curso e contribuiu de várias formas, por exemplo, com realização de diagnóstico, levantamento dos dados e articulação com os gestores municipais. No entanto, não manteve sua participação. Nem sempre é possível para a escola contar com os atores-chaves na elaboração de suas propostas; todavia é um desafio e um aprendizado superar a dualidade entre os que formulam e os que implementam.

Gadotti (1994, p. 579) aponta:

Todo projeto supõe ruptura com o presente e promessas para o futuro. Projetar significa tentar quebrar um estado confortável para arriscar-se [...] Um projeto educativo pode ser tomado como promessa frente a determinadas rupturas. As promessas tornam visíveis os campos de ação possível, comprometendo seus atores e autores.

As escolas têm agregado esforços para investir na formulação e ou organização de um trabalho pedagógico mais global, através da construção de um projeto político-pedagógico que

[...] vai além de um simples agrupamento de planos de ensino e de atividades diversas. [...] não é algo a ser construído e em seguida arquivado ou encaminhado às autoridades educacionais [...]. Ele é construído e vivenciado em todos os momentos, por todos os envolvidos com o processo educativo da escola. (VEIGA, 1995, p. 12-13).

É possível verificar que as dimensões do aspecto político-pedagógico não podem ser desagregadas, uma vez que a dimensão política é efetivada ao se comprometer com a formação do cidadão para a sociedade, e isso já permeia seu aspecto pedagógico que é visto como a efetivação da intencionalidade da escola em formar cidadãos participativos, responsáveis e compromissados (VEIGA, 1995).

Para acompanhar tais tendências o Ministério da Saúde tem feito investimentos técnicos e financeiros, por meio da contratação de consultorias, realização de oficinas e reuniões periódicas com as escolas técnicas de saúde do SUS.

Dessa forma, o Ministério da Saúde tem ousado investir na formação de sujeito adulto e de pouca escolaridade sem que isso interfira de forma negativa no seu processo de trabalho diário, o que potencializa suas ações cotidianas.

Para Teixeira (1994 p. 104-5):

A educação comum para todos não pode ficar circunscrita à alfabetização ou à transmissão mecânica das três técnicas básicas da vida civilizada – ler, escrever e contar. Já precisamos formar, tão solidamente quanto possível, embora em nível elementar, nos seus alunos, hábitos de competências executivas, ou seja, eficiência de ação; hábitos de sociabilidade, ou seja, interesse na companhia de outros, para o trabalho ou o recreio; hábitos de gosto, ou seja, de apreciação da excelência de certas realizações humanas (arte); hábitos de pensamento reflexão (método intelectual) e sensibilidade de consciência para os direitos e reclamos seus e de outros.

Em relação aos objetivos do curso definidos pelo Ministério da Saúde e os estabelecidos. no Mato Grosso do Sul, apontou-se como objetivo geral:

Realizar a qualificação inicial do técnico agente comunitário de saúde contribuindo para a contextualização do seu processo de trabalho, iniciando a aproximação, discussões e dimensionamento do seu perfil social e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional, garantindo a melhoria contante do SUS frente às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2004g, p. 6).

E os objetivos específicos:

(1) Compreender o processo de trabalho no SUS, considerando o contexto social no qual está inserido, reconhecendo seu caráter intersetorial da saúde; (2) Possibilitar aos ACS conhecimentos, habilidades e atitudes/valores no processo de trabalho, visando melhoria da qualidade de vida da população; (3) Qualificar o ACS para o desenvolvimento de ações educativas e integração entre as equipes de saúde e qualificar o ACS para realizar planejamento e avaliação com a equipe (BRASIL, 2004g, p. 6).

No Ceará o objetivo é preparar os agentes para “ampliar sua prática profissional, permitindo sua melhor inserção nas equipes multiprofissionais; contribuir no aperfeiçoamento da Estratégia Saúde da Família; capacitar à articulação e apoio na comunidade” (BRASIL, 2005, p. 21).

O Ministério da Saúde definiu como objetivo para o curso técnico de ACS (BRASIL, 2004e, p. 17): “[...] 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 coletividade”. Observa-se compatibilidade entre os objetivos do curso descritos nas propostas pedagógicas apresentadas pelas escolas com as diretrizes formuladas pelo Ministério da Saúde.

Para a efetivação da proposta, esses objetivos devem estar claramente explicitados e entendidos pela equipe técnica responsável pela implementação na escola. Esse aspecto foi realçado na fala dos coordenadores regionais de curso (2) e docentes (8). Os supervisores de prática não tinham isso formulado conforme as propostas apresentadas, por não conhecê-los a contento. Mas relatavam que, de modo geral, o objetivo do curso era melhorar o trabalho do ACS. Seguem abaixo algumas observações referentes aos objetivos mencionados pelos docentes nos estados:

“Os objetivos geral e específicos são bastante claros. Eu discuto isso com os agentes, qual o objetivo do curso? Normalmente as pessoas tem uma visão muito tecnicista. O curso do saber fazer e não do saber conhecer. O saber ser era meio desconhecido e isso ficou claro pra eles. Eles nunca questionaram estas coisas tecnicista. Eles questionavam seu papel de mobilizador social, papel transformador do agente, seus direitos [...]” (E 46/MS).

“Este curso foi extremamente importante pro agente de saúde conhecer mesmo o porquê que eles faziam algumas coisas. Porque eles perguntavam – porque tenho que preencher tanto papel? Eles não tinham noção da importância da vigilância, dos dados da coleta [...]. Eles adquiriram informações que muitos médicos e enfermeiras não têm de saúde pública” (E 47/MS).

“[...] Consistentes. Ter um profissional preparado para lidar com a comunidade, com as novas demandas que surgem na comunidade é importantíssimo e principalmente um profissional da ponta. Aquele que vive na comunidade, sofre com a comunidade e tem a comunidade como seu maior aliado” (E 20/CE).

“Eu acho que o plano de curso vai atender ao objetivo maior desse curso técnico que é de ta aprimorando a estratégia saúde da família, a relação à equipe, que o ACS possa realmente existir como membro da equipe e a equipe possa vê-lo também dessa forma. Melhorar também relação dele com sua comunidade, famílias. Ele possa estar melhor articulado, uma vez que ele seja melhor embasado também. Pra poder favorecer as mudanças necessárias, pra ta realmente melhorando os indicadores de saúde publica do nosso estado” (E 22/CE).

Em relação aos aspectos relevantes do plano de curso destacam-se os relatos da equipe técnica da escola:

“A escola partiu do conhecimento do agente, não ficou aquela coisa teórica. Eles utilizaram a metodologia da problematização que você parti do conhecimento deles, pra depois não ficar só descarregando informações, então você partimos da vivência deles” (E 47/MS).

“Considerar o aluno dentre do seu ambiente de trabalho, dentro das suas capacidades e suas limitações. Muitos alunos não estudam há algum tempo ou tiveram uma formação deficitária ou nem tiveram a oportunidade de ir a uma escola tradicional. Então foi importante considerara o saber do agente e a forma como foi trabalhado os conteúdos” (E 48/MS)

“A metodologia, forma como conteúdo e temas são trabalhados” (E 18/CE).

“Metodologia da problematização. Trazer o problema que o ACS vivi né. Porque quando ele não vive, ele vai supor. Quando ele vive é experiência viva, então ele vai trazer coisas reais e isso pra mim é muito interessante. Quando a gente está passando alguma coisa que ele já viveu, ele sente aquilo novamente, mesmo que ele possa resignificar o que ele sentiu naquele momento. Quando a gente fala o que ele não conhece, ele pode supor e vai ficar no imaginário, porque ele ainda não passou”(E 20/CE).

“Metodologia. Achei adequada ao estilo de aluno que a gente iria pegar. Pessoas de diversos níveis de escolaridade, pessoas que nunca tinham ida para a sala de aula. Também porque traz o que eles já fazem em campo. Traz isso pra aprimorar, fundamentar, colocar dentro de um conteúdo pra que ele volte de forma transformada (E 21/CE).

Os relatos ressaltam a importância da metodologia da problematização utilizada nos dois estados, tendo sido também essa a posição unânime dos coordenadores regionais de curso e docentes. Houve ainda entre os docentes quem afirmasse que a formação no próprio local de trabalho facilitou a aprendizagem. Destacam-se relatos que realçam a importância de se ter reforçado o papel do agente durante esse primeiro módulo, bem como a oportunidade de trabalhar o lúdico na construção dos conhecimentos através de teatro, dramatização, cirandas. Quanto aos supervisores de prática, apenas 1 (10%) destacou a importância dos conteúdos específicos abordados com os ACS. Os outros 7 (90%) não destacaram nenhum aspecto relevante, por não conhecerem o plano de curso.

A participação da equipe técnica na construção dos materiais didáticos a serem utilizados pelos alunos restringiu-se a um docente (11%) e dois coordenadores regionais de curso (6%) de curso conforme registrado na Figura 9. Os outros 7 (39 %) docentes e supervisores de prática 8 (44 %) informaram que, ao serem contratados para participar da formação do ACS ,os materiais já estavam prontos. Afirmaram que esse fato pode ter ocorrido pela dificuldade na contratação da equipe técnica.

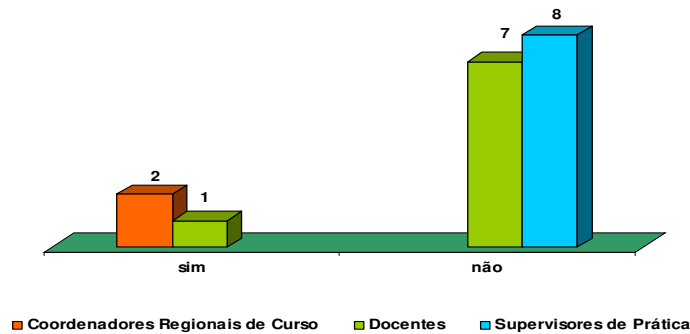


Figura 9 – Distribuição da equipe técnica na construção do material didático do curso, no MS e CE, 2006

Conforme a Figura 10, houve diversidade de oferta dos materiais didáticos. Dos 8 entrevistados, 6 (75%) utilizaram apostila contendo orientações sobre o plano de aula. 5 (63%) relataram que foram elaborados outros materiais por meio de pesquisas bibliográficas e acesso à Internet. Também 5 (63%) usaram referências bibliográficas já existentes ou discutiram com os colegas, favorecendo a socialização dos materiais. Todavia, 4 (50%) complementaram com outros materiais como: artigos atuais de revistas, álbum do UNICEF repassado pela escola, filmes e vídeos para contextualizar a discussão. Em algumas falas, foram registradas reclamações sobre o tempo insuficiente para o preparo das aulas, embora tenha sido enfatizada no Ceará a disponibilidade de tempo integral para este projeto.

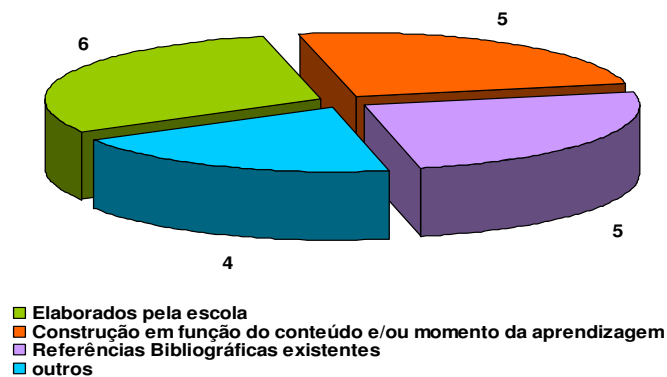


Figura 10 – Distribuição do material didático utilizado no curso segundo os docentes, no MS e CE, 2006

A capacitação pedagógica, com no mínimo 88 horas para a equipe técnica, tem por finalidade elucidar os objetivos do curso, capacitar para as novas metodologias e reduzir a dicotomia entre teoria e prática. No entanto, nos estados analisados, observou-se a distinção entre a docência para a teoria e a supervisão para a prática.

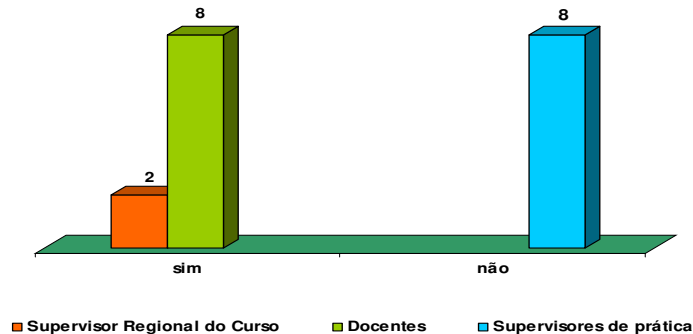


Figura 11 – Distribuição da Equipe Técnica do curso segundo participação na capacitação pedagógica, no MS e CE, 2006

Dentre os 18 entrevistados (2 coordenadores regionais de curso, 8 docentes e 8 supervisores de prática), a totalidade dos supervisores de prática não participaram da capacitação, ou por terem assumido após a sua realização, ou por desconhecimento do processo. 4 (22%) entrevistados afirmaram que os docentes colaboraram no desenvolvimento do projeto e das questões pedagógicas, promovendo encontros e reuniões de acompanhamento. Os 10 (56%) que participaram responderam que houve discussão de textos, dos procedimentos didáticos, avaliação do material pedagógico e palestras. No Mato Grosso do Sul, tiveram destaque na capacitação conteúdos e docentes que adotaram metodologia problematizadora.

Freire (1996, p. 29) faz uma reflexão sobre a prática educativa, enfocando a aprendizagem crítica. Afirma que, para que haja coerência entre o saber-fazer e o saber pedagógico, o docente tem que ser formado permanentemente, para não ser um simples intelectual memorizador, um repetidor de frases e idéias inertes, mas um sujeito crítico que pensa certo e ensina certo. E para que isso se efetive exige-se pesquisa: “não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino”.

Ao assumir uma postura de “colaborador” do supervisor de prática, o docente precisa ter um alicerce teórico e aprimoramento das práticas profissionais. Essas estratégias são construídas

em vários momentos de reflexão, onde se buscam as melhores formas de trabalho para o processo educativo, constrói-se um plano de monitoramento, avaliação do processo de ensino-aprendizagem, de forma a promover a integração ensino-serviço/teoria-prática. No que se refere à questão da integração, os supervisores de prática relatam que não elaboraram o plano de atividade de dispersão em conjunto com os docentes da teoria. Relataram que não tiveram acesso ao plano de ensino.

Em geral os entrevistados afirmaram conhecer a metodologia da problematização. A compreensão que os docentes e supervisores de prática possuem está abaixo transcrita:

“Foi utilizada a metodologia da problematização. Eles trouxeram problemas da comunidade, nós inserimos nos conteúdos que eram trabalhados, desde a parte da língua portuguesa até os assuntos específicos e fomos construindo conhecimento. Então eles trouxeram o problema e nós trabalhamos este problema e devolvemos pra eles de uma forma que eles soubessem trabalhar sem adoecer, porque desde o começo percebi que o trabalho deles as vezes trazia sofrimento. Então procurei trabalhar os problemas vivenciados ali sem que eles adoecessem. Notou-se que eles tinham muita necessidade de falar, serem ouvidos. Então o primeiro momento era de falar, uma catarse [...] Eles falavam problemas da comunidade, problemas de relacionamento [...]”(E 48/ MS).

“Como a gente estava voltada àquela metodologia antiga que o professor fala e o aluno escuta e anota, a metodologia da problematização veio modernizar. Foi muito participativo, grupos vídeos e dinâmicas” (E 49/MS).

“Metodologia da problematização. Forma mais dinâmica, com atividades lúdicas, dinâmicas, dramatização, atividades em equipe com o ACS e equipe da saúde da família, participativa, trabalhamos uma coisa que já existe, um problema e o ACS têm autonomia para responder” (E 21/CE).

Dos 8 docentes entrevistados, todos afirmaram conhecer a metodologia problematizadora. O mesmo não ocorreu com os supervisores de prática. Dos 8, somente 1 (13%) falou que é difícil problematizar quando não se conhece bem os conteúdos teóricos, mas que na medida do possível ele problematizava os aspectos cotidianos do trabalho do ACS, levando-os a uma reflexão sobre suas práticas.

Dentre as técnicas de aprendizagem utilizadas pelos docentes as mais comuns foram: trabalhos em grupos, teatro, dramatização, dinâmicas, aulas expositivas dialogadas e os seminários. A opinião dos docentes convergiu com as opiniões dos ACS, ao avaliarem positivamente o processo de aprendizagem, ressaltando que os docentes trabalharam de uma forma muito dinâmica e reflexiva os conteúdos abordados.

Bordenave e Pereira (2005, p. 10) refletem sobre os tipos de educação. Os autores comentam que “a educação problematizadora parte do pressuposto de que uma pessoa só conhece bem algo quando o transforma, transformando-se ela também no processo”.

Alternativa metodológica parte do pressuposto de que este processo deva ser recortado a partir da realidade das práticas concretas da saúde, considerando seus determinantes e limites e buscando a integração com as exigências do trabalho [...]. O recorte da realidade pressupõe igualmente a compreensão do contexto de um projeto político de transformação dos serviços de saúde. (SOUZA et al. 1991, p.3)

Sobre a pedagogia da transmissão Bordenave (1989, p. 21) destaca:

Parte da premissa de que as idéias e conhecimentos são o ponto mais importante da educação e, como consequência, a experiência fundamental que o aluno deve viver para alcançar seus objetivos é a de RECEBER o que o professor ou o livro lhe oferece. O aluno é considerado uma página em branco onde as novas idéias e conhecimentos de origem exógena serão imprimidos.

Para o autor, a metodologia da problematização se desenvolve em cinco fases (BORDENAVE, 1989, 2005):

1ª fase – Observação da realidade: seleciona-se um determinado aspecto da realidade, através da observação direta dos alunos ou através de meios audiovisuais, modelos para em seguida os alunos expressarem suas percepções pessoais, denominadas a princípio “leitura sincrética” ou ingênua da realidade.

2ª fase – Construção de uma maquete (identificação do ponto-chave): separa-se o que é verdadeiramente importante do que é superficial ou contingente. Ou seja, aquilo que se denominou variáveis determinantes da situação.

3ª fase – Teorização (discussão sobre a maquete): é momento em que se confronta a realidade pela teorização, fundamental para que o aluno entenda os aspectos situacionais e os princípios teóricos do problema.

4ª fase – Hipótese de solução: os alunos propõem suposições para solução de seus problemas e a viabilidade da proposta é analisada, confrontado-as com a realidade.

5ª fase – Aplicação à realidade: as soluções viáveis são adotadas.

Em relação ao processo de avaliação da aprendizagem, seguem os relatos dos docentes:

“Eu fiz um instrumento de avaliação diária. Onde tinha como avaliar como ele colaborava, como se posicionava se sabia respeitar a fala do outro [...]. Avaliação formativa. É difícil pra gente que foi formado em outra metodologia, onde a gente era avaliada por prova. A gente era comparada um ao outro. Aquele que é nota dez e esse que é nota zero. E assim nós íamos graduando as pessoas [...]. No final de cada bloco temático, eles faziam a sua auto-avaliação. Na primeira eles se avaliaram fantásticos todos. Na medida em que o curso seguiu eles começaram a ser mais críticos, eles se avaliaram independente de nota” (E 46/MS).

“O próprio trabalho em grupo. A avaliação é dinâmica, então a gente fazia avaliação conforme as apresentações, participação, trabalho de campo e principalmente participação em sala de aula” (E 47/MS).

“Teste, resolução da problemática da área, assiduidade, pontualidade, participação e entrosamento” (E 21/CE).

“Observação, participação em sala de aula, pré e pós-teste e auto-avaliação” (E 21/CE).

Para os supervisores de prática o processo de avaliação deu-se de forma mais empírica, com a observação das atividades cotidianas dos ACS:

“Observamos. Eles começam a fazer perguntas e ficam muito questionadores [...]” (E 50/MS).

“Mesclado [...] observava-o nas dinâmicas e mais o saber cognitivo/prática. A avaliação era em cima das propostas se alcançava os objetivos” (E 51/MS).

“Dramatização. Chegava na área e via como ele abordava as famílias, entrava na casa, orientava, se agregava na casa e a observação” (E 23/CE).

“Observação na visita domiciliar na semana da prática. Observava como orientava as famílias. Emitia uma nota” (E 24/E).

“Observação seguindo uma lista que a escola dava para avaliação. Opinião da comunidade. Comportamento. Interesse” (E 25/CE).

Nas diretrizes do Ministério da Saúde, a avaliação da aprendizagem dos ACS precisa corresponder ao Perfil Profissional de Conclusão apresentado no Referencial Curricular.

Esses profissionais, ao término do curso, deverão ter potencializado suas capacidades de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade, de facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e de liderança, avançando em direção à autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e à responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente (BRASIL, 2004e, p. 19).

No Mato Grosso do Sul, a avaliação foi pautada no perfil de conclusão delineado para a Etapa Formativa I.

Ao final dessa qualificação inicial, competirá ao ACS no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizar ações de orientação sobre o SUS, acompanhamento e educação popular em saúde, a partir de uma concepção de saúde como promoção da qualidade de vida, mobilizando a comunidade para o exercício da cidadania e o desenvolvimento de interações sociais com a equipe de trabalho, os indivíduos, os grupos sociais e a população (BRASIL, 2004g, p. 18).

No Ceará para a temática “contextualização e aproximação e dimensionamento do perfil profissional do Agente Comunitário de Saúde”, foram definidos objetivos de aprendizagem e caberia ao ACS ser capaz de:

Compreender as Políticas Públicas de saúde relacionada com a história do SUS e ao processo de construção de sua categoria profissional e sua inserção às diretrizes e estratégias do Programa Saúde da Família; Atuar junto às famílias na perspectiva da promoção da saúde e da qualidade de vida de sua comunidade, com abordagem de redes sociais; Planejar e exercer ações em equipe com os diversos profissionais do PSF e com agentes de endemias da sua área (BRASIL, 2005 p. 33).

Para esse estado, o sistema de avaliação do curso baseia-se em um documento preliminar publicado pelo Ministério da Saúde em outubro de 2003, denominado “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde”.

[...] compete a estes profissionais, no exercício de sua prática, a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio, orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir da concepção de saúde como promoção de qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde [...] (BRASIL, 2005, p. 59).

No Mato Grosso do Sul, foi ressaltado que ao optar pelo ensino baseado em competências, seria possível avaliar o saber, o saber-fazer e principalmente o saber-ser de uma maneira articulada e integrada, por meio da avaliação formativa. Aos docentes caberia a responsabilidade de estabelecer os mecanismos de avaliação, através das atividades avaliativas problematizadoras que permitiriam aos alunos uma análise contextualizada de sua realidade. O resultado final da avaliação seria expresso em forma de conceito, vindo a ser aprovado o aluno que obtivesse minimamente o conceito “bom” e frequência superior a 75% do total das aulas presenciais, em cada bloco temático. Ao final era oferecida recuperação (BRASIL, 2004g, p. 19).

A proposta pedagógica continha instrumentos avaliativos, havendo a flexibilidade para adaptação pelos docentes. A avaliação previa: registro de desempenho dos alunos, observando-se as dúvidas, dificuldades e evolução; registro das atividades de campo, avaliadas pelas tarefas desenvolvidas na dispersão e que seriam analisadas no próximo momento de concentração; o pré-teste; e o pós-teste (BRASIL, 2004g, p. 19).

A avaliação da aprendizagem escolar no Ceará foi direcionada ao alcance dos “objetivos de aprendizagem”, delineados segundo o perfil profissional por eles descrito. Assim, ao avaliar o desempenho profissional, cita que os critérios de avaliação foram elaborados segundo as competências delineadas pelo Ministério da Saúde, por meio de uma “avaliação inclusiva”, através de formulários. Ao final o aluno recebia uma nota, podendo ser classificado como aprovado se obtivesse nota 7 (BRASIL, 2005).

No plano de curso do Ceará, o formulário A-1 avalia o envolvimento (frequência e pontualidade); no A-2, os registros na concentração; no A-3, o desempenho do ACS na prática profissional, através dos critérios habilidades e atitudes na interação com a equipe, com as famílias e com a comunidade; no A-4, o desempenho semanal do ACS, nota do pós-teste e do estudo dirigido. A média final era calculada com base no somatório das notas teóricas e da prática profissional dividido por dois.

Ambas as escolas adotaram uma programação curricular flexível em torno de eixos temáticos, organizados por áreas de conhecimentos, compostas por unidades temáticas ou disciplinas, a serem ministradas em períodos de concentração, em que se desenvolviam atividades didáticas planejadas, com o auxílio do docente que tinha o papel de orientar a aprendizagem, estimular reflexão e observação, detectar dificuldades específicas, planejar resolução das mesmas no processo, através da recuperação paralela.

Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde, nos momentos de dispersão, os ACS retornavam ao local de trabalho com algumas atividades de fixação que seriam acompanhadas pelo supervisor de prática no decorrer de todo o processo de formação. Assim, o educando não precisava se ausentar por períodos prolongados de sua atividade. Os docentes e supervisores de prática deveriam planejar em conjunto as atividades da concentração e dispersão, os critérios de avaliação e os instrumentos a serem utilizados, para que houvesse uma avaliação permanente e global de todo o processo de ensino-aprendizagem através de um acompanhamento sistemático.

A avaliação, portanto, não seria um processo punitivo, com o intuito de reprovar e excluir o ACS do processo de formação, mas sim algo que valoriza o empenho, a participação, a adesão, a apreensão de conhecimento, que se traduziria em notas e conceitos. Veiga (1995, p. 32), destaca:

Avaliação, do ponto de vista crítico, não pode ser instrumento de exclusão dos alunos provenientes das classes trabalhadoras. Portanto, deve ser democrática, deve favorecer o desenvolvimento da capacidade do aluno de apropriar-se de conhecimentos científicos, sociais e tecnológicos produzidos historicamente e deve ser resultado de um processo coletivo de avaliação diagnóstica.

Para Estebam (2003), a avaliação escolar deve ser processual, contínua, participativa, investigativa e diagnóstica. Hernandez (1998) dimensiona esses aspectos em 3 tipos de avaliação: diagnóstica inicial, formativa e recapitulativa, embora a formativa seja a única descrita nos planos de curso.

A avaliação diagnóstica deve anteceder o planejamento da unidade ou quando possível do projeto, subsidiando a escola na definição do perfil do aluno, as formas de aprender, seus conhecimentos e experiências preliminares, erros e idéias preconcebidas. Portanto é uma opção que favorece a tomada de decisão ao contribuir previamente na estruturação do processo de ensino-aprendizagem.

No eixo temático I, em ambos os estados um dos procedimentos de avaliação diagnóstica é a aplicação do pré-teste, previsto nos conteúdos teóricos.

A avaliação formativa prevê o acompanhamento do discente no processo de ensino-aprendizagem. Dos procedimentos mais frequentes observa-se a organização do dossiê ou pasta individual que, segundo Estebam (2003), singulariza e mostra o caminho da aprendizagem do aluno. Consiste em um registro das aprendizagens significativas, coletadas através de trabalhos, produções individuais e grupais de relatórios. Nas falas dos docentes, percebe-se a preocupação em registrar a evolução cotidiana dos ACS.

A avaliação recapitulativa, denominada processo de síntese do curso ou tema, registra os resultados alcançados de cada educando mediante os resultados esperados, ou seja, as habilidades propostas. Podem-se utilizar os instrumentos e estratégias anteriores.

A avaliação de competências não é assunto consensual. O subcomponente de Certificação de Competências do PROFAB considera importante desenvolver uma proposta metodológica de avaliação de competências.

Reconhecer a competência de uma pessoa significa muito mais do que atestar o conhecimento adquirido nos processos formais de ensino–aprendizagem. O que se quer alcançar, na verdade, são novas referências para identificar, promover e gerir os saberes que devem ser mobilizados pelos trabalhadores para enfrentarem, com iniciativa e responsabilidade, as situações e acontecimentos próprios de um campo profissional específico, possibilitando-lhes inclusive o auto-desenvolvimento (BRASIL, 2001b, p. 5).

No tocante aos aspectos que facilitaram ou dificultaram a execução do projeto, destaca-se o arcabouço metodológico como elemento central na preocupação tanto de docentes como de supervisores de prática. Na fala dos docentes, registra-se a preocupação com a condução do processo em sala de aula.

“No começo a gente pensava que tinha que problematizar tudo até o final [...] e o curso não andava. Facilitadores integração com a dispersão” (E 46/MS).

“A gente está acostumada com a metodologia da transmissão [...] Você recebe tudo pronto e deve seguir aquilo e não é acostumado a refletir. Agora a gente está ajudando e aprendendo a refletir” (E 47/MS).

“Você ter o aluno com o recurso dele. Ele não tem que ser específico em nada. Aquele conhecimento que ele tem é o que a gente vai trabalhar” (E 48/MS).

“Muitas vezes eles trazem problemas que não é da nossa natureza tratar, como violência e algumas vezes eles não obtiveram respostas, não construíram respostas para solucionar aquilo ali” (E 48/MS).

“Fui muito acostumada com aquela coisa tradicional e quando eu comecei a conhecer essa nova metodologia e aplicar e ver um retorno positivo [...] pessoas que nunca tinham ido para a escola se interessar e participar, até mesmo pessoas idosas. Você tem um ganho muito grande em relação a isso [...] Estimulou muito a participação e a curiosidade” (E 21/CE).

“Quando a metodologia trabalha partindo do conhecimento prévio deles é muito bom. Na medida em que eles vão passar a refletir coisas que muitas vezes eles estavam ali naquela prática. No tecnicismo. Não parava para refletir [...] É um exercício para refletir melhor o que eles estão fazendo” (E 22/CE).

“A organização do manual [...] momento muito pequeno para refletir conteúdos” (E 22/CE).

Para os Supervisores de prática, as dúvidas são verificadas inclusive nos aspectos conceituais básicos da metodologia:

“A metodologia é complicada. Nunca eu tinha estudado ou trabalhado assim. Mas eu sei que põem eles pra pensar” (E 50/MS).

“Não conhece o Plano de curso” (E 51/MS).

“Metodologia baseada em problemas ou PBL. Não tive uma informação maior sobre a metodologia e currículo” (E 27/CE).

6 AVALIAÇÃO DOS PLANOS DE CURSO DAS INSTITUIÇÕES FORMADORAS DO MATO GROSSO DO SUL E CEARÁ

Considerando os resultados apreendidos nos planos de curso e nas entrevistas quanto às propostas pedagógicas apresentadas para a formação do ACS, foram discutidos os seguintes aspectos: organização curricular, objetivos do curso, metodologia e técnicas de avaliação da aprendizagem.

Na pesquisa, verificou-se que as escolas estão sensibilizadas pela necessidade de um novo caminho para formação do ACS. No Mato Grosso do Sul, a opção foi pelo currículo integrado, orientado pelos princípios da problematização. No Ceará, não está explícito no plano de curso a escolha metodológica, porém nas entrevistas evidenciou-se a escolha pela pedagogia da problematização.

As técnicas de aprendizagem instituídas pelas escolas formadoras denotam um esforço em aproximar o ensino das teorias. No entanto, observam-se contradições pautadas nas seguintes informações:

- A carga horária da capacitação é insuficiente para preparar os profissionais no exercício da docência. 12 entrevistados (75%) são profissionais da área da saúde e possuem outros vínculos empregatícios.
- De 8 docentes e dos 8 supervisores de prática respectivamente, 3 (38%) e 5 (63%) possuem acumulação docente, embora já atuem a algum tempo no PACS/PSF.
- Formação na lógica tradicional, diferenciando-se da proposta do Ministério da Saúde.

O desconhecimento ou dificuldade em diferenciar formação de treinamentos, a insuficiência de informações quanto aos aspectos normativos da educação profissional, bem como a introdução de novas opções metodológicas para o ensino se expressam como desafios registrados nas entrevistas que expressaram sentimentos de insegurança, responsabilidade e compromisso.

Para alguns docentes e supervisores de prática, a Etapa Formativa I foi um momento de aproximação inicial para compreender algo desconhecido. Outros se esforçaram em incorporar

em suas falas o discurso oficial, sem o devido entendimento conceitual. Porém, ao responderem sobre os aspectos que facilitaram e dificultaram, tais contradições foram evidenciadas.

6.1 A avaliação da etapa formativa I sob o ponto de vista dos ACS e equipe técnica

Quanto às expectativas dos ACS após término do curso, identificou-se nas falas:

“Melhorar meu conhecimento, saber manusear melhor as informações que tenho fazer um bom relatório pra equipe, levar pra comunidade informações que tenho [...]” (E 30/MS).

“Ser técnico e aprender. Quando entrei, era uma pessoa fora do mundo. Não sabia o que era SUS. Eu me perguntava, por que tanta gente na fila, porque as pessoas não se previnem [...]” (E 36/MS).

“Profissionalização. Espero que este curso ajude a gente [...] porque a gente não é mais uma pessoa tirada da comunidade que veio [aprender] e volta como Agente Comunitário de Saúde. Hoje somos uma categoria profissional que necessita que isso se regulamente e pras ter regulamentado precisa ter formação” (E 40/MS).

“Reconhecimento profissional” (E 43/MS).

“Coisa muito melhor em relação ao trabalho, conteúdos aprendidos favorecer o trabalho” (E 1/CE).

“Reconhecimento, valorização. Ser um profissional com certificado” (E 3/CE).

“Melhorar meu salário como técnico e melhorar as condições de trabalho” (E 7/CE).

“Valorização [...] mais resposta à comunidade” (E 9/CE).

No conjunto dos dados da Figura 12, os ACS avaliaram positivamente a Etapa Formativa I, especificamente pela apreensão de conhecimentos que favoreceram o desempenho de suas funções cotidianas. Verifica-se também nas falas a expectativa de continuidade e implementação dos demais módulos do curso.

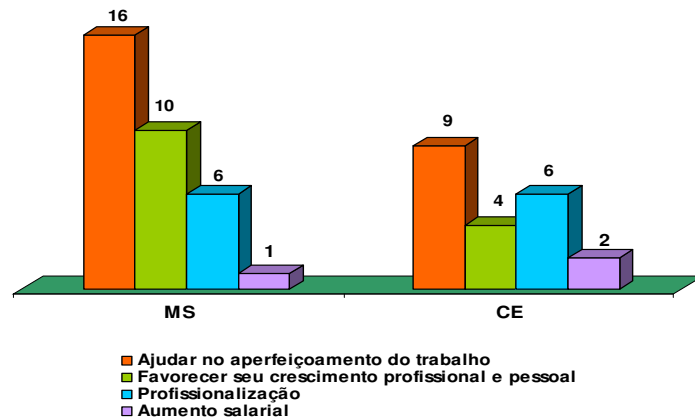


Figura 12 – Distribuição dos ACS, segundo opinião sobre a importância da formação. MS e CE, 2006

No tocante às competências adquiridas, os ACS ressaltam:

“Antes eu era inseguro pra dizer alguma coisa. A pessoa perguntava pra gente alguma coisa que era do interesse dele, a gente ficava boiando, não sabia o que significava e a gente dava outra resposta. Hoje não. A gente sabe o que significa e quando não sabe a gente vai pra fonte” (E 37/MS).

“Tinha muito tempo que eu não estudava [...] veio pra qualificar. Porque durante 9 anos [PACS] eu não sabia o que era SUS. Isso facilitou trabalhar com promoção da saúde com grupos específicos no PACS”. [hipertenso, diabético, gestante, criança] (E 41/MS).

“Sinto mais segura para fazer visitas e informar as pessoas. Facilitou a relação com a enfermeira, pois antes eu tinha vergonha de perguntar e não saber nada” (E 3/CE).

“Atender vários grupos da comunidade, saber o que cada um precisa... mais informado” (E 6/CE).

“Trabalhar na comunidade, dominar assuntos, ter uma postura diferente, capacidade para conversar, pois domina muitas coisas da área da saúde” (E 10/CE).

Para o docente as competências adquiridas pelos ACS são:

“Melhoria no acompanhamento as famílias, no preenchimento das fichas, nas visitas” (E 47/MS).

“Saber fazer, saber conversar na comunidade, ler e estudar... tudo que era passado para eles, só faziam o que era dito. Agora eles já vão atrás, pesquisam até na Internet” (E 21/CE).

Os coordenadores estaduais de PACS/PSF avaliaram a Etapa Formativa I, conforme descritos nas falas:

“Com certeza, hoje o agente já tem uma noção do que é certo e do que é errado. Do que ele pode fazer e do que ele não pode fazer. Não acredito que são só estas 400 horas que vai solucionar o problema mas ele já tem uma noção de qual é a função dele” (E 44/MS).

“Quanto mais se tem um profissional capacitado, melhor é para o trabalho na área. Eu digo muito que sou a favor desse primeiro período de qualificação, já a formação técnica eu não tenho opinião formada sobre. A qualificação inicial é maravilhosa, pois eles estavam muito tempo com capacitações pontuais... ficou aquela coisa muito pontual e dispersa para eles de ações. Mas um pensar, um aprofundar o papel do agente de saúde e a importância dele na comunidade, eu achei fundamental esse curso” (E 51/CE).

Nas entrevistas foi ressaltada a importância da formação. Verificou-se confiança na qualificação do ACS e na validação de suas funções primordiais. Consideram que a Etapa Formativa I já favoreceu na transformação do trabalho.

Com respeito à opinião do diferencial que a educação profissional traz para a formação do ACS, 1 coordenador regional de curso afirmou que:

“Eu digo muito para os ACS, esse curso técnico não é um presente, é uma grande conquista. Porque eles são profissionais que exerciam o trabalho, assim com boa vontade, de uma forma bem simples e hoje a gente tá dando ferramentas, a gente tá dando conteúdo para eles ter uma abordagem muito mais embasada e assim eu acredito que o curso vai mudar muito, tem muitos que já tem formação de nível superior, mas a qualidade do nosso ensino é muito precária, mesmo eles tendo uma formação superior, a formação técnica vai dar este olhar, eu acredito” (E 18/CE).

Os docentes são unânimes em afirmar que a qualificação profissional é um processo positivo.

“Faz toda diferença. Quando o programa surgiu à proposta era saber ler e escrever. A gente percebeu ao longo dos anos que isso era muito pouco. Na verdade pra gente melhorar a qualidade de vida das pessoas, pra gente poder interferir no processo de saúde-doença, nos determinante e condicionante o agente tem que ser uma pessoa da comunidade sim, mas tem que ser uma pessoa preparada, com escolaridade, pra que ele possa realmente ser um mobilizador. Com pouco conhecimento ele não consegue fazer os registros daquilo que ele percebe. Não faz vínculo com o serviço de saúde. Ele perde a credibilidade tanto da comunidade, tanto como dos outros profissionais da equipe” (E 46/MS).

“Me chamou atenção, inicialmente trabalhar com um grupo desmotivado, desacreditado [...] Pro fim o discurso deles mudaram. Hoje eles são motivados e estimulados. Diante

de todas as dificuldades que foram trabalhadas no curso o que mais me chama atenção foi a melhoria nos relacionamentos” (E 48/MS).

“Valorização, resignificação, entender o papel no processo de saúde de uma comunidade, trabalhar em equipe, o apoio para enfrentar situações do cotidiano, troca de experiências, escuta” (E 19/CE).

“Primeiro a questão do certificado. Pois traz um reconhecimento oficial. Também porque eles tinham capacitações soltas e hoje em dia eles já têm um plano, um planejamento, todo programado, trazendo melhoramento na profissão e no trabalho deles no campo. Também a integração do trabalho com a equipe, porque também não tinha. Era a equipe de saúde da família e o ACS, ele não fazia parte dessa equipe e o curso faz muito isso, a melhoria do relacionamento em equipe” (E 21/ CE).

“Perspectivas de eles verem o todo e ver que o trabalho deles tem um sentido muito maior. Como por exemplo, trabalhar com números no SIAB [...] Valorização como profissional, articular melhor para conseguir melhoria salarial. É esse curso que vai trazer isso?! Não diretamente. Mas o curso pode refletir em tudo isso e vocês é quem vão poder construir, lutar, articular pra que isso aconteça” (E 22/ CE).

Os supervisores de prática manifestaram as mesmas opiniões:

“Tudo. Eles vão ter uma profissão. Eles não tinham uma base teórica como nós. Eles agora têm fundamentos. Eles conheceram a história deles, como foi criada a profissão deles. Conheceram sobre cidadania. E isso reforça a importância dele como agente na comunidade, pois antes eles tinham apenas sido jogados lá” (E 50/ CE).

“Informação para o trabalho [...] eles não têm um nível muito bom de estudo” (E 25/CE).

“Amadurecer mais, aprofundar mais. Conscientização. Educação em saúde mexe muito com a cultura, devemos valorizar o conhecimento e a partir daí lapidá-lo” (E 26/CE).

6.2 Considerações acerca da organização curricular e opção metodológica do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde

A opção do Ministério da Saúde foi organizar o curso alicerçado no ensino por competências em um currículo integrado e coerente com as competências almejadas, em conformidade com o eixo prioritário da sua política de educação profissional. Não se trata de uma nova técnica, como afirma Ramos (2001), mas a articulação dos conteúdos implícitos no currículo integrado.

Segundo Freire (1983), Berbel (1995), Bordenave e Pereira (2005), o currículo integrado pauta o desenvolvimento de suas atividades na pedagogia da problematização.

Para Davini (1998), o currículo integrado se efetiva ao se integrar “ensino-prática profissional”, “ensino-trabalho e comunidade, “aluno-professor”. Santomé (1989) corrobora essa afirmação e complementa afirmando que a proposta pedagógica não se caracteriza pelo agrupamento dos objetivos, mas pela integração dos conteúdos em módulos ou disciplinas e pela unidade entre as partes, que são as diferentes formas de conhecimentos ou diferentes disciplinas.

Conforme os passos propostos por Davini (1989, p. 45), observa-se a coerência teórica e conceitual do Ministério da Saúde na elaboração do currículo integrado:

1. Definição das atribuições, apontadas na Portaria nº. 1886/1997, que foram discutidas e analisadas por um conjunto de pessoas e instituições vinculadas à profissão.
2. Delineamento do perfil de competências profissionais, que foi colocado em consulta pública pelo Ministério da Saúde em 2004.
3. Definição das competências necessárias, das habilidades (saber fazer) e dos conhecimentos (saber) de forma a alcançar as competências. Após definidas as competências pelo Ministério da Saúde, as escolas formadoras tiveram liberdade para organizar os conceitos, os processos e os princípios (assuntos-chaves) para desenvolvimento das competências Davini (1989) conceitua esta fase como síntese e classificação dos conhecimentos.
4. Definição da unidade de ensino-aprendizagem em módulos ou disciplinas, conceituada como “uma estrutura pedagógica dinâmica, orientada por determinados objetivos de aprendizagem, em função de um conjunto articulado de conteúdos (assuntos ou conceitos-chaves) sistematizados por uma metodologia didática” (DAVINI, 1989, p. 45). Cada unidade proposta no Curso possui autonomia, mas articula-se com as demais na totalização das atribuições e do perfil profissional.

Lopes (2003) chama atenção ao termo conteúdo, ressaltando que, na percepção dos docentes, esse termo ainda vem carregado de tradição intelectual que privilegia disciplinas e matérias, conhecimentos e conceitos. Ramos (2001) inclui nesse conceito valores, habilidades e atitudes que possibilitam o desenvolvimento do saber, saber-fazer e saber-ser.

A proposta pedagógica das escolas formadoras pesquisadas frente ao currículo integrado foi organizada em módulos ou em fases. As unidades de ensino temático deveriam propor uma seqüência de atividades em torno de conceitos-chave para ter coerência entre o raciocínio lógico científico e as atividades práticas.

Entretanto, essa integração não se concretizou porque os supervisores de prática alegaram: desconhecimento do plano de curso que define tais atividades; falta de apropriação dos objetivos do curso explicitados nas propostas; não-participação na capacitação pedagógica para conhecimento do currículo e metodologia.

Ainda sobre esses aspectos, Bordenave (1989, p. 23) esclarece:

Ensino para a competência e método por módulos se baseiam na pedagogia conducionista [...], se as instruções que a realizam enfatizarem a obtenção de objetivos preestabelecidos ao invés do desenvolvimento integral do aluno como ser individual e social.

Na busca de superar a fragmentação disciplinar, o currículo deixa de ser um conjunto de conhecimentos sistematizados, para ser um conjunto de conteúdos que visa alcançar as competências. Portanto deixa-se também de centrar no ensino de conteúdos para valorizar a aprendizagem.

Realçamos nos estados a importância da interdisciplinaridade ao reunir pessoas diferentes para discutir os mesmos temas, conforme explicitam os docentes nas falas abaixo descritas. Gadotti et al. (2000) faz menção desse conceito, destacando-o como articulação dos saberes, conhecimentos, vivência, escola, comunidade.

“Utilizei de alguns convidados, bem diversificados, quando não dominava o assunto. Por exemplo: foi levantado um problema da falta de representatividade do conselho local, conselho gestor da unidade. A gente chamou para uma discussão e depois discutimos alguns textos com o apoio do gerente da unidade, representantes do conselho gestor local e fizemos um seminário [...] aplicamos a pesquisa e percebemos que mais de 75 % da comunidade desconhecia o conselho gestor da unidade, depois reapplicamos e isso diminuiu significativamente” (E 46/MS).

“Utilizamos dinâmicas, fábulas e chegamos mais perto da realidade convidando pessoas de outras áreas para discutir alguns assuntos” (E 20/CE).

Pautados nessas características, os conteúdos ganharam relevância as serem recortados da realidade concreta do ACS e enriquecidos pelo olhar de diferentes profissionais. Essas características só se traduzem de forma efetiva na vivência global de uma realidade quando se inscreve das experiências cotidianas do aluno, do docente e do povo (FREIRE, 1991).

Uma outra observação em relação à prática educativa desses docentes refere-se à avaliação. Não adianta trabalhar com metodologias ativas, como a problematização e manter-se na avaliação tradicional.

A avaliação do ensino por competências associa-se estreitamente ao perfil esperado do profissional e não nos objetivos da aprendizagem ou ao desempenho (RAMOS, 2001). Dessa forma, a avaliação se efetiva em situações concretas do cotidiano do ACS, da sua prática. Um único encontro entre docentes e supervisores de prática não é suficiente para se realizar essa avaliação, pois se deve levar em consideração os diferentes momentos, de acordo com o esperado em cada módulo.

Sobre esse aspecto, Luckesi (2005, p. 81) afirma: “a avaliação deverá ser assumida como um instrumento de compreensão do estágio de aprendizagem em que se encontra o aluno, tendo em vista tomar decisões suficientes e satisfatórias para que possa avançar no seu processo de aprendizagem”.

Nas falas dos docentes destaca-se como técnica principal de apreensão do saber a observação dos conhecimentos, comportamentos e atitudes.

“É difícil pra gente que foi formado em outra metodologia, onde a gente era avaliada por prova. A gente era comparada um ao outro. Aquele que é nota dez e esse que é nota zero. Eu fiz um instrumento de avaliação diária. Onde tinha como avaliar como ele colaborava, como se posicionava, se sabia respeitar a fala do outro, pois é importante no trabalho em equipe. Avaliação formativa” (E 46/MS).

“Interesse, discussão, participação, modificação da fala e comportamento. Os cartazes, teatro [atividades sugeridas em sala de aula] auto-avaliação (nota e conceito)” (E 48/MS).

“Foi usada a observação, valorizar o que ele faz , resignificar” (E 19/CE).

“A avaliação da aprendizagem é um assunto polêmico. Você colocar a pessoa dentro de um número, quando a gente ta propondo outra coisa. Mas me esforcei para utilizar a avaliação por observação da participação, atos, atitudes” (E 21/CE).

Mas os instrumentos formulados pelas escolas não abrangiam esses aspectos da avaliação, resumindo-se em notas e conceitos. Foram avaliados aspectos gerenciais e pedagógicos tradicionais como frequência, pontualidade, conhecimento assimilados. Para os docentes esse desafio foi passível de superação, pois contavam com o apoio dos supervisores regionais de curso que deram suporte pedagógico nessa discussão.

Chamou atenção nas falas a superação da visão do professor como detentor do saber. Os docentes e supervisores de prática relatam que foi um momento de aprendizagem concomitante destes. Sobre esses aspectos Freire (1996) destaca:

O formador é um sujeito em relação a quem me considero objeto, que ele é o sujeito que me forma e eu, o objeto por ele formado, me considero como um paciente que recebe os conhecimentos conteúdos acumulados pelo sujeito que sabe e que são a mim transferidos (p. 22).

Outro aspecto ressaltado pela equipe técnica foi a valorização do saber do ACS na formação, destacando-se na superação das concepções tradicionais. Freire (1996, p. 30) afirma:

O professor, à escola, deve respeitar não só os saberes com que os educandos, sobretudo os das classes populares, chegam a ela. Saberes construídos na prática comunitária, mas também discute com os alunos à razão de ser de alguns saberes em relação com o ensino dos conteúdos.

Lopes (2003, p. 25) nos chama atenção para discussão do que é cultura significativa na aprendizagem desses profissionais. E afirma que a cultura não está relacionada aos bens culturais (livros, idiomas, curso superior, freqüentar teatro, viajar) herdados ou adquiridos, mas

É o conjunto de significados, expectativas e comportamentos compartilhados por um determinado grupo social [...] depende de condições materiais, sociais e espirituais predominantes em um dado espaço e um dado tempo. Se expressam em significados, valores, sentimentos, costumes, rituais, instituições e objetos, sentimentos que rodeiam a vida humana, tanto individual quanto coletiva .

7 CONCLUSÃO

O objetivo da pesquisa foi avaliar o processo de formação dos Agentes Comunitários de Saúde, conforme as metodologias instituídas e o perfil que se deseja alcançar, com base na política de educação profissional, instituída pelo Ministério da Saúde. Foram escolhidos os estados do Mato Grosso do Sul e Ceará, onde se realizou a princípio uma análise documental dos projetos que antecederam essa proposta no Brasil.

Observou-se que a figura do agente, denominado na época visitadora sanitária, nasce de uma necessidade emergente de saneamento e resolução de problemas de saúde pública em 1942, através do SESP no Norte do País. Três décadas mais tarde, em 1976, foi instituído o agente de saúde no PIASS, na região Nordeste, com a mesma necessidade de resolver situações emergentes. Em 1987, foi instituído o Agente de Saúde no Ceará. A característica marcante desse “profissional emergente” é a mobilização social, por ser um sujeito que foi selecionado da comunidade e serviria de base para implantação e alcance das metas nos programas sociais.

Esses profissionais foram selecionados na região Nordeste para o ciclo da borracha, inicialmente todos jovens e do sexo masculino. No PIASS essa característica começa a ser modificada. Eram selecionadas pessoas de ambos os sexos. No programa Agente de Saúde do CE, a peculiaridade foi a seleção exclusiva de mulheres. A partir desse momento, observa-se que a maioria desses profissionais é do sexo feminino.

Quanto aos processos de gestão de RH em saúde, embora as Conferências Nacionais de Saúde tenham sido instituídas em 1937, somente na 3ª. Conferência, em 1963, foi abordada a profissionalização do pessoal de nível médio, pois o foco das discussões nas conferências anteriores era a formação de profissionais de nível superior.

Observou-se também que uma característica destacada na década de 1970 foi a inserção de profissionais de nível médio e elementar desqualificados no mercado de trabalho. Embora tenha sido promulgada a Lei nº. 5.692/71, que regulamentava a educação profissional, esses processos eram baseados em treinamentos pontuais para o serviço. Em 1976, com a ampliação dos princípios da atenção primária e com o número significativo de pessoas desqualificadas no mercado, o governo implantou o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, para formação de uma grande quantidade de pessoas do nível médio e elementar no País.

A partir dessa proposta nasceu em 1981 o Programa Larga Escala para formação do pessoal de nível médio e elementar nos serviços básicos de saúde. Conseqüentemente viu-se a necessidade de se instituir esse espaço, que foi denominado Centros de Formação de Recursos Humanos (CEFORH) criados em 1980, e posteriormente as Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETSUS).

Esse projeto não contou com recursos financeiros proporcionais a sua necessidade de implantação e persistia o problema, especialmente na área da enfermagem, pela necessidade de regularizar a situação dos atendentes não reconhecidos na categoria profissional, após a Lei nº. 7.498/96, que regulamentava o exercício Profissional da Enfermagem. Em 1999 foi implantado o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem para qualificar cerca de 225 mil trabalhadores em todo o País.

Nesse ínterim, o ACS foi instituído em um Programa Federal em 1991, o PACS, tendo a proposta sido posteriormente ampliada para PSF, em 1994. Dentre as grandes conquistas, foi estabelecida em 1997 a base legal para sua profissão, com a publicação da Portaria nº. 1.886/GM/MS. Posteriormente foi editado o Decreto Federal nº. 3.189/99, que fixa diretrizes para o exercício de suas atividades e aprovada a Lei Federal nº. 10.507/2002, que criou a “Profissão de Agente Comunitário de Saúde”.

Quanto a sua capacitação/formação, até 2004, ano em que foi publicada a Portaria Ministerial nº. 2.474/2004, o ACS era preparado para o exercício de suas atividades através de capacitações denominadas “Treinamentos Introdutórios”, implementados pelos Pólos de Educação Permanente em Educação da Saúde da Família. Com base nessa portaria, foi regulamentada a formação em itinerário para Técnico Agente Comunitário de Saúde.

Dessa forma, compreende-se que o ACS faz a integração entre a equipe de saúde e a comunidade, tem a legitimidade da comunidade para o seu trabalho e não dispõe de qualificação específica para o trabalho que realiza. Assim, que repercussão terá o seu trabalho sobre essa comunidade?

Reconhecendo esse contexto, o Ministério da Saúde investiu na profissionalização desses trabalhadores buscando “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 coletividade”.

No tocante ao Processo de Formação do Agente Comunitário de Saúde fomentado pelo Ministério da Saúde obtiveram-se como resultados:

1. Uma grande mobilização nacional entre as ETSUS, despertando-as para a sua missão que não é apenas a execução de cursos, mas sua participação nas articulações e decisões políticas da formação em saúde e ser referência regional no campo do ensino técnico em saúde.
2. As ETSUS de MS e do CE assumiram o compromisso da elaboração do projeto de formação inicial dos ACS e a sua operacionalização descentralizada. Esse processo fortaleceu tecnicamente a equipe de coordenação central das ETSUS.

Quanto à execução do curso:

1. As ETSUS de MS e CE apresentaram uma capacidade de resposta muito boa ao construir o projeto de formação técnica do ACS – fase inicial. Isso engloba a elaboração de um currículo inovador, a capacitação pedagógica dos formadores, supervisão descentralizada do curso.

Na avaliação do plano de curso, com relação à aprendizagem significativa, observa-se que os estados se propuseram trabalhar o perfil social do ACS e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS. Observou-se, nesse primeiro momento, uma conformidade com o que está descrito no Referencial Curricular para o Curso do ACS, na Etapa Formativa I.

Ao verificar a aprendizagem significativa, observa-se que, embora os conteúdos tivessem sido agregados em blocos temáticos ou disciplinas, eles eram trabalhados de forma transversal, perpassavam todo conteúdo abordado, sendo retomado várias vezes em vários pontos. Todavia, não foi possível avaliar neste momento a integração dos conteúdos propostos com as atividades práticas.

Ao apresentar o plano de curso, observa-se compatibilidade entre os objetivos do curso descritos nas propostas pedagógicas apresentadas pelas escolas com as diretrizes formuladas pelo Ministério da Saúde. Caracterizando assim uma sintonia com as políticas públicas de formação dos trabalhadores da saúde.

Observou-se também a opção pela metodologia da problematização utilizada nos dois estados, onde os coordenadores regionais dos cursos e docentes foram unânimes ao fazer esta afirmação. No tocante aos aspectos que facilitaram ou dificultaram a execução do projeto, destaca-se o arcabouço metodológico como elemento central na preocupação tanto de docentes como de supervisores de prática. A fragilidade se deu na capacidade de absorção da nova

metodologia de ensino-aprendizagem, por parte dos formadores, que, por conta da novidade do tema, ainda estão incorporando essa nova metodologia. Isso impacta fortemente a formação.

Observou-se a distinção entre a docência para a teoria e a supervisão para a prática. A totalidade dos supervisores de prática não participou da capacitação, ou por terem assumido após a sua realização, ou por desconhecimento do processo.

No que se refere à questão da integração, relatam que não elaboraram o plano de atividade de dispersão em conjunto com os docentes da teoria. Relataram que não tiveram acesso ao plano de ensino.

Houve diversidade de oferta dos materiais didáticos. A participação da equipe técnica na construção dos materiais didáticos a serem utilizados pelos alunos restringiu-se a um docente e dois coordenadores regionais de curso. Em algumas falas, foram registradas reclamações sobre o tempo insuficiente para o preparo das aulas, embora tenha sido enfatizada no Ceará a disponibilidade de tempo integral para esse projeto.

Apesar de a maior parte dos formadores ser da área da saúde e já ter curso de pós-graduação na área, ainda prevalece a forma tradicional de “ensinar”.

Pelos dados levantados e depoimentos realizados, não resta dúvida de que a formação dos ACS desenvolvida pelas escolas de MS e CE apresentou um impacto positivo para o trabalho dos ACS. A formação técnica era uma reivindicação histórica desses trabalhadores e uma necessidade do SUS.

Avaliando sob o ponto de vista de política pública, entendo que foi um processo pertinente às atribuições do Ministério da Saúde como ordenador e incentivador da formação de recursos humanos para o SUS. O repasse financeiro foi realizado com regularidade e a assessoria técnica foi garantida durante todo o processo.

Conforme a história tem mostrado, o investimento em formação de trabalhadores impacta diretamente a qualidade da atenção à saúde da comunidade. A expectativa dos ACS é de que o resultado dessa formação inicial colabore para a decisão política dos gestores pela continuidade da formação técnica.

Embora os Agentes Comunitários de Saúde tenham sido unânimes em afirmar que o trabalho que desenvolvem é importante e satisfatório, ressaltam as limitações e situações desfavoráveis em relação a sua condição de trabalho, que chamam de “pesado, duro, sofrido”. No entanto, observou-se que a opinião dos docentes convergiu com as opiniões dos ACS, ao

avaliarem positivamente o processo de aprendizagem, ressaltando que os docentes trabalharam de uma forma muito dinâmica e reflexiva os conteúdos abordados.

Em relação ao processo de avaliação da aprendizagem, para os supervisores de prática o processo de avaliação deu-se de forma mais empírica, com a observação das atividades cotidianos dos ACS. Para o Ceará, o sistema de avaliação do curso baseia-se em um documento preliminar publicado pelo Ministério da Saúde em outubro de 2003, denominado “Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde”. No Mato Grosso do Sul, a avaliação foi pautada no perfil de conclusão delineado para o módulo I, e a proposta pedagógica continha instrumentos avaliativos, havendo a flexibilidade para adaptação pelos docentes. No eixo temático I, em ambos os estados um dos procedimentos de avaliação diagnóstica é a aplicação do pré-teste.

Com respeito à Avaliação dos Planos de Curso das Instituições Formadoras do Ceará e Mato Grosso do Sul obtiveram-se como resultados:

As unidades de ensino temático deveriam propor uma seqüência de atividades em torno de conceitos-chave. Essa integração não se concretizou porque os supervisores de prática verbalizaram desconhecimento do plano de curso que define essas atividades, não-apropriação dos objetivos do curso explicitados nas propostas e tampouco participaram da capacitação pedagógica para conhecimento do currículo e metodologia.

Uma outra observação em relação à prática educativa desses docentes refere-se à avaliação. Não adianta trabalhar com metodologias ativas, como a da problematização e manter-se na avaliação tradicional. Um único encontro entre docentes e supervisores de prática não é suficiente para se realizar essa avaliação, Pois devem-se levar em consideração os diferentes momentos de acordo com o esperado em cada módulo. Os instrumentos formulados pelas escolas não abrangiam esses aspectos da avaliação, resumindo-se em notas e conceitos. Foram avaliados aspectos gerenciais e pedagógicos tradicionais como frequência, pontualidade, conhecimento assimilados.

REFERÊNCIAS

AMÂNCIO FILHO, A.; ALMEIDA, J. L. T. Ensino profissionalizante em saúde. *Boletim Técnico do SENAC*, Brasília, v. 21, n. 1, jan./abr., 1995.

AMANCIO FILHO, A.; TELLES, J. F. *Formação de recursos humanos para a saúde: antigos problemas novos desafios*. [Artigo on line]. [S.l.], 2005. Disponível em: <[http://anped.org.br/26/trabalhos /antenoramanciofilho.rtf](http://anped.org.br/26/trabalhos/antenoramanciofilho.rtf)>. Acesso em: [6 jan. 2005].

BAPTISTA, T. W. F. (Org.). *O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. (Texto de Apoio em Políticas de Saúde).

BASTOS, N. C. B. *SESP/FSESP 1942 – evolução histórica – 1991*. 3. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2003.

BERBEL, N. A. Metodologia da problematização: uma alternativa metodológica apropriada para o ensino superior. *Semina*, Londrina, v. 16, n. 2, p. 9-19, out. 1995. Edição especial.

BOMFIM, M. I. do R. M. Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: enfermagem: núcleo estrutural. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. ***Proposta pedagógica: as bases da ação***: 6. 2. ed. ver. e ampl. Brasília, 2003

BORDENAVE, J. D. Alguns fatores pedagógicos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. *Capacitação pedagógica para instrutores/supervisores de saúde*. Brasília, 1989. p. 19-26.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. *Estratégia de ensino-aprendizagem*. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. Resolução CEB nº. 4, de 8 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 dez. 1999a.

BRASIL/MS/PROFAE. Revista Formação , Vol. 1, n. 1 (2001) – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Comissão Nacional de Reforma Sanitária. *A questão de recursos humanos e a reforma sanitária*. Brasília, 1987a. p. 27-35. (Texto de Apoio). Documentos III STCNRS.

_____. Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002. Dispõe sobre a criação da profissão de agente comunitário de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 jul. 2002a.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 de dez. 1990b.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. *Parecer n.º 16, de 5 de outubro de 1999: Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico*. Brasília, 1999b. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/cne/parecer.shtm>>. Acesso em: 26 mar. 2006.

_____. Ministério da Educação. Decreto n.º 2.208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 18 abr. 1997a.

_____. Ministério da Educação. *Educação profissional: legislação básica*. Brasília, 2001a.

_____. Ministério da Educação. *Educação Profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico*. Brasília: MEC, 2000a.

_____. Ministério da Educação. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 23 dez. 1996.

_____. Ministério da Saúde. *A questão de recursos humanos nas conferências nacionais de saúde: 1941-1992*. Brasília, 1993a. 218 p.

_____. Ministério da Saúde. *ABC do SUS: doutrinas e princípios*. Brasília, 1990c.

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação e certificação de competências profissionais dos auxiliares de enfermagem/PROFAE: subsídios e parâmetros: Sistema de Certificação de Competências/ PROFAE*. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no sus (NOB/RH-SUS)*. 3. ed. rev. e atual. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, v. 1, n. 1, 1993b. 60p.

_____. Ministério da Saúde. *Edital de convocatória pública para operadoras*. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação e Cultura. *Programa de preparação estratégica de pessoal de saúde: programa de trabalho*. Brasília, 1976.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional*. Brasília: MEC, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. *Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde*. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº. 1.298, de 28 de novembro de 2000. Instituiu a rede de escolas técnicas do SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 nov. 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.886/GM/MS, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília, 22 dez. 1997b.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS*. Brasília, 1991.

12 p. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. 2. ed. Brasília, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial*. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica: SIAB: indicadores 2004*. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação permanente e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. As Escolas Técnicas do SUS: uma abordagem histórica. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, v. 3, n. 1, mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Termo de referência para a execução da formação profissional do agente comunitário de saúde*. Brasília, 2004e.

_____. Ministério da Saúde. *Tópicos da Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde: Seminário Internacional de Política de Recursos Humanos em Saúde*. Brasília, 2002c.

_____. Portaria nº. 1.168/GM, de 07 de julho de 2005. Redefine os objetivos da RET-SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 jul. 2005. Seção 1, p. 36.

_____. Portaria nº. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 fev. 2004f. Seção 1, p. 37.

_____. *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS: diretrizes e estratégias para 1979*. Brasília, 1979. Mimeografado.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO profissional: legislação básica. 2. ed. Brasília: Programa de Expansão da Educação Profissional, 1998.

_____. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ. *Plano de Curso, 2005*. Ceará, 2005.

_____. ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DO SUS DE MATO GROSSO DO SUL. *Plano de Curso, 2004*. Mato Grosso do Sul, 2004g.

_____. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Departamentos de Saúde Coletiva e de Enfermagem. *Proposta Metodológica para o Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica de Mato Grosso do Sul*. Campo Grande, 2006.

_____. REUNIÃO TÉCNICA DOS PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 1999, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Programa Saúde da Família: entrevista com a Diretora do Departamento de Atenção Básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 53, n. Especial, p. 7-16, dez. 2000.

CAMPOS, G. W. S. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. *Cadernos RH Saúde*, Brasília, v. 3, n. 1, mar. 2006.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI J. R., L. A organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Eduel, 2001. p. 27-59.

CORDÃO, F. A. A LDB e a nova educação profissional. *Boletim Técnico do SENAC*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, jan./abr. 2002.

COSTA, P. P. *Dos projetos à política pública: reconstruindo a história da educação permanente em saúde*. 2006. Dissertação–Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

DAVINI, M. C. Currículo Integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. *Capacitação pedagógica para Instrutores/supervisores de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989. p. 39-58.

DONABEDIAN, A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administrations, 1980 163 p. (Explorations in quality assessment and monitoring, v. 1).

_____. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, [S.l.], v. 114, p. 115-118, nov.1990.

_____. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, [S.l.], v. 18, p. 356-360, nov. 1992

DURKHEIM, E. *Educação e sociologia*. 9. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1973.

ESTEBAN, M. T. (Org). *Avaliação: uma prática em busca de novos sentidos*. 4. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

FRANCO, I. Panorama Político. *O Globo*, Rio de Janeiro, 18 out. 2006.

FREIRE, P. *A educação na cidade*. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. *Pedagogia do oprimido*. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GALVÃO, E. A. Preparação de pessoal de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. *Capacitação pedagógica para Instrutores/supervisores de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1989. p. 78-79.

GADOTTI, M. Pressupostos do projeto pedagógico. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PARA TODOS, 1994, Brasília. *Anais...* Brasília: MEC, 1994.

GADOTTI, M. et al. *Perspectivas atuais da educação*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 294 p.

GUIMARÃES, C. Situação assistencial brasileira. In: GONÇALVES, E. L. (Coord.). *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira, 1982.

HADDAD, J.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, C. (Org.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington, DC: OPS, 1994

HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 131p.

HERNÁNDEZ, F. *Transgressão e mudança na educação: o projeto de trabalho*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

LOPES, A. R. C. Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem: núcleo estrutural. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Proposta pedagógica**: o plano de ação: 7. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, 2003.

LUCKESI, C. C. *Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições*. 17. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MEDICI, A. C. **A força de trabalho em saúde no Brasil dos anos 70**: percalços e tendências. *Rev. Adm. Pub.*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, pp. 54-69, jul./set. 1986. Este texto foi reeditado em Texto de Apoio pela PEC/ENSP/Fiocruz em 1987.

_____. *Aspectos teóricos, conceituais e metodológicos da força de trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/Fiocruz, 1990. (Texto de Apoio).

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 310p.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

MINAYO, M. C. S. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NOGUEIRA, R. P. *Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil 1970-1980*. Brasília, OPS, 1986. Acordo MS/MPAS/MEC/MCT.

NOGUEIRA, R. P. et al. A vinculação institucional de um trabalhador Sui Generis: o agente comunitário de saúde. *Cadernos do IPEA*. Rio de Janeiro, 2000. (Texto para discussão, n. 735).

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez. 2002. ISSN 0102-311X.

PAIM J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro, 2003a. p. 567-586.

_____. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro, 2003b. p. 587-603.

_____. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 446p.

PENNA FIRME, T. *Avaliação em rede*. [S. l.: s.n.], 2003. Disponível em: <<http://www.rits.org.br>>. Acesso em: 6 jul. 2006.

PERRENOUD, P. Construindo competências. *Nova escola*, [S.l.], ed. 177, 2000. [entrevista concedida a Paola Gêntile e Roberta Bencini J.].

PERRENOUD, P. *A prática reflexiva no ofício do professor: profissionalização e razão pedagógica*. Tradução: Cláudia Shilling. Porto Alegre: ArtMed, 2002. 232p.

RAMOS, M. N. Qualificação, competência e certificação: visão educacional. *Formação*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 17-26, 2001.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 12, p. 39-44, jul. 1996.

RODRIGUES NETO, E. R. *Os caminhos do Sistema Único de Saúde no Brasil: algumas considerações e propostas*. [S.l.]: Nesp, 1990. Mimeografado.

SANTOMÉ, J. T. *Globalização e Interdisciplinaridade*. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

SANTOS, I. Construção de um sonho. In: CASTRO, J. L.; SANTANA, J. P.; NOGUEIRA, R. P. *Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo*. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2002.

SANTOS, I.; SOUZA, A. A. Formação de pessoal de nível médio pelas instituições de saúde: Projeto Larga Escala: uma experiência em construção. *Revista Saúde em Debate*, p. 55-71, mar. 1989.

SILVA, J. A. Estratégias de qualificação e inserção de trabalhadores de nível médio na área de saúde. In: NEGRI, B. et al. (Org.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: Unicamp, 2002.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar., 1994.

SILVA, M. J. *Agente de Saúde: agente de mudança? A experiência do Ceará*. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

SILVA, R. S.; BRANDÃO, D. *Construção da capacidade avaliativa em organizações da sociedade civil*. São Paulo: Instituto Fontes, 2003.

SOUZA, A. M. de A. et al. *Processo educativo nos serviços de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1991. (Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, n. 1).

SOUSA, M. F. (Org.). *Os sinais vermelhos do PSF*. Hucitec: São Paulo, 2002.

TANAKA, O. Y. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. In: TANAKA, O. Y.; MELO, C. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

TEIXEIRA, A. *Educação não é privilégio*. 5. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 1994.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM J. S. Problemas da organização dos serviços de saúde no Brasil, na Bahia e na RMS. In: SILVA, L. V. (Org.). *Saúde coletiva: textos didáticos*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994. p. 19-34.

VEIGA, I. P. A. (Org.). *Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível*. Campinas: Papirus, 1995. (Coleção Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Tradução Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookmam, 2005. 207 p.

ZARIFIAN, P. *Objective compétence*. Paris: Liason, 1999.

Apêndice A



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA MULTIINSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE – CONVÊNIO REDE CENTRO-OESTE**

2ª ETAPA – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO

AVALIAÇÃO DOS COORDENADORES REGIONAL / LOCAL

1. Qual a sua idade: _____ anos

2. Sexo

- () Masculino.
- () Feminino.

2. Qual sua formação?

- () Enfermagem.
- () Medicina.
- () Odontologia.
- Outra. Especifique _____

3. Realizou curso de pós-graduação?

- () Não
- () Sim. Especifique _____

5. Possui experiências anteriores na educação profissional de nível técnico?

- () Não
- () Sim. Especifique _____

6. Possui experiências anteriores em trabalhos com o ACS no PACS/PSF?

- a. () Não
- b. () Sim. Especifique as experiências e período _____

7. Possui experiências anteriores em treinamentos / capacitação de ACS?

- a. () Não
- b. () Sim. Especifique as experiências e período _____

8. Além de participação na formação do ACS, você exerce outras atividades profissionais? Quais?

- a. () Não
- b. () Sim. Especifique _____

9. A sua participação neste projeto está lhe trazendo novas experiências?

10. Você conhece o Plano de curso apresentado por esta escola para formação do ACS? Descreva aspectos considerados relevantes.

11. Você participou ativamente na elaboração do material didático? Comente

12. Quais são os procedimentos que você utiliza para avaliar o processo de formação junto ao corpo docente?

13. Comente sobre os instrumentos utilizados pelos docentes na avaliação

14. Na sua percepção, o que a educação profissional traz de diferencial para formação do ACS?

15. Quais as estratégias utilizadas junto ao corpo docente para desenvolver a metodologia propostas na etapa de formação inicial do ACS?

Apêndice B



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA MULTIINSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE – CONVÊNIO REDE CENTRO-OESTE**

2ª ETAPA – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO

ENTREVISTA AO DOCENTE

1. Qual a sua idade: _____ anos

2. Sexo
 - a. () Masculino.
 - b. () Feminino.

3. Qual sua formação?
 - a. () Enfermagem.
 - b. () Medicina.
 - c. () Odontologia.
 - d. Outra. Especifique _____

4. Realizou curso de pós-graduação?
 - a. () Não
 - b. () Sim. Especifique _____

5. Possui experiências anteriores na educação profissional de nível técnico?
 - a. () Não
 - b. () Sim. Especifique _____

6. Possui experiências em trabalhos com o ACS no PACS/PSF?

a. () Não

b. () Sim. Especifique as experiências e período_____

7. Possui experiências em treinamentos / capacitação de ACS?

a. () Não

b. () Sim. Especifique as experiências e período _____

8. Além de participação na formação do ACS, você exerce outras atividades profissionais? Quais?

a. () Não

b. () Sim. Especifique _____

9. Quanto tempo você dispõe para execução das atividades de docência neste curso?_____horas

10. A sua participação neste projeto esta lhe trazendo experiências? Quais?

11. Quais os aspectos considerados relevantes no Plano de curso apresentado por esta escola para formação do ACS ?

12. Comente sobre sua participação na construção do material didático que esta sendo utilizado no curso.

13. Quais os materiais didáticos que você utilizar preferencialmente?

- a. () Produzidos pela ETSUS.
- b. () Os que construo em função do conteúdo e/ou do momento de aprendizagem.
- c. () Referências bibliográficas existentes.
- d. () Cedido/sugeridos por outros colegas.
- e. () Nenhum destes.

14. Qual a sua opinião sobre os objetivos para a formação do ACS explicitados no plano de curso?

15. Descreva a metodologia que você mais utiliza em aula

16. Quais serão os procedimentos utilizados com maior freqüência para avaliar o processo de aprendizagem?

17. Na sua percepção, o que a formação técnica traz de diferencial para o ACS?

18. Você participou de capacitação pedagógica específica para a formação do ACS?
Comente;

19. Comente sobre os aspectos facilitadores/dificultadores da metodologia utilizada no processo de formação do ACS para desenvolver o ensino por competência?

- Metodologia:
- Currículo/Ensino por competência:

Apêndice C



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA MULTIINSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE – CONVÊNIO REDE CENTRO-OESTE**

2ª ETAPA – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO

ENTREVISTA AO SUPERVISOR DE PRÁTICA

1. Qual a sua idade: _____ anos
2. Sexo
 - a. () Masculino.
 - b. () Feminino.
3. Qual sua formação?
 - a. () Enfermagem.
 - b. () Medicina.
 - c. () Odontologia.
 - d. Outra. Especifique _____
4. Realizou curso de pós-graduação?
 - a. () Não
 - b. () Sim. Especifique _____
5. Possui experiências anteriores na educação profissional de nível técnico?
 - a. () Não
 - b. () Sim. Especifique _____

6. Possui experiências em trabalhos com o ACS no PACS/PSF?

- () Não
- () Sim. Especifique as experiências e período _____

7. Possui experiências em treinamentos / capacitação de ACS?

- a. () Não
- b. () Sim. Especifique as experiências e período _____

8. Além de participação na formação do ACS, você exerce outras atividades profissionais? Quais?

- a. () Não
- b. () Sim. Especifique _____

9. Quanto tempo você dispõe para execução das atividades de dispersão neste curso? _____ horas

10. A sua participação neste projeto esta lhe trazendo experiências? Quais?

11. Você conhece o Plano de curso apresentado por esta escola para formação do ACS? Comente sobre os aspectos considerados relevantes.

12. Comente sobre sua participação na construção do material didático que esta sendo utilizado no curso.

13. Você participou da construção do plano de dispersão? Comente

14. Quais os elementos que compõem seu plano de dispersão?

Conteúdos:

Técnicas:

Formas de integração:

13. Quais serão os procedimentos utilizados com maior frequência para avaliar o processo de aprendizagem na dispersão?

14. Na sua percepção, o que a formação técnica traz de diferencial para o ACS?

15. Você participou de capacitação pedagógica específica para a formação do ACS?
Comente;

16. Comente sobre os aspectos facilitadores/dificultadores da metodologia utilizada no processo de formação do ACS para desenvolver o ensino por competência?

Metodologia:

Currículo/Ensino por competência:

Apêndice D



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA MULTIINSTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE – CONVÊNIO REDE CENTRO-OESTE**

2ª ETAPA – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO

ENTREVISTA AO COORDENADOR ESTADUAL DE PACS/PSF

- 1 Qual a sua idade: _____ anos

2. Sexo
 - a. () Masculino.
 - b. () Feminino.

3. Qual sua formação?
 - a. () Enfermagem.
 - b. () Medicina.
 - c. () Odontologia.
 - d. Outra. Especifique _____

4. Possui experiências anteriores em trabalhos com o ACS?
 - a. () Não
 - b. () Sim. Especifique as experiências e período _____

5. Há quanto tempo você esta na coordenação estadual do PACS/PSF?

6. Como você participou na formulação do plano de curso apresentado pela escola para formação técnica do ACS?

7. Houve na construção do plano de curso a participação das áreas diretamente relacionadas ao trabalho cotidiano do ACS?

8. Foi realizado um diagnóstico situacional local para construção dos conhecimentos a serem abordados na etapa formativa I?

9. De que forma a Coordenação estadual do PACS/PSF tem contribuído para efetivação desta proposta?

10. O processo de formação do ACS trouxe alguma contribuição para a gestão da atenção básica?

Apêndice E



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA MULTIISTITUCIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE – CONVÊNIO REDE CENTRO-OESTE

2ª ETAPA – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO

ENTREVISTA AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

1. Qual a sua idade: _____ anos
2. Sexo
 - a. () Masculino.
 - b. () Feminino.
3. Informe sua escolaridade
 - a. () Ensino fundamental não concluído.
 - b. () Ensino fundamental.
 - c. () Ensino médio não concluído.
 - d. () Ensino médio concluído.
 - e. () Nível superior.
 - f. Outra. Especifique _____
4. Há quanto tempo você conclui seus estudos? _____ anos
5. Há quanto tempo você trabalha como ACS? _____ anos
6. Atualmente você exerce outra profissão?
 - a. () Não
 - b. () Sim. Especifique _____

7. Qual a sua carga de trabalho semanal?

- a. () Até 20 horas semanais
- b. () Entre 20 e 30 horas.
- c. () Entre 30 a 40 horas.
- d. () Entre 40 e 60 horas .
- e. () Acima de 60 horas.

8. Qual o horário das aulas?

- a. () Manhã semanalmente.
- b. () Tarde semanalmente.
- c. () Noite semanalmente
- d. () Fins de semana.
- e. () Outro: Especifique

9. Quais os aspectos que facilitam ou dificultaram a sua aprendizagem na etapa formativa I

Deslocamento:

Estrutura física:

Carga horária:

Material didático:

Recursos audiovisuais:

Docentes:

10. Em relação ao módulo inicial, qual foi o aprendizado mais significativo para você?

11. O que você espera conseguir após o término deste curso?

12. Qual a sua opinião acerca do trabalho do ACS:

ANEXOS

Anexo A



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Assunto: Solicitar autorização da coleta de dados da Proposta de Estudo sobre o Processo Formativo do ACS nos Estados do CE e MS.

Venho por meio deste solicitar gentilmente a Coordenação Geral das ETSUS dos estados de CE e MS, autorização para apresentar e realizar a proposta de estudo “Avaliando a Formação do Agente Comunitário de Saúde no Brasil”. Este estudo objetiva avaliar a eficácia do processo de formação do ACS quanto ao perfil estabelecido (competências) e metodologias adotadas pelas ETSUS.

Buscando pactuar ações e estabelecer o estreitamento das parcerias necessárias para o êxito deste Estudo, estamos convidando a Coordenação de Atenção Básica, a Coordenação de PACS/PSF e a Coordenação das Escolas Técnicas do SUS para participarem da oficina, que ocorrerá no dia 00/08/06, no período de 9:00 às 12:00, no auditório da escola.

Na oportunidade, reiteramos a importância de sua participação e antecipamos nossos agradecimentos.

Brasília, 00 de Agosto de 2006.

Atenciosamente,

Daniela França de Barros

Mestranda UnB

Orientadora Prof^ª. Dra Maria Lúcia Ivo.

Ilmo. Diretora da ETSUS

Anexo B



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo: Avaliando a formação do Agente Comunitário de Saúde no Brasil

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO BRASIL”.

Eu, Daniela França de Barros, enfermeira, mestranda da do Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, portadora do RG 91015048547, SSP-CE, residente na AOS 07, bloco E, ap. 407 – Octogonal, CEP70660-075, na cidade de Brasília –DF, cujo telefone de contato é (61) 3233-2622, desenvolverei uma pesquisa cujo objetivo é Avaliar o processo de formação do Agente Comunitário de Saúde mediante a política de educação profissional proposta pelo Ministério da Saúde.

Necessito que o Sr (a) forneça informações sobre a etapa formativa I do curso Técnico de do Agente Comunitário de Saúde, através de entrevista semi-estruturada, devendo ocupá-lo (a) por 30 minutos.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, sem qualquer custo relacionado aos procedimentos previstos na pesquisa. Será reservado o direito de sair da pesquisa a qualquer momento ou recusar a participar sem que isso lhe acarrete prejuízos ou punição. Você é livre para expressar suas idéias e fazer algum questionamento acerca do estudo e sua participação nele, caso haja alguma dúvida procuraremos esclarecê-la a qualquer momento.

Em todos os registros coletados, um código substituirá seu nome, sendo mantidos de forma confidencial. Os dados da presente pesquisa serão gravados e posteriormente analisados; sua identidade não será revelada em nenhuma fase da pesquisa.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que sou livre para aceitar ou reusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas a contento. Receberei uma cópia assinada e datada deste documento de Consentimento Informado.

Local:

Data:

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura dos pesquisadores