

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

MARIA DO SOCORRO ANDRADE MODESTO

**FORMAÇÃO TÉCNICA *VERSUS* PRÁTICA: PERCEPÇÃO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO TOCANTINS**

Itajaí - SC

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA DO SOCORRO ANDRADE MODESTO

**FORMAÇÃO TÉCNICA *VERSUS* PRÁTICA: PERCEPÇÃO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí, como requisito para obtenção do título de Mestre – Área de concentração Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Luciane Peter Grillo.

Itajaí -SC

2009

MARIA DO SOCORRO ANDRADE MODESTO

**FORMAÇÃO TÉCNICA *VERSUS* PRÁTICA: PERCEPÇÃO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO TOCANTINS**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para o Título de Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho, e aprovada pelo Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho, área de concentração Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Universidade Vale do Itajaí (UNIVALI) em 02 de dezembro de 2009.

Elisete Navas Sanches Próspero
Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA

Dra. Luciane Peter Grillo
UNIVALI – Presidente
Orientadora

Dra. Gladys Amélia Vélez Benito
UFES – Membro Externo

Dra. Elisete Navas Sanches Próspero
UNIVALI – Membro Interno

FICHA CATALOGRÁFICA

M72f Modesto, Maria do Socorro Andrade, 1960-

Formação técnica versus prática: percepção dos agentes comunitários de saúde do Tocantins / Maria do Socorro Andrade Modesto. – 2010

76 f.

Cópia de computador (Printout(s)).

Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2010.

“Orientação: Prof^a. Dr^a. Luciane Peter Grillo ”.

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, pela minha existência, porque nada nos é possível senão for de Sua vontade.

Ao meu esposo, Gil Modesto, sempre presente, incentivando e ajudando com carinho e dedicação.

Aos meus filhos, Julvan, David e Nayana, razão de vida e luta... Continuação da minha existência...

À minha mãe, pelo brilho que traz à minha vida, uma mulher batalhadora, honesta, amiga para todas as horas, feliz, gentil e conselheira. Ótima dona de casa, educadora, talentosa, enfim, GUERREIRA.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é uma grande conquista para mim: “*tomou-me tempo, desânimos, esforços*”. Algumas ausências do cotidiano da minha casa e família justificaram-se, embora eu continue a me perguntar sobre o valor e o custo de algumas escolhas que fazemos.

No final de tudo, tenho certeza de que valeu o sacrifício, simplesmente porque, embora solitária nos momentos de estudo e de redação do trabalho, tive a felicidade e a sorte de contar com muitas pessoas que se tornaram imprescindíveis nessa jornada: meu esposo, meus filhos, meus pais, irmãs, irmãos, sobrinhos e cunhados.

Em primeiro lugar agradeço a paciência, a generosidade e o rigor da minha Professora orientadora LUCIANE PETER GRILLO.

Aos professores Elisete e Gladys, por terem se disponibilizado a avaliar esta dissertação.

AOS COLEGAS de Mestrado, que compartilharam comigo esses momentos de aprendizado, enfeitando com sorrisos os trajetos mais difíceis.

Aos meus professores de Mestrado pela convivência prazerosa e pelo compartilhar de saberes, compromissados com a formação de profissionais mais inovadores, autônomos, participativos, reflexivos, mais éticos, humanos e, acima de tudo, comprometidos com a saúde da população.

Às instituições: UNESCO (MINISTÉRIO DA SAÚDE), UNIVALI e ETSUS/TO, pela oportunidade em proporcionar este aprendizado. À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALMAS/TO, por ceder espaço em suas Unidades de Saúde para a realização dos encontros com os sujeitos da pesquisa.

A todos os funcionários da Coordenação de Mestrado, que sempre estiveram presentes nos momentos em que foi solicitada a ajuda e disponibilidade, agradeço pela receptividade.

Aos gerentes das Unidades de Saúde da região norte do Município de Palmas, obrigada pelo apoio. Aos meus colegas, Agentes Comunitários de Saúde da região norte da capital que foram objeto do estudo, e que dividiram comigo momentos de vivência profissional e pessoal com confiança e carinho especial, contribuindo para a realização deste estudo.

Aos meus amigos, em especial a Eleusani, pelo estímulo e incentivo; a Adenildes e Pedro, pela força quando precisava me ausentar das aulas no período do Mestrado. Minha gratidão! Que bom ter contado com vocês.

Ao meu filho amado Julvan, que tantas vezes percebeu meu estresse e cansaço, mas que soube compreender e ajudar em todas as horas que precisei.

A Ludmila, que colaborou com o apoio logístico nos dois momentos mais críticos, a aplicação e a consolidação dos dados da pesquisa. Obrigada, Lu.

A todos aqui não citados, mas que sabem de sua importância na minha vida, minha gratidão por estarem comigo, ensinando e aprendendo, obrigado por cada palavra de apoio e de incentivo.

“Uma das tarefas mais importantes da prática educativa crítico é propiciar as condições em que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ou com a professora ensaiam a experiência profunda de assumir-se.

Assumir-se como ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos, capaz de ter raiva porque capaz de amar. Assumir-se como sujeito porque capaz de reconhecer-se como objeto.”

(FREIRE, 1997, p. 46).

MODESTO, MARIA DO SOCORRO ANDRADE. **Formação técnica *versus* prática: percepção dos agentes comunitários de saúde do Tocantins**. 2010. 76 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2010.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo verificar a percepção de uma amostra de Agentes Comunitários de Saúde (N=63) do município de Palmas (TO) sobre sua formação técnica. O estudo foi uma pesquisa quantitativa, do tipo exploratória e de campo por meio da utilização de um questionário adaptado e modificado. Este questionário foi composto por 24 questões, contendo dois blocos. O primeiro teve como objetivo conhecer os dados pessoais dos egressos; o segundo bloco de questões teve como meta traçar a carreira ocupacional dos egressos, antes, durante e depois do curso técnico. Com os questionários preenchidos, procedeu-se a várias leituras para se chegar a um esquema de codificação. Para as questões fechadas, os dados foram apresentados em tabelas com frequência simples ou citados em números absolutos e/ou percentuais. Nas questões abertas, foram agrupadas as respostas similares para melhor visualizar os dados, que também foram apresentados em tabelas de frequência. Os dados analisados revelaram que os egressos da Escola Técnica de Saúde do Tocantins iniciaram-se no mercado de trabalho em ocupação relacionada à área técnica e que, no início da carreira, não eram vistos como trabalhadores da área da saúde. No decorrer dos anos, foram se destacando pelo relevante papel social prestado às comunidades. Atualmente, são reconhecidos profissionalmente como Agentes Comunitários de Saúde e pela sua importância como elo entre a comunidade e a unidade de saúde. A formação técnica contribuiu muito para a atuação profissional, embora essa atuação não tenha sido alterada após a conclusão do curso. As oportunidades de progressão na carreira ocupacional são limitadas.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Egressos. Formação Técnica.

MODESTO, MARIA DO SOCORRO ANDRADE. **Formação técnica *versus* prática: percepção dos agentes comunitários de saúde do Tocantins.** 2010. 76 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2010.

ABSTRACT

The aim of this study was to determine the perceptions of community health workers concerning their technical training in the municipal district of Palmas, in the State of Tocantins (TO). It took the form of a quantitative, exploratory field study. These perceptions were gathered through an adapted, modified questionnaire, which was applied to sixty-three graduates of a Technical Community Health Workers' course. This questionnaire consisted of twenty-four questions, arranged in two blocks. The first was designed to find out personal data about the graduates, and the second sought to trace the occupational career of the graduates, before, during and after the technical course. For the closed questions, the data were presented in the form of tables with simple frequency, or cited in absolute numbers and/or percentages. For the open questions, similar responses were grouped, in order to better visualize the data, which were also presented in frequency tables. The data analyzed showed that the graduates of the Escola Técnica de Saúde do Tocantins (TO-ETSUS) entered the labor market in occupations related to the technical area, and that at the beginning of their careers, they were not seen as health workers. Over the years, they were noted for their important social role in the communities. Today, they are professionally recognized as Community Health Agents, and for their important role as a link between the community and the health unit. Thus, the technical training has contributed greatly to professional performance, although this performance has not changed after the completion of the course, and the opportunities for career progression are limited.

Key words: Community Health Agents. Graduates. Technical Training.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - MÓDULO I: Gestão em Saúde e Processo de Trabalho do ACS	42
Tabela 2 - MÓDULO II - Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos	42
Tabela 3 – MÓD. III – Prom., Prev. e Monitoramento das Situações de Risco Ambiental.	43
Tabela 4- Características sócio-econômicas dos egressos ACS.	49
Tabela 5 – Distribuição dos ACS segundo a promoção funcional durante ou após o curso, Palmas TO/ 2009.....	52
Tabela 6 – Distribuição dos ACS segundo o tempo de serviço, Palmas TO, 2009. .	52
Tabela 7 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde com relação ao curso técnico com o trabalho do ACS, Palmas, Tocantins, 2009.....	54
Tabela 8 – Aspectos que influenciaram na aquisição de conhecimentos, Palmas, 2009.	57
Tabela 9 – Maiores dificuldades em relação ao serviço, Palmas/TO, 2009.	58
Tabela 10 – Sugestões de mudanças em relação ao curso Técnico ACS, Palmas, 2009.	58
Tabela 11 – Disciplinas que deveriam ser acrescentadas, Palmas/TO, 2009.	60
Tabela 12 – Avaliação da Metodologia (Problematizadora), Palmas/TO, 2009.....	61
Tabela 13 – Integração Ensino/Serviço no decorrer do curso e avaliação do professores, Palmas/TO, 2009.....	62
Tabela 14 – Integração das disciplinas no decorrer do curso, Palmas/TO, 2009. ...	63
Tabela 15 – Aspectos positivos, negativos, sugestões e contribuições do curso, Palmas/TO, 2009.	64

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	JUSTIFICATIVA.....	17
3	PROBLEMA DE PESQUISA	18
4	OBJETIVOS.....	19
4.1	Objetivo geral.....	19
4.2	Objetivo específico.....	19
5	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
5.1	A Educação profissional e Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional ...	20
5.2	Rede de escolas técnicas de Saúde do SUS – RET/SUS	25
5.3	Escola Técnica de Saúde do Tocantins – ETSUS/TO	28
5.4	O agente comunitário de saúde e o Curso Técnico ACS.....	29
5.4.1	O agente comunitário de saúde.....	29
5.4.2	Competências profissionais do agente comunitário de saúde.....	31
5.4.3	O Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde	33
5.5	Avaliação de egresso.....	43
6	METODOLOGIA	45
6.1	Tipo de pesquisa.....	45
6.2	População	45
6.3	Coleta de dados	46
6.4	Aspectos éticos.....	47
6.5	Análise dos dados.....	48
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
7.1	Características dos egressos, origem socioeconômica e trajetória profissional	49
7.1.1	Dados pessoais dos egressos.....	49
7.1.2	Carreira ocupacional.....	51
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	68
	ANEXOS	
	APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

A transformação no contexto do trabalho em saúde e em sua formação profissional vem assumindo um maior compromisso com a implementação das políticas sociais públicas que, num processo histórico de solidificação de seus princípios e efetivação de estratégias, exige capacitação política e técnica para a plena conquista do direito constitucional à saúde. Nesta dimensão, os trabalhadores da saúde, como integrantes do trabalho coletivo, compartilham da perspectiva de saúde como qualidade de vida, da participação e do controle social, da integralidade das ações de saúde individual e coletiva.

No atual cenário de profundas transformações no processo de trabalho em saúde, com inovações na tecnologia, e de novas formas de organização do trabalho, torna-se fundamental para o desenvolvimento das práticas profissionais considerar o contexto e a concepção de saúde, que têm como referências doutrinárias a Reforma Sanitária e como estratégias de reordenação setorial e institucional o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1999).

Essas referências foram inspiradas no paradigma da Promoção da Saúde. Este modelo aponta para a formulação de um conceito ampliado de saúde, transcendendo a dimensão setorial de serviços e, ainda, considerando o caráter multiprofissional e interdisciplinar desta produção (NOGUEIRA, 2002, p. 5-16).

A promoção a saúde é um processo político, social e cultural, que busca historicamente proporcionar aos indivíduos e à coletividade os meios necessários para melhorar a sua saúde e qualidade de vida. Tendo como campos de ação as políticas públicas saudáveis, os ambientes e os estilos de vida favoráveis à saúde e a ação coletiva. O discurso da saúde pública e as perspectivas de redirecionar as práticas de saúde, a partir das duas últimas décadas, vêm articulando-se em torno da idéia de promoção da saúde. Promoção é um conceito tradicional, definido por Leavell & Clarck (1976) como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva.

A idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção,

nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização o conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (1994), “A escola (médica) em sua especificidade institucional oferece essencialmente qualificação técnica e de trabalho, gerando e transmitindo uma determinada cultura profissional dominante e reproduzindo o modelo científico hegemônico”. Destaca-se, assim, a necessidade de mudanças nas práticas de ensino e formação profissional, criticando-se diferentes aspectos dessa formação profissional, tais como a educação baseada na memorização e repetição, que inibe o pensamento reflexivo e crítico, bem como a pouca correlação entre o conhecimento adquirido e a futura prática profissional (BYRNE & ROZENTAL, 1994; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1994; PIERANTONI & MACHADO, 1994). Essas mudanças passam, sobretudo, pela necessidade de se formar alunos capazes de pensar criticamente e compreender melhor a interdependência existente entre as dimensões biológicas, psicológicas e socioambientais do processo saúde *versus* doença, a fim de melhorar a prevenção e a promoção da saúde, bem como de desenvolver práticas mais humanizadas nas formas de lidar com o paciente/cliente.

Assim, a atenção à saúde e não apenas a assistência médica, incorpora novos espaços de atuação profissional e novos processos de trabalho, requerendo efetivo compromisso dos trabalhadores com a concepção ampliada de saúde, estabelecendo-se a transcendência do setorial e uma diversificação dos campos de prática (NOGUEIRA, 2002, p. 5-16).

Por outro lado, a integralidade da atenção, reconhecida como princípio que contempla as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença, deve ser difundida como uma nova cultura da saúde na educação profissional. Pode-se afirmar, então, que o paradigma político-assistencial torna-se também político-pedagógico, orientando as propostas de educação profissional para o setor (NOGUEIRA, 2002, p. 5 - 17).

Em virtude dessas necessidades, surgiram as Escolas Técnicas de Saúde (ETSUS), instituições públicas, em sua maioria, vinculadas à gestão da Saúde e não

à da Educação, o que facilita a adoção dos princípios e diretrizes do SUS. A origem das Escolas Técnicas de Saúde remete ao projeto Larga Escala, criado na década de 1980; e ao Projeto de Qualificação dos Auxiliares de Enfermagem (PROFAE), criado na década de 1990, possibilitando estratégias que conduziram à viabilização de escolas e centros formadores do Sistema Único de Saúde (PEREIRA; RAMOS, 2006).

As Escolas Técnicas de Saúde têm como missão institucional promover a profissionalização dos trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, que não possuem qualificação profissional para exercer ações na área, procurando formá-los de acordo com os novos modelos assistenciais (PEREIRA; RAMOS, 2006).

O fortalecimento da qualidade pedagógica e a preocupação com a certificação dos trabalhadores já inseridos na área da saúde foram um dos grandes ganhos promovidos pelas Escolas Técnicas de Saúde, assim como o rompimento da ideia de que bastariam os serviços por si, por meio da passagem de experiência entre os trabalhadores ou através de meros treinamentos.

Atualmente, existem 37 Escolas Técnicas de Saúde em todo território nacional, configurando a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS). A Rede de Escolas do SUS é uma rede governamental criada pelo Ministério da Saúde (MS) no ano 2000, para facilitar a articulação entre as escolas e fortalecer a educação profissional em saúde (BRASIL, 2002).

As carências apresentadas pela área da saúde vão desde a falta de preparo dos profissionais, até a questão do seu desempenho na saúde, como o envolvimento com o trabalho, iniciativa, liderança, criatividade, dinamismo, senso crítico etc., sendo essa a razão do interesse em realizar uma investigação sistemática sobre o assunto.

Atendendo à necessidade de desenvolvimento de recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS) e trabalhando numa perspectiva de formação para e pelo serviço, a Escola Técnica de Saúde do Tocantins (ETSUS/TO) foi instituída pelo decreto nº 1.564 de 19.08.2002 (TOCANTINS, 2008). Desde a criação da escola, a formação de alunos que atendam ao perfil profissional futuro exigido, face às constantes mudanças, é motivo de atenção.

Sob o modelo de gestão autárquica em regime especial disposto pela lei nº 1.369 de 27.03.2003, decreto nº 1.914 de 19.11.2003, que aprovou seu estatuto, publicado no Diário Oficial do Estado nº 1.570 datado de 27.11.2003, propõe-se a

responder aos desafios de assegurar a formação de trabalhadores do SUS em nível básico e técnico, desenvolvendo competências e habilidades, considerando aspectos técnico-operativos e éticos, participativos, relacionando a teoria com a dimensão da realidade, estimulando a efetiva qualidade das ações e serviços oferecidos (TOCANTINS, 2008). A concepção de formação da escola aponta para uma compreensão global do processo produtivo com apreensão do saber tecnológico, valorização da cultura do trabalho e mobilização dos valores necessários à tomada de decisões.

A ETSUS/TO, dotada de instrumentos de planejamento, gestão, gerência, monitoramento e avaliação, primando pela formação e qualificação em saúde, estabelecendo interfaces permanentes na implementação de sua proposta de educação para o trabalho, iniciou, em junho de 2004, suas atividades com a implantação do Curso Técnico de Saúde Dental (TOCANTINS, 2008).

Além de ter sido a primeira escola do norte do país a abrir suas portas, a ETSUS/TO, em 2005, iniciou o I módulo do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde com 3.272 ACS, por meio de um currículo integrado, que abrangeu os 139 municípios do Estado. O referido módulo foi financiado com recursos do Ministério da Saúde. Em 2006, dos 3.204 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) matriculados no I módulo do curso, apenas 2.741 ACS se matricularam no II módulo do itinerário formativo financiados com recursos do próprio Estado (TOCANTINS, 2004). No ano de 2008, efetivou-se a formação técnica (III e último módulo do curso) de 2.219 ACS em todo o Tocantins.

O Estado do Tocantins possui uma população de 1.332.443 hab. (IBGE, 2000), índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,710 (PNUD – Programa Nações Unidas para o Desenvolvimento), índice de desenvolvimento infantil (IDI) de 0,513 (UNICEF/2000), taxa de mortalidade infantil em 18,8/1000 nascidos vivos, (DATASUS/2005), uma prevalência de desnutrição de 8,47% e cobertura vacinal (SABIN) de 94,6% (DATASUS/2005).

Neste contexto, o Programa Agente Comunitário de Saúde teve sua implantação assegurada no Estado a partir de 1994 e possui 3.465 agentes comunitários de saúde (ACS), sendo 2.243 da área urbana e 1.222 da zona rural, perfazendo um total de cobertura de 100% (SIAB/2006) (TOCANTINS, 2008).

Os ACS estão inseridos no Programa Saúde da Família (PSF) concebido pelo Ministério da Saúde em 1994 a partir da experiência bem-sucedida do Programa de

Agentes Comunitários em Saúde (PACS) criado em 1990. O PSF vem se consolidando como uma estratégia de fortalecimento do Sistema Único de Saúde e, entre as suas ações, está a de auxiliar na transformação da estrutura dos serviços de saúde, que inclui o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, incluindo a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde, e a possibilidade de intervenção sobre os mesmos com estratégias como promoção da saúde (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

A implementação do PSF ocorreu de maneira bastante diversificada em todo o país, e um dos fatores que contribuíram para isso foi o fato de trazer como um de seus principais eixos a territorialização que orienta tanto o olhar como as intervenções que são propostas para resolução dos problemas encontrados na área coberta de cada uma das equipes do PSF e em virtude dessas diferenças, diversos modelos de atuação do PSF vêm sendo criados, bem como a multiplicidade de experiências na formação do agente comunitário de saúde, em razão das especificidades regionais (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Nesse cenário, o agente comunitário de saúde desempenha um papel relevante como mediador social para a saúde brasileira, sendo considerado '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'. (NOGUEIRA, 2000, p. 10).

Nessa perspectiva formativa é necessário refletir que o agente comunitário de saúde tem se constituído ator protagônico na luta pela melhoria das condições de vida da comunidade, sua práxis transformadora tem contribuído de forma significativa através de elementos educativo-preventivos e de promoção da saúde no campo da atenção primária, na vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica (TOCANTINS, 2008).

A atuação dos agentes comunitários tem contribuído de forma crucial para a melhoria da saúde. A proximidade compartilhada com a população permite construir vínculos que resultam na confiança mútua entre o profissional e sua comunidade. A prática constante dos agentes do conhecimento, da aprendizagem e do ensinamento são essenciais para a prevenção e promoção da saúde. Esta troca de conhecimentos faz nascer e crescer o saber dos direitos e responsabilidades para

consigo, para com o outro e para com a comunidade, refletindo desta forma na consciência da cidadania da população. Neste sentido, os Agentes Comunitários vem desenvolvendo elos fundamentais para democratizar a informação, para torná-la acessível a cada um dos brasileiros, através do seu dia-a-dia no trabalho. As mudanças e as transformações na saúde vêm surgindo aos poucos e, a participação dos agentes comunitários de saúde neste processo é essencial.

Quando se pretende discutir o processo de formação ou qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde, é fundamental ter a clareza do perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e que competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional. Desse modo, a complexidade e a dimensão dos desafios colocados para o processo de formação e qualificação do ACS estão intrinsecamente ligadas a estes aspectos.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo surgiu de experiências vividas com a formação dos profissionais de nível médio em saúde da Escola Técnica de Saúde do Estado do Tocantins (ETSUS/TO). Tem como finalidade contribuir com os serviços de saúde, tentando detectar quais são as suas fragilidades e quais as suas potencialidades, além de verificar a percepção dos ACS sobre os ensinamentos da ETSUS/TO e os reflexos na sua prática.

Pode-se dizer que existem várias razões para justificar esse estudo sobre o profissional agente comunitário de saúde (ACS). Primeiramente, por se tratar da primeira formação técnica desses trabalhadores a acontecer no país. Segundo, por essa formação ser habilitação e trazer em seu bojo um rol de discussão muito grande, caracterizado pela precariedade e diversidade, uma vez que para essa função, desde o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), o Ministério da Saúde estabelecia apenas como critério de escolaridade habilidades de ler e de escrever. A formação profissional desses trabalhadores restringia-se apenas à capacitação em serviço realizada pelo enfermeiro-supervisor do PACS, atuando de forma distinta nos diversos municípios com cobertura do programa.

A não-escolarização do ACS, justificada pela necessidade desse trabalhador ser representativo da comunidade em que atua acrescida, ainda, pelo desvio de função demonstra a compreensão do trabalho do ACS como inespecífico e de baixa qualidade e, finalmente, ao considerar as suas atribuições na equipe, bem como sua importância como elo entre a comunidade e a equipe multiprofissional, justifica-se este trabalho.

A formação técnica do agente comunitário de saúde (ACS), pela sua dimensão tanto política, como pedagógica e administrativa, foi o que motivou a investigar se o curso oferecido pela escola contribuiu para um profissional de Saúde mais inovador, autônomo, participativo, reflexivo, com uma visão sistêmica e compartilhada da saúde, um olhar voltado para integralidade das ações de saúde, mais ético, humano e, acima de tudo, comprometido com a saúde da população tocantinense, superando a dicotomia tão visível na área da saúde, a fragmentação do processo de trabalho e a visão biológica (TOCANTINS, 2004).

3 PROBLEMA DE PESQUISA

O agente comunitário de saúde pode ser considerado a chave mestra do objetivo de interligar o Programa de Saúde da Família com a comunidade, devido a sua importância no relacionamento com as famílias de sua micro-área, onde seu trabalho deve ser reconhecido e valorizado. Portanto, para desempenhar um bom trabalho, ele deve ser bem capacitado, orientado e acompanhado. A valorização de seu trabalho também deve ser realizada pela análise dos dados por ele coletados e avaliados pela equipe, e seus resultados utilizados como base para o planejamento estratégico das atividades.

O apoio da administração municipal é essencial a todos os membros da equipe de Saúde da Família e, isto não se resume apenas numa remuneração digna e merecida, mas abrange um reconhecimento através da resolutividade dos problemas levantados por estes membros, principalmente, pelo agente comunitário de saúde, que conhece como ninguém a realidade da comunidade visitada mensalmente por ele.

Para consolidar, na prática, esse novo modelo, torna-se necessária a presença dos agentes comunitários de saúde, assim como todos os demais profissionais integrantes de uma equipe multiprofissional, como é o caso do Programa Saúde da Família, nos cursos de educação continuada, como estratégia de promoção à saúde, de forma que possam ser agentes transformadores de um paradigma.

O curso técnico proporciona subsídios para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio de processos educativos em saúde que privilegiam o acesso às ações e serviços de informação, de promoção social e de desenvolvimento da cidadania. Desta forma, este estudo procura verificar, qual a percepção do próprio agente comunitário de saúde sobre essas transformações, no que concerne sua formação e os reflexos dessa percepção na sua prática?

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Verificar a percepção dos agentes comunitários de saúde sobre sua formação e os reflexos dessa percepção na sua prática.

4.2 Objetivos específicos

- identificar as fragilidades e as potencialidades na formação desses profissionais;
- verificar os ganhos da carreira antes, durante e depois da formação;
- identificar o perfil social do ACS no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica de saúde do sistema único de saúde;
- propor sugestões para alterações curriculares.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

5.1 A Educação profissional e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

Com a crise do capital e as transformações ocorridas no processo produtivo, na década de 1970 nos países Centrais e no Brasil na década de 1980, foram imputadas novas demandas na educação. A partir dos anos 1990, o governo passa a adotar um novo modelo de política econômica e novos paradigmas tecnológicos e organizacionais do trabalho representou o elemento norteador de novos discursos e demandas em relação à educação profissional. O capitalismo implanta a necessidade de transformações significativas na educação, envolvendo desde as políticas públicas educacionais, até o funcionamento dos sistemas de ensino, suas concepções, o currículo dos cursos etc.

As últimas duas décadas foram marcadas por uma intensa modificação no campo da educação profissional técnica, inclusive na terminologia, que foi alterada de cursos técnicos profissionalizantes para a educação profissional técnica de nível médio, conforme resolução dos Conselhos Nacional de Educação e do Conselho de Educação Básica (CNE/CEB) nº. 01/2005. Fatores econômicos, políticos e sociais, embasados na crise do capitalismo mundial ocorrida na década de 1970, foram determinantes para estas transformações (SANT'ANNA et al., 2008).

O estágio de acumulação capitalista que se iniciou nos chamados anos dourados, datado entre a Segunda Guerra até os anos de 1970, entrou em crise. As justificativas para essa crise foram dadas através da queda de produtividade do modelo de desenvolvimento fordista de acúmulo de capital. O modelo fordista, caracterizado pelo grau de mecanização e profunda divisão técnica do trabalho, tornou-se obsoleto, com novos processos de trabalho que passaram a ser organizados por outro padrão tecnológico, que utiliza a Ciência, a Tecnologia e a Informação com suas forças produtivas centrais e como fonte de concorrência intercapitalista em um mercado globalizado (FERRETI & SILVA JUNIOR, 2000).

No Brasil, este cenário de transformação das relações entre educação, trabalho, ciência e tecnologia culminou em reformas no campo da educação, que teve seu ápice na promulgação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº. 9.394, de 20

de dezembro de 1996. A Lei de Diretrizes e Bases, gerou consideráveis mudanças, no que diz respeito tanto a educação básica, quanto na educação superior, em especial para a educação profissional, que foi objeto de um capítulo da lei, apontando a educação profissional estruturada por meios de cursos e programas de formação inicial e continuada, incluindo a capacitação, o aperfeiçoamento, a especialização e a atualização ofertada em todos os níveis de escolaridade pela educação profissional técnica de nível médio (SANT'ANNA et al., 2008).

Esta nova concepção de educação agrega a lógica das competências como elemento norteador dos currículos dos cursos profissionalizantes. Conforme descrito nos Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, elaborado pelo MEC em 2000, os currículos passam a ser como conjuntos integrados e articulados de situação-meio e sistematizados para promover aprendizagens significativas. Portanto, não devem mais estar centrados nos conteúdos, mas sim em competência, conceituada como a integração de conhecimentos, habilidades e valores; atitudes, os quais conduzem a um desempenho profissional eficiente e eficaz em diversos contextos. Rompe-se com a concepção do trabalhador técnico como mero executor de tarefas, para se formar um profissional com base no ensino por competências articuladas com a preparação no ensino básico, um trabalhador polivalente, que esteja habilitado para enfrentar e responder aos desafios do mundo do trabalho, produzindo conhecimentos inovadores e criativos (SANT'ANNA; et al., 2008).

Apesar das críticas ao modelo do currículo por competências, cabe salientar que as novas diretrizes propostas pela LDB e legislações da educação profissional trouxeram avanço relevante para educação profissional técnica da área da saúde. Isto porque, ao se organizarem as diretrizes curriculares para o ensino técnico da área da saúde, foi necessário fazer articulações entre as competências dos trabalhadores da saúde e a concepção ampliada de saúde, que ainda hoje se encontra em reformulação oriunda da Reforma Sanitária, que culminou com a institucionalização do Sistema Único de Saúde, por meio das Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90 (BRASIL, 1990).

O movimento educacional mais recente tem instituído um arcabouço legal no sentido de romper com o modelo que preconizava a solução conciliatória entre os objetivos de preparar para o prosseguimento de estudos e a formação para o trabalho, configurando uma educação profissional complementar ao ensino médio,

ao mesmo tempo terminal e propedêutica. No entendimento daqueles que elaboraram a política, a proposta de educação profissional vigente não pretende prover o indivíduo de uma formação humanística, crítica e plena, mas de uma formação técnico-profissional associada a uma formação propedêutica funcionalista, apenas científica e tecnológica (BERGER FILHO, 1999).

A década de 1980 foi influenciada por reformas em todos os setores da sociedade, tanto político, econômico como social, vindo a culminar na promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. A nova Constituição apresentou alguns avanços para o cidadão brasileiro, assegurando garantias fundamentais, dentre elas, os descritos em seu artigo 196: “A saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2006, p. 10).

A partir desse novo contexto na saúde foi estabelecido, em 1990, o SUS, que teve sua forma definida pela Lei 8.080/90 (Lei Orgânica de Saúde), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e financiamento dos recursos correspondentes”. A Lei nº. 8.142/90 dispõe sobre “a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” (BRASIL, 1990, p. 419).

Diante desse contexto que se anuncia na área da saúde, torna-se necessário que este novo modelo de atenção, constituído por práticas com ênfase na promoção, prevenção, cura e reabilitação de doenças, de acordo com as necessidades de saúde individuais e coletivas da população, seja incorporado ao setor saúde, não para superar o modelo hegemônico da saúde, centrado no paradigma biomédico, na hospitalização, na sofisticação tecnológica e no saber clínico, mas sim para que, concomitantes a ele, possam ser produzidas novas práticas de saúde.

Dentre os movimentos de formação de recursos humanos na área da saúde, merece atenção o Programa de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os serviços básicos de saúde (Projeto Larga Escala), cuja finalidade era possibilitar uma formação profissional no serviço com reconhecimento legal (PEREIRA; RAMOS, 2006).

As competências requeridas pela educação profissional, definidas na resolução CNE/CEB nº. 4/99, são as básicas, constituídas no ensino fundamental e médio; as profissionais gerais são as comuns aos técnicos de cada área; e as profissionais específicas são de cada qualificação ou habilitação. Para fins de conclusão de qualificação, habilitação e de especialização, cabe à escola estabelecer perfis profissionais de conclusão que devem ser construídos a partir da aferição simultânea das demandas das pessoas, mercados de trabalho, sociedade e em conformidade com as competências indicadas por esta resolução ((SANT'ANNA; ENNES; 2008).

As áreas profissionais, com suas respectivas caracterizações e competências profissionais gerais do profissional da área, também foram descritas com base na resolução CNE/CEB nº. 4/99 e nº. 5/05, a qual incluiu 21 áreas profissionais na educação profissional, entre elas a área da saúde.

Os perfis de competências, instituídos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação profissional, são de natureza imperativa. As competências gerais comuns ao técnico definidas pela resolução CNE/CEB n. 4/99 deverão ser contempladas na organização curricular de todas as instituições que aspiram implementar cursos na área de saúde (RAMOS 2002).

No âmbito da saúde, segundo o Ministério da Educação e Cultura (MEC), nos Referenciais Curriculares Nacionais para Educação Profissional em Saúde:

O desafio posto pela realidade atual é de adequar à incorporação tecnológica a estrutura de necessidades da área da saúde, pois não existe no mundo, e muito menos num país como o Brasil, recursos financeiros suficientes para suportar a lógica dos diagnósticos e exames complementares, baseados na tecnologia dos equipamentos de custo altíssimo e de rápida obsolescência. Urge que o papel do hospital seja redefinido na organização da atenção, mediante a valorização da atenção ambulatorial e domiciliar, da articulação da demanda espontânea a uma oferta organizada de serviços e da utilização do saber epidemiológico e social na realização das práticas de saúde. (BRASIL, 2000, p. 13).

O currículo das escolas de saúde deve permitir a edificação de práticas sanitárias de orientação holística e com comprometimento social que incorporem conceitos da integralidade e humanização da assistência. Sua estrutura deve permitir que o aluno seja capaz de aprender e conseguir acompanhar em um mundo de trabalho com crescente incorporação de tecnologias e com uma demanda

variada de serviços de saúde oriunda das diferentes necessidades da população. (PINHEIRO; et al., 2003).

A educação dos trabalhadores brasileiros da área da saúde foi por muito tempo negado, ou de difícil acesso, seja de forma geral ou profissional, ingressando no mercado de trabalho no setor saúde como forma de sobrevivência. Os trabalhadores de nível médio da saúde atuaram por muito tempo (e, em muitos casos, ainda atuam) no processo laboral sem a devida qualificação para as funções que desempenham, não enxergando perspectivas de crescimento na área. Como resultado dessa situação, esses trabalhadores são marginalizados e recebem baixo reconhecimento profissional e também social (BRASIL, 2002).

A deficiência das escolas profissionais para atender às necessidades de preparação de pessoal para a área da saúde com a qualidade que se esperava e a falta de política e meios que possibilitassem a formação e a qualificação dos trabalhadores de nível médio motivaram o desenvolvimento de um projeto social com a finalidade de oferecer a oportunidade a estes trabalhadores de competição no mercado de trabalho e de reorganizar os serviços para assegurar o acesso e a assistência de qualidade à população (BRASIL, 2002).

Em resposta a essas necessidades, foi justificada a criação de espaços educativos para a área da saúde que permitissem sistematizar as experiências acumuladas ao longo dos anos e avançassem na estruturação de estratégias pedagógicas adequadas ao setor e às demandas das políticas de saúde. O setor saúde cresce em complexidade devido ao compromisso assumido pelas esferas governamentais, nestas últimas décadas, com vistas às crescentes demandas que se tornariam princípios da Constituição de 1988 e fundamentais para consolidar as Políticas de Saúde vigentes (BRASIL, 2002).

Após a sétima conferência de 1980, a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, em eventos e documentos, retrata a preocupação com a formação do trabalhador de nível médio e elementar da saúde. Em 1982, produz documentos que fazem críticas aos treinamentos produzidos pelas instituições empregadoras. A crítica se deu em relação à:

- inexistência ou inadequação da metodologia de integração ensino-serviço;
- ausência de mecanismo de legitimação que garantissem o fornecimento de certificados de profissionalização plena válidos;
- pouca ou a nenhuma preocupação com o desenvolvimento intelectual dos

treinandos, sobretudo no que tange aos aspectos de educação geral e às formas mais conscientes ou menos mecanizadas de atuação nos serviços. (BRASIL, 1982, p. 5).

Devido ao aumento dos serviços de saúde, que tem com consequência o crescimento de demanda pela qualidade da formação profissional dos trabalhadores envolvidos nas ações de saúde e os problemas já mencionados, o treinamento em serviço, realizado pelo próprio serviço, foi visto como opção. É com essa ideia que se opta pela transformação das atividades pedagógicas, apontadas como alternativas para as mudanças requeridas (BRASIL, 1982, p. 8).

Com esta concepção, a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério da Saúde traça diretrizes gerais, objetivando alcançar no trabalho em saúde adequação aos serviços e a promoção profissional e intelectual na formação de pessoal de nível médio e elementar. Para isso, devem ser previstos mecanismos de planejamento contínuo, a partir das necessidades detectadas, ajustando a capacitação aos requisitos de qualidade e de quantidade impostos pelas dinâmicas dos serviços: trabalho articulado e permanente com o setor educacional; integração entre o ensino e a prestação de serviços; máxima utilização, na qualidade de instrutores, do pessoal empregado na prestação de serviços e apoio técnico-administrativo; validação da capacitação profissionalizante usando a flexibilidade proporcionada pelo ensino supletivo; estímulo à complementação profissionalizante por meio do cumprimento das exigências de educação geral por via supletiva para que se alcance uma habilitação no nível pertinente (BRASIL, 1982, p. 8).

5.2 Rede de Escolas Técnicas de Saúde do SUS – RET/SUS

Até a década de 1980, as iniciativas em favor da profissionalização de nível médio da saúde eram fragmentadas e realizadas com uma concepção de treinamentos, configurando ações mecanicistas. E ainda, sendo úteis, precisavam resolver a questão da certificação exigida pelo mercado de trabalho. Essa questão de certificação se juntava à vontade de melhorar o processo ensino-aprendizagem, sem levar em consideração a necessidade de melhores condições de realização das ações de saúde.

A saúde sempre improvisou na área do nível médio, não tinha gente pronta,

tinha também toda improvisação e uma racionalidade econômica para fazer saúde com o recurso mais barato, porque ficava mais barato trabalhar com atendentes. Pessoa mais qualificada custaria mais caro (PEREIRA; RAMOS, 2006).

A mudança da lei foi determinante para acelerar a necessidade de qualificação, mas já havia crítica sobre a qualidade dos recursos humanos que se tinha na enfermagem, tanto do ponto de vista da competência técnica, como do saber-ser profissional.

A Portaria Ministerial nº. 1.298 de 28 de novembro de 2000 formalizou a composição de uma rede nacional de Escolas Técnicas de Saúde. O avanço dessas instituições relaciona-se com iniciativas de ampliar a interlocução interinstitucional, fortalecer esses espaços e ampliar a capacidade reguladora dessas ETSUS no campo de recursos humanos em saúde.

As primeiras escolas criadas dentro da concepção do Projeto Larga Escala foram as escolas do Piauí, de Alagoas, que hoje é o Centro Formador de Pessoal de Nível Médio; a de Rondônia e a do Rio Grande do Norte. Outras escolas foram criadas na década de 90, como o Centro Formador de RH (Cefor-RH) da Paraíba, em 1994; e o Centro Formador em Saúde Coletiva, no Espírito Santo, criado em 1976, que sofreu reformulação no seu regimento (GALVÃO, 2000).

Em relação à estrutura organizacional dos centros formadores e das escolas técnicas do SUS, observam-se grandes variações, embora todos os centros formadores possuam: direção, secretaria escolar, departamento administrativo e financeiro e uma coordenação pedagógica, tendo como finalidade e missão institucional promover a profissionalização dos trabalhadores inseridos nos serviços de saúde que não possuem qualificação profissional para exercer ações na área, procurando formá-los de acordo com os novos modelos assistenciais (PEREIRA; RAMOS, 2006).

As ETSUS são credenciadas pelos Conselhos Estaduais de Educação (CEE) para certificar os alunos/trabalhadores que freqüentam os cursos por elas promovidos. Algumas escolas também formam profissionais que ainda não estejam empregados no setor. A maioria das ETSUS estão vinculadas às Secretarias de Estado da Saúde.

Os docentes dos cursos ministrados pelas escolas são do quadro fixo de funcionários (mínimo) e/ou convidados/cedidos, que recebem uma complementação salarial e algumas escolas contratam os profissionais que tenham vínculo com o

SUS e estes recebem por hora-aula. O corpo docente é formado por profissionais da saúde, sendo a maior parte enfermeiros e demais categorias da saúde, com escolaridade de graduação, existindo, minoritariamente, profissionais com pós-graduação (PEREIRA; RAMOS, 2006).

O contingente de trabalhadores que passou pelo processo de formação é significativo. Segundo Sório e Lamarca (1998), na década de 1990, passaram pelo processo de profissionalização aproximadamente 23 mil trabalhadores. Em 1997, esse processo contou com uma adesão de 2.077 profissionais de serviços de saúde que, após passarem por capacitações técnicas e pedagógicas, assumiram temporariamente a função docente, tornando-se facilitadores do processo ensino-aprendizagem e participando da qualificação de trabalhadores da saúde como instrutores e supervisores das atividades teórico-práticas (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Entende-se como um dos grandes ganhos proporcionados pelas ETSUS o fortalecimento da qualidade pedagógica e a preocupação com a certificação dos trabalhadores já inseridos na área de saúde, rompendo com a ideia de que bastariam os serviços por si só, através de experiência entre os trabalhadores ou através de meros treinamentos (PEREIRA; RAMOS 2006).

Como parte da história recente das Escolas Técnicas e ainda em vigência, há o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), projeto significativo na história das ETSUS. O PROFAE é produto do Ministério da Saúde, através das Secretarias de Políticas de Saúde e de Gestão de Investimento em Saúde, “com apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Ministério do Trabalho, através do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).” (BRASIL, 2000, p. 41).

O referido projeto, inicialmente, foi organizado em dois componentes: Qualificação Profissional e Escolarização de Trabalhadores da Enfermagem e Fortalecimento Institucional das Instâncias Formadoras e Reguladoras de Recursos Humanos do SUS.

Atualmente, existem 37 ETSUS em todo o território nacional, configurando a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS). A RET-SUS é uma rede governamental criada pelo Ministério da Saúde para facilitar a articulação entre as ETSUS e fortalecer a educação profissional em saúde (PEREIRA; RAMOS 2006).

5.3 Escola Técnica de Saúde do Tocantins – ETSUS/TO

A Escola Técnica de Saúde do Tocantins (ETSUS/TO) integra uma Rede de Escolas do Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o país. A ETSUS/TO foi criada em agosto de 2002 pelo Decreto nº. 1.564 e está em atividade desde junho de 2004. Foi a primeira escola da região norte a iniciar suas atividades, com o curso Técnico de Higiene Dental (THD), além disso, oferece, atualmente, Curso de Técnico Agente Comunitário de Saúde (TACS), Técnico de Nutrição e Dietética (TND), Técnico de Enfermagem e Complementação de Estudos do Auxiliar para o Técnico de Enfermagem (TE), além do Programa de Formação dos Agentes de Vigilância em Saúde (PROFORMAR).

A ETSUS/TO está vinculada à Secretaria de Estado da Saúde (SES) e funciona como uma autarquia, em um modelo de gestão autônoma, no qual ela própria é responsável pelo ordenamento de suas despesas e pelo controle institucional interno, financeiro e administrativo (TOCANTINS, 2008).

Nesses cinco anos de existência, aproximadamente 4 mil alunos foram formados e qualificados, inclusive em cursos descentralizados, nas cidades de Gurupi e Araguaína, atendendo os 139 municípios do Estado. A escola oferece 85% de suas vagas aos trabalhadores do SUS e até 15% às pessoas da comunidade que desejam se profissionalizar na área da saúde. Tem como missão a qualificação e formação técnica e pós-técnica dos servidores do Sistema Único de Saúde e uma parcela da comunidade (TOCANTINS, 2002).

O Plano Político Pedagógico (PPP) está sustentado em três pilas mestras que deram congruência a esse trabalho e constitui o marco referencial, quais sejam: o marco situacional, o doutrinário e o operacional (TOCANTINS, 2002).

A ETSUS/TO tem como base filosófica uma concepção de ser humano que possui consciência de si mesmo, que se caracteriza como ser crítico, com autoestima elevada, justo e leal aos princípios da ética e da moral que delineiam a conduta humana e tem como compromisso materializar esses princípios na formação dos profissionais de saúde (TOCANTINS, 2002).

A ETSUS/TO tem como objetivos:

- Objetivo geral:
 - promover a formação de recursos humanos, em nível básico e técnico, desenvolvendo competências que atendam às demandas de saúde e

mercado de trabalho, possibilitando a melhoria da comunidade tocanrinense.

- **Objetivos Específicos:**
 - elaborar proposta de capacitação docente para a escola e desenvolver o processo seletivo;
 - determinar o perfil do corpo docente da escola;
 - coordenar, articular e compatibilizar as atividades de planejamento, execução e avaliação dos programas de formação de pessoal de nível técnico;
 - planejar, junto com os facilitadores, coordenadores e as unidades de saúde, as atividades inerentes aos cursos em desenvolvimento;
 - acompanhar a execução curricular, tendo em vista os programas de ensino e carga horária, padrões mínimos exigidos, local de desenvolvimento das atividades pedagógicas e sistemáticas de avaliação;
 - pesquisar e desenvolver estratégias, métodos e técnicas adequadas à capacitação de pessoal na área de saúde;
 - acompanhar e assessorar as atividades dos facilitadores, coordenadores, em questão de currículo, método, técnica e integração entre os conteúdos específicos;
 - atuar integrada com outras instituições públicas de saúde, colaborando e participando de estudos e desenvolvendo projetos com o interesse de melhorar a qualidade dos serviços de saúde mediante qualificação;
 - executar outras atividades relacionadas com sua área de competência.

5.4 O Agente Comunitário de Saúde e o Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde

5.4.1 O Agente Comunitário de Saúde

O Programa de Saúde da Família (PSF) vem se efetivando como estratégia de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), entre as suas ações está a de auxiliar na mudança dos serviços de saúde.

A saúde da família, como uma estratégia de reordenação da atenção à saúde, tem garantido a ampliação do acesso e da extensão da cobertura para uma parcela significativa da população. Essa estratégia tinha, até o ano de 2004, 191 mil agentes comunitários de saúde, atuando em aproximadamente 5.193 municípios brasileiros, atendendo a 97 milhões de pessoas (BRASIL, 2004).

O perfil profissional do agente comunitário de saúde, delineado pelo Ministério da Saúde, explicita com clareza que a sua atuação envolve duas dimensões: a técnica e a social. A técnica está relacionada ao trabalho junto aos indivíduos e às famílias no desenvolvimento das ações de prevenção e monitoramento de grupos ou problemas específicos. A social diz respeito ao seu papel de articulador e mobilizador social na comunidade.

O Ministério da Saúde define o agente comunitário de saúde como:

[...] um elo cultural do SUS com a população, fortalecendo o trabalho educativo e seu contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção da Saúde. Sua inserção na comunidade permite que traduza para as USFs (unidades de saúde das famílias) a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites, bem como identifique parceiros e recursos existentes que possam ser potencializados pelas equipes [...]. (BRASIL, 2005, p. 24).

O agente comunitário de Saúde desempenha um papel mediador de forma unanime em toda a bibliografia existente sobre o ACS. Este papel se fundamenta na posição singular que este profissional de saúde ocupa na equipe de saúde por ser ao mesmo tempo morador da comunidade-alvo e usuário do serviço e por outro lado membro da equipe de saúde. Esta situação é abordada por diferentes autores que destacam as contradições e ambigüidades presentes no processo de trabalho do ACS na medida em que desenvolve conhecimentos e assume posições relacionadas aos dois pólos mediados.

As atribuições do agente comunitário desenvolvidas nos serviços de saúde requerem conhecimentos, habilidades e atitudes capazes de possibilitar que o mesmo desenvolva as suas funções de mediador da construção de conhecimentos relacionados à saúde, às práticas de autocuidado, à participação popular e ao controle social (PEREIRA; RAMOS, 2006).

A profissão de ACS foi criada pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Seu

exercício se dá exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob a supervisão do gestor local em saúde (BRASIL, 2003).

O agente comunitário de saúde é integrante das equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do PSF, onde realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas em saúde nos domicílios e coletividade, em conformidade com as diretrizes do SUS, e estende o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania.

5.4.2 Competências profissionais do agente comunitário de saúde

A Portaria do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (GM/MS) nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, estabelece as atribuições do ACS, e o Decreto Federal nº 3.189, de 4 de outubro de 1999, fixa diretrizes para o exercício de suas atividades, possibilitando uma proposição qualitativa de suas ações e evidenciando um perfil profissional que concentra atividades na promoção da saúde, seja pela prevenção de doenças, pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania ou mesmo pela orientação de indivíduos, grupos e populações com características de educação popular em saúde e acompanhamento de famílias (BRASIL, 2003).

A partir desta análise e considerando-se as singularidades e especificidades do trabalho do ACS, foram construídas as competências que compõem o perfil profissional deste trabalhador. O enunciado das competências explicita as capacidades às quais se recorre para a realização de determinadas atividades num determinado contexto técnico-profissional e sociocultural. Assim, cada competência proposta para o ACS expressa uma dimensão da realidade de trabalho deste profissional e representa um eixo estruturante de sua prática, ou seja, uma formulação abrangente e generalizável, de acordo com a perspectiva de construção da organização do processo de formação e de trabalho. Além disto, partiu-se do pressuposto de que a competência profissional incorpora três dimensões do saber: o saber-conhecer, o saber-ser e o saber-fazer. Estas dimensões da competência profissional estão expressas nas habilidades (saber-fazer), nos conhecimentos (saber-conhecer) e nas atitudes (saber-ser) (BRASIL, 2003).

A dimensão saber-ser (produção de si) é considerada transversal a todas as competências e se expressa por capacidade de crítica, reflexão e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas.

O saber-ser incorpora:

- a) interagir com os indivíduos e seu grupo social, com coletividades e a população;
- b) respeitar valores, culturas e individualidades ao pensar e propor as práticas de saúde;
- c) buscar alternativas frente a situações adversas, com postura ativa;
- d) recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados;
- e) levar em conta pertinência, oportunidade e precisão das ações e procedimentos que realiza, medindo-se pelos indivíduos, grupos e populações a que refere sua prática profissional;
- f) colocar-se em equipe de trabalho em prol da organização e eficácia das práticas de saúde;
- g) pensar criticamente seus compromissos e responsabilidades como cidadão e trabalhador.

A dimensão saber-fazer (domínio prático) e a dimensão saber-conhecer (domínio cognitivo) referentes a cada competência dimensionam a atuação desta categoria profissional. Entretanto, tais habilidades e conhecimentos não estão apresentados de forma hierarquizada, cabendo às instituições formadoras, no processo de construção dos programas de qualificação, identificar e organizar esta complexidade, considerando, inclusive, suas transversalidades (BRASIL, 2003).

No entanto, a maioria dos processos de capacitação destinados a este trabalhador não tem sido realizada de forma sistemática, desconsiderando, muitas vezes, a dimensão social do seu papel no processo de trabalho em saúde.

Com o objetivo de mudar essa situação, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, iniciou, no ano de 2004, a qualificação de 182.750 mil agentes comunitários de saúde no país, todos oriundos do PACS e do PSF, com admissão anterior ou posterior à Lei Federal nº 10.507/02, que cria a profissão agente comunitário de saúde, sendo regulamentada pela Lei nº. 11.350/2006 e seu exercício se dará exclusivamente no âmbito do SUS e sob a supervisão do gestor de saúde.

O Programa Agente Comunitário de Saúde teve a sua implantação no Estado do Tocantins a partir de 1994, com 3.465 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), perfazendo um total de cobertura populacional de 100% (SIAB/2006), sendo 2.243 da área urbana e 1.222 da zona rural. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de 77,2% (SIAB/2006) (TOCANTINS, 2006).

Muitos ACS vêm seguindo em sua intervenção sem o conhecimento técnico apurado exigido para atuação eficaz, necessitando, agilmente, de orientações técnico-formativas capazes de qualificá-los. E por assumirem inúmeras responsabilidades e atuação no âmbito das políticas de assistência social, educação, habitação, fez-se necessário o devido preparo e a habilitação formativa adequada (TOCANTINS, 2006).

5.4.3 O Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde

O técnico agente comunitário de saúde é um profissional que compõe a equipe multiprofissional nos serviços de atenção básica à saúde. Suas atividades transcendem o campo da saúde na medida em que requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. Estas características constituem atributos de generalidade deste profissional e o situa como categoria muito particular, não comparável ou agrupável com outras que existem historicamente no campo da saúde (BRASIL, 2004: p 18).

Estes profissionais, ao término do curso, deverão ter potencializadas 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. Além disto, o curso deverá reforçar o importante papel social do técnico agente comunitário de saúde de atuar como mediador entre distintas esferas da organização da vida social (BRASIL, 2004, p 18).

Neste sentido, o perfil de conclusão a ser alcançado no Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde envolve a articulação de cinco competências, onde cada uma expressa uma dimensão da realidade de trabalho deste profissional, por meio de uma formulação abrangente e generalizável, de acordo com a perspectiva

de construção da organização do processo de formação e de trabalho. Além disto, cada competência profissional incorpora três dimensões do saber: saber-ser, saber-conhecer e saber-fazer (BRASIL, 2004, p 18).

As cinco competências que definem o perfil de conclusão do Técnico Agente Comunitário de Saúde estão distribuídas em três âmbitos de atuação deste profissional, tendo a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo, buscando garantir a integralidade de suas ações, segundo os contextos onde se desenvolvem as práticas. Assim, tem-se:

No âmbito da mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações.

Competências:

- ♦ Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades.
- ♦ Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde.
- ♦ Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde.

No âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigida a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes.

Competências:

- ♦ Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.
- ♦ Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública.

No âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário.

Competência:

♦ Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde (BRASIL, 2004, p 19).

De acordo com o Ministério da Saúde, o curso Técnico Agente Comunitário de Saúde tem como propósito “preparar os profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades” (BRASIL, 2004, p. 16).

O Curso técnico de Agente Comunitário de Saúde está estruturado com uma carga horária de 1.200 horas, conforme Resolução CNE/CEB nº 04/99.

Estrutura curricular

O desenho para o curso de Técnico de Agente Comunitário de Saúde, considerando o universo de especificidades que envolvem seu processo de trabalho e de formação, é o de itinerário de formação. A idéia de itinerário aqui apresentada refere-se a percursos formativos, organizados de forma interdependente e que possibilitem uma progressão concomitante à escolarização do trabalhador. A formação assim desenhada busca contemplar a diversidade dos aspectos relacionados à prática profissional, considerando as especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, às formas de inserção e organização do trabalho, ao atendimento das demandas individuais e coletivas e, ainda, às diferenças regionais, sociais, políticas e econômicas (BRASIL, 2004, p. 20).

A formação deverá valorizar a singularidade profissional deste trabalhador, tendo as características do seu perfil social, a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo (BRASIL, 2004, p. 19).

O percurso proposto para a formação do técnico agente comunitário de saúde pressupõe a incorporação, em cada um dos momentos formativos, dos eixos estruturantes citados anteriormente, refletindo, desta forma, a transversalidade entre

as competências (atitudes/valores, habilidades e conhecimentos). Além disto, cada etapa está referenciada numa dimensão concreta do trabalho desenvolvido por este profissional, de forma a garantir a integralidade de suas ações, segundo os espaços e contextos onde se desenvolvem as práticas (BRASIL, 2004: p. 19).

A estrutura curricular proposta para o curso inclui três etapas, distribuídos da seguinte forma:

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

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

Etapa III – desenvolvimento de competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário – carga horária 200 horas (BRASIL, 2004, p 20).

A prática profissional deve ser incluída na carga horária de cada etapa. O estágio supervisionado, quando necessário, será acrescido à carga horária do curso e seu plano deverá ser explicitado.

Composição e análise das competências que compõem cada etapa do itinerário formativo do técnico agente comunitário de saúde

Saber-ser: atitudes/valores

O saber-ser (produção de si) é considerado transversal a todas as competências e se expressa pela capacidade de crítica, ética, reflexão e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas. O saber ser incorpora:

- ♦ interagir com os indivíduos e seu grupo social; com coletividades e a população;
- ♦ respeitar valores, culturais e individualidades ao pensar e propor as práticas de saúde;
- ♦ buscar alternativas frente a situações adversas, com postura ativa;
- ♦ recorrer à equipe de trabalho para a solução ou encaminhamento de problemas identificados;
- ♦ levar em conta a pertinência, oportunidade e precisão das ações e procedimentos que realiza, medindo-se pelos indivíduos, grupos e populações a que se refere sua prática profissional;

- ♦ colocar-se em equipe de trabalho em prol da organização e eficácia das práticas de saúde;
- ♦ pensar criticamente seus compromissos e responsabilidades como cidadão e trabalhador (BRASIL, 2004, p 23-27).

Habilidades e Conhecimentos

Etapa I - Contextualização, aproximação e dimensionamento do problema – o perfil social do técnico agente comunitário de saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS.

Competências:

- ♦ Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades.
- ♦ Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde.
- ♦ Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde (BRASIL, 2004, p 24).

Habilidades (saber fazer)	Conhecimentos (saber)
Trabalhar em equipe de saúde. Promover a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adstrita à unidade básica de saúde. Identificar a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações. Orientar indivíduos e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica de saúde. Realizar ações de coleta de dados e registro das informações pertinentes ao trabalho desenvolvido. Estimular a população para	Processo saúde-doença e seus determinantes/condicionantes. Processo de trabalho em saúde e suas características. Cargas presentes no trabalho do Técnico Agente Comunitário de Saúde: conceitos, tipos, efeitos sobre a saúde do trabalhador e medidas de prevenção. Ética no trabalho em saúde. Políticas públicas, políticas sociais governamentais, em especial a política nacional de saúde – organização, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Sistema Municipal de Saúde: estrutura, funcionamento e responsabilidades. A estratégia de saúde da família na atenção básica à saúde. Comunicação: conceitos, importância e práticas. Lideranças: conceito, tipos e processos de constituição de líderes populares. Participação e mobilização social: conceitos, fatores que facilitam e/ou dificultam a ação coletiva de base popular.

participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações locais de saúde. Realizar mapeamento institucional, social e demográfico em sua microárea. Analisar os riscos sociais e ambientais à saúde da população de sua microárea. Realizar o cadastramento das famílias na sua microárea. Consolidar e analisar os dados obtidos pelo cadastramento. Realizar ações que possibilitem o conhecimento, pela comunidade, das informações obtidas nos levantamentos sócio-epidemiológicos realizados pela equipe de saúde. Priorizar os problemas de saúde da população de sua microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população. Participar da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde.	Conceitos operados na sociedade civil contemporânea: organizações governamentais e não-governamentais, movimentos sociais de luta e defesa da cidadania, das minorias e pelo direito às diversidades humanas. Família: ampliação do conceito, especificidades e diferenças. Estratégias de abordagem a grupos sociais, especialmente a família. Direitos humanos. História da formação do povo brasileiro e a contribuição das etnias na construção das ciências, da política, da economia e da cultura no Brasil. Cultura popular e práticas populares no cuidado à saúde. Lei Federal nº 10.507/2002; Portaria MS 1.886/97; Decreto Federal 3.189/99; Manual da Atenção Básica/MS; Normas do SUS. Mapeamento sociopolítico e ambiental: finalidades e técnicas. Interpretação demográfica. Conceitos de territorialização, microárea e área de abrangência; cadastramento familiar e territorial. Técnicas de levantamento das condições de vida e de saúde/doença da população. Indicadores sócio-econômicos, culturais e epidemiológicos: conceitos, aplicação. Assistência e internação domiciliar: conceito, finalidades, implementação e avaliação dos resultados. Estratégias de avaliação em saúde: conceitos, tipos, instrumentos e técnicas. Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade em saúde. Conceito e critérios de qualidade da atenção à saúde: integralidade, acessibilidade, humanização do cuidado, satisfação do usuário e do trabalhador, equidade, outros. Sistema de informação em saúde: introdução ao SIAB; ficha A
---	--

Quadro 1 – Habilidades e conhecimentos (Etapa I).

Etapa II - Promoção da saúde e prevenção de doenças dirigida a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes.

Competências:

- ♦ Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas sociais e das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.
- ♦ Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública (BRASIL, 2004, p 28-33).

Habilidades (saber fazer)	Conhecimentos (saber fazer)
Identificar a relação entre problemas de saúde e condições de vida. Identificar situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde. Propor e participar da implementação de ações intersectoriais e das políticas sociais governamentais. Estabelecer articulação com equipamentos sociais (creches, asilos, escolas e outros). Apoiar ações sociais de alfabetização de crianças, adolescentes, jovens e adultos. Participar de reuniões do conselho local de saúde e de outros conselhos locais. Mobilizar a população para participar de reuniões do e destino do lixo, cuidados com a água e dejetos; outras. Orientar indivíduos e famílias quanto a medidas de prevenção de acidentes domésticos. Orientar a família e/ou pessoa com deficiência e portador de sofrimento mental quanto às medidas facilitadora para a sua máxima inclusão social. Identificar indivíduos ou grupos que demandam cuidados especiais de saúde. Sensibilizar familiares e seu grupo social para a convivência com os indivíduos que necessitam de cuidados especiais. Orientar as famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde. Comunicar à unidade básica de saúde da respectiva microárea os casos existentes de indivíduos ou grupos que necessitam de cuidados especiais. Encaminhar para a unidade	Processo saúde-doença e seus determinantes/condicionantes. Condições de risco social: violência, desemprego, infância desprotegida, processos migratórios, analfabetismo, nutrição, ausência ou insuficiência de infra-estrutura básica, outros. Indicadores de saúde. Promoção da saúde: conceito e estratégias. Principais problemas de saúde da população e recursos existentes para o enfrentamento destes problemas. Riscos e agravos à saúde associados ao trabalho. Intersetorialidade: conceito e dinâmica político-administrativa do município. Informação, educação e comunicação: conceitos, diferenças e interdependências. Formas de aprender e ensinar em educação popular. Cultura popular e sua relação com os processos educativos. Medidas de prevenção de acidentes domésticos. Pessoas com deficiência e portador de sofrimento mental: abordagem, medidas facilitadoras da inclusão social e direitos legais. Estatutos da Criança e Adolescente e do Idoso. Conhecimentos da anatomia e do funcionamento do corpo humano. Diferentes fases do ciclo vital: características, situações de vulnerabilidade e cuidados especiais. Doenças mais comuns por sexo, grupo etário, étnico, inserção social e distribuição geográfica, com ênfase nas características locais/regionais. Saúde sexual e reprodutiva: sexualidade e reprodução humana. Direitos sexuais e reprodutivos: métodos de planejamento familiar e paternidade responsável; vantagens, desvantagens, indicações e contra-indicações dos métodos contraceptivos, formas de acompanhamento, aspectos culturais relacionados e promoção da autonomia. Direitos constitucionais relativos à licença maternidade, paternidade, planejamento familiar e aborto. Saúde da mulher nos ciclos gravídico-puerperal e no climatério. Cartão da gestante: finalidade, leitura dos vários tipos e interpretação dos dados. Aleitamento materno: importância, anatomia e fisiologia da mama e mamas, e técnicas de amamentação; cuidados gerais com a mama. Desmame: período e a introdução gradual de alimentos. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cartão da criança: finalidade, leitura dos vários campos, interpretação dos dados.

básica de saúde as demandas de atendimento identificadas na população da microárea, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde. Registrar os acompanhamentos domiciliares, conforme estabelecido pela unidade básica de saúde. Estimular indivíduos, famílias e grupos a participarem de programas sociais locais que envolvam orientação e prevenção da violência intra e interfamiliar, entre outros. Orientar famílias e grupos quanto à saúde sexual e reprodutiva. Apoiar o acompanhamento da gravidez e puerpério, conforme orientações da equipe de saúde. Orientar as gestantes e seus familiares nos cuidados relativos à gestação, parto e puerpério. Orientar gestantes, puérperas e grupo familiar quanto ao aleitamento materno e cuidados com o recém nascido. Acompanhar o crescimento e o desenvolvimento infantil e a situação vacinal das crianças, conforme planejamento da equipe de saúde. Orientar indivíduos e famílias sobre as medidas de prevenção e controle das doenças transmissíveis e não transmissíveis.	Esquema vacinal. Doenças prevalentes da infância: identificação dos sinais de risco, medidas de prevenção, encaminhamento e acompanhamento. Características da criança na fase escolar: nutrição, detecção de fatores indicativos de baixa acuidade visual e auditiva, problemas posturais, cuidados preventivos às doenças bucais e dermatoses, prevenção de acidentes, outras. Características físicas, psicológicas e sociais do adolescente: crescimento e desenvolvimento; cuidados preventivos em relação à gravidez precoce, às DST e Aids, ao uso de drogas e à violência; redes de apoio familiar e social. A cavidade bucal: funcionamento, principais doenças e mecanismos de prevenção e controle das doenças bucais. Proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o modelo assistencial em saúde mental, de acordo com a Lei 10.216/2001. Características e necessidades físicas, psicológicas e sociais do idoso; cuidados preventivos em relação a acidentes e doenças prevalentes; uso de medicamentos; situações e sinais de risco; redes de apoio familiar e social. Doenças transmissíveis e não transmissíveis: conceitos, sinais, sintomas e fatores de risco. Cadeia de transmissão de doenças: agentes infecciosos, hospedeiros e mecanismos de transmissão. O processo de resistência e imunidade do hospedeiro e suas diversas respostas à agressão do agente infeccioso. Medidas de prevenção individual e coletiva das principais doenças transmissíveis e não transmissíveis. Doenças de notificação compulsória. Medidas de monitoramento das enfermidades segundo protocolos de saúde pública. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB): conceito, finalidades, fluxo, preenchimento dos formulários e análises dos dados.
---	---

Quadro 2 – Habilidades e conhecimentos (Etapa II).

Etapa III - Promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário.

Competência:

- ♦ Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde (BRASIL, 2004, p 34).

Habilidades (saber fazer)	Conhecimentos (saber)
Identificar as condições ambientais e sanitárias que constituem risco para a saúde de indivíduos e populações. Informar à equipe de saúde e à população sobre a ocorrência de situações de risco, na microárea de atuação. Identificar, na microárea, as doenças relacionadas aos problemas sanitários e ambientais locais. Orientar indivíduos e grupos quanto a medidas de redução ou prevenção de riscos ambientais e sanitários em saúde. Orientar moradores e famílias quanto aos cuidados relacionados ao ambiente domiciliar e peridomiciliar. Realizar o acompanhamento da microárea, utilizando indicadores definidos pela equipe de saúde.	Processo saúde-doença e seus determinantes/condicionantes. Promoção da saúde: conceito e estratégias. Constituição Federal/1988. Capítulo II. Da Política Urbana. Artigo 182. Estatuto da Cidade: Lei Federal nº 10.257/2001. Plano Diretor Municipal – planejamento da ocupação e uso do solo. Conceito de ambiente saudável, enfoque de risco e poluente. Condições de risco ambiental: poluição sonora, do ar, da água e do solo, queimadas, desmatamentos, calamidades, outros. Vigilância em saúde: conceitos e aplicações. Saneamento ambiental. Medidas de prevenção de riscos ambientais e sanitários. Doenças prevalentes na microárea relacionadas aos problemas sanitários e ambientais: mecanismo de transmissão e medidas de prevenção e controle.

Quadro 3 – Habilidades e conhecimentos (Etapa III).

A partir desta análise e considerando as singularidades e as especificidades do trabalho do ACS, foram construídas as competências específicas que compõem o perfil profissional desse trabalhador (TOCANTINS, 2006).

No Tocantins, o processo de formação dos agentes comunitários de saúde foi iniciado em julho de 2005, sob a responsabilidade da Escola Técnica de Saúde do Tocantins, que, financiada pelo Ministério da Saúde, em parcerias com os municípios, executou o módulo I do itinerário formativo com carga horária de 400 horas. E, em 2006, o governo do estado do Tocantins financiou o módulo II, com carga horária de 500 horas. No período de julho a setembro de 2008, financiado pela Portaria 1.996/97 (Educação Permanente), foi concluído o módulo III, com carga horária de 300 horas, referente à vigilância em saúde e concluída a formação com carga horária de 1.200 horas.

O curso foi distribuído em três módulos, que são:

- Módulo I: desenvolvimento de competências que promovam o perfil social do Técnico Agente Comunitário de Saúde, e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS, com carga horária de 400 horas;
- Módulo II: desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da

saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes, com carga horária de 500 horas;

- Módulo III: desenvolvimento de competências no âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário, com carga horária de 300 horas.

O processo de formação técnica do agente comunitário de saúde seguiu o direcionamento dado pelo Ministério da Saúde, fundamentando-se, ainda, na legislação básica da educação profissional, sob as orientações do Conselho Estadual de Educação do Tocantins, cujo norteamento da organização curricular prevê competências e bases tecnológicas suprimindo-se o item habilidades (TOCANTINS, 2006).

Estrutura curricular

Tabela 1 - MÓDULO I: Gestão em Saúde e Processo de Trabalho do ACS

MÓDULO I				
Bloco Temático	Área de conhecimento	Carga Horária (h)		
		Teoria	Prática	Total
Gestão em Saúde e Fundamentos da Saúde		40 h		40 h
Processo de Trabalho	Introdução à Saúde Coletiva	100 h		100 h
do ACS	Ética e Educação em Saúde	80 h		80 h
	Processo de Trabalho do ACS	120 h	60 h	180 h
Carga Horária Total do MÓDULO I		340 h	60 h	400 h

Tabela 2 - MÓDULO II - Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos

MÓDULO II				
Bloco Temático	Área de conhecimento	Carga Horária (h)		
		Teoria	Prática	Total
Promoção da Saúde e Atenção à Saúde		80 h	20 h	100 h
Prevenção de Doenças	Saúde da Criança	80 h	20 h	100 h
e Agravos	Saúde do Adolescente	60 h	20 h	80 h
	Saúde da Mulher	80 h	20 h	100 h
	Saúde do Homem	40 h	20 h	60 h
	Saúde do Idoso	40 h	20 h	60 h
Carga Horária Total do MÓDULO II		380 h	120 h	500 h

Tabela 3 - MÓDULO III – Promoção, Prevenção e Monitoramento das Situações de Risco Ambiental.

MÓDULO III				
Bloco Temático	Área de conhecimento	Carga Horária (h)		
		Teoria	Prática	Total
Vigilância em Saúde	Introdução à Vigilância em Saúde	50 h	25 h	75 h
	Território e Informação em Saúde	50 h	25 h	75 h
	Gestão da Vigilância em Saúde	50 h	25 h	75 h
	Agravos de Relevância Epidemiológica	50 h	25 h	75 h
Carga Horária Total do MÓDULO III		200 h	100 h	300 h
TOTAL GERAL CARGA HORÁRIA DO CURSO				1.200 h

O processo formativo foi descentralizado em 18 pólos, atendendo os 139 municípios do estado. Para a viabilização e desenvolvimento do processo formativo descentralizado, contou com a contratação de 18 coordenadores locais para o acompanhamento pedagógico-administrativo sistemático dos 18 municípios polos cabendo-lhes, entre outras atribuições, garantir a aplicação da proposta pedagógica envidando esforços para promover a estruturação local do curso, e que os educandos desenvolvam as competências propostas (TOCANTINS, 2006).

Assim, o curso Técnico Agente Comunitário de Saúde visou formar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais dos serviços de atenção básica de saúde, instrumentalizando-os para o exercício profissional de forma interdisciplinar e fortalecendo a dimensão da integralidade das ações na lógica da prevenção e promoção na perspectiva da política de saúde (TOCANTINS, 2006).

Com a finalidade de se verificar se os objetivos deste curso foram alcançados, propõe-se realizar um estudo que levante dados que constatem possíveis melhoras ou não na qualidade do processo de trabalho desenvolvido pelos egressos (ACS) da ETSUS/TO, conforme objetivos propostos pelo curso de Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde (TACS).

5.5 Avaliação de egresso

O processo acelerado de globalização das últimas décadas vem alterando de forma significativa diversas estruturas da sociedade e, à medida que essas estruturas são modificadas, novas exigências sobre as pessoas e sobre as

organizações são criadas (TOPPING, 2002).

Em particular, tem-se a necessidade de se preparar para formar bons profissionais e ao mesmo tempo sintonizar esta formação profissional com as necessidades do mundo do trabalho (ROCHA; et al., 2005).

Segundo Drucker (2001, p. 78-86), “cada vez mais o sucesso, na verdade a sobrevivência de cada negócio, vai depender da performance da sua força de trabalho”. Além disso, a inter-relação cada vez maior dessas necessidades faz com que a visão integrada dos problemas passe a ser de fundamental importância para esses profissionais. Deste modo, as instituições de ensino inseridas nesse novo contexto de aprendizado organizacional, além de desempenharem seu papel de ensino e pesquisa, já vêm desempenhando a participação no desenvolvimento econômico regional.

Esta participação pode ser por intermédio das atividades de extensão como: projetos tecnológicos; assessorias e consultorias, que vêm sendo organizadas de forma a viabilizar a utilização do conhecimento explícito e tácito de docentes e discentes, além de contribuição já realizada através da educação, a qual tem como meta a formação de cidadãos e profissionais; e, no campo da pesquisa, o avanço da ciência e da tecnologia (CARVALHO; NEVES, 2000, p. 54 - 70).

Pode-se conseguir uma cooperação da escola com a sociedade através dos egressos inseridos no mundo do trabalho, uma vez que eles podem retroalimentar o projeto escolar institucional com suas contribuições de caráter eminentemente prático (ROCHA; FILGUEIRA; COSTA; GALVÃO; VIANA, 2005).

Há vários trabalhos já realizados com o objetivo específico de avaliar os egressos no mercado de trabalho. Esses trabalhos reforçam sempre mais a importância de se ter uma base de conhecimento com as experiências, resultados positivos e restrições alcançadas pelos egressos, bem como a necessidade de avaliar continuamente os meios utilizados na formação desses egressos (WAISBERG; SAKAI, 2004).

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de pesquisa

Este estudo foi uma pesquisa transversal, do tipo exploratório e de campo.

6.2 População

A população estudada foi constituída pelos agentes comunitários de saúde (ACS) egressos do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde (TACS) da Escola Técnica de Saúde do Tocantins (ETSUS/TO), localizada na região norte da Cidade de Palmas no Tocantins.

Atualmente, há 2.242 ACS que concluíram a formação em todo o Estado. No Município de Palmas, este número é de aproximadamente 500 e na região norte é de 63.

Esses egressos estão distribuídos no Município de Palmas por regiões: sul, centro e norte da capital. O estudo foi realizado na região norte da capital, tendo em vista o fácil acesso para a pesquisadora, por esta conhecer toda região, incluindo as unidades de saúde e os participantes.

Vale ressaltar que, inicialmente, a amostra da pesquisa seria de 114 ACS que estavam atuando na região norte da capital. Durante a etapa da coleta de dados foi constatado que dos 114 ACS da região que se formaram como técnicos agentes comunitários de saúde pela escola, apenas 63 estavam atuando nessa região.

Palmas é a capital e a maior cidade do Estado do Tocantins, na Região Norte do Brasil. De acordo com as estimativas de 2008, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população é de 174.010 habitantes. É a mais nova das cidades planejadas no Brasil para ser capital de um estado. Foi fundada em 20 de maio de 1989, porém, foi apenas no dia 1º de janeiro de 1990 (um ano e dois meses, após a criação do Tocantins, que ocorreu em 5 de outubro de 1988, com a entrada em vigor da atual Constituição do Brasil), que Palmas se tornou capital do Estado do Tocantins.

Seu nome foi escolhido em homenagem à Comarca de São João da Palma,

sede do primeiro movimento separatista da região, instalada em 1809 na Barra do Rio Palma com o Rio Paranã. Outro fator que influenciou o nome foi a grande quantidade de palmeiras na região.

Nos últimos anos, com o desenvolvimento econômico pelo qual tem passado, o Município de Palmas tem contribuído para a atração de um grande contingente populacional, proveniente de diversas partes do país. Esta corrente migratória se deve à expectativa gerada com o surgimento de oportunidades de negócios e empregos em função da implantação do Estado e da capital.

A economia é predominantemente formal, formada principalmente por sociedades limitadas e firmas individuais. As empresas mais comuns no município são as micros, sendo que elas compõem mais de 80% das 4.394 empresas palmenses.

6.3 Coleta de dados

O procedimento metodológico que se adotou para coleta de dados desta investigação foi por meio do preenchimento de um questionário adaptado e modificado por Luiz (1999) (Anexo 1), o qual foi respondido por uma amostra de egressos da Escola Técnica de Saúde do Tocantins – ETSUS/TO.

A aplicação do questionário, na fase pré-teste, aconteceu nas Unidades de Saúde da Família, conforme agendamento prévio por unidade.

Para sensibilização e esclarecimentos sobre a pesquisa, a pesquisadora visitou todas as dez unidades de saúde da região norte da capital, onde foi realizado o estudo, no início do período matutino e/ou no final do período vespertino, horário em que todos os egressos estão reunidos para iniciar ou concluir as suas atividades. A aplicação do questionário foi na própria Unidade de Saúde da Família, previamente agendado com os 63 agentes comunitários de saúde desta região.

O instrumento foi composto por dois blocos, com 24 questões: o primeiro tinha como objetivo conhecer os dados pessoais dos egressos e o segundo bloco de questões teve como meta traçar a carreira ocupacional dos egressos, os quais revelaram dados como: a ocupação dos egressos antes, durante e depois do curso técnico; as promoções; e o tempo de serviço. Algumas questões do segundo bloco mostraram a percepção que os egressos têm em relação: à formação técnica de

uma forma geral (metodologia, integração ensino-serviço, conteúdos), professores e aos conhecimentos e às habilidades desenvolvidos por meio da formação.

Quanto ao questionário, foram utilizadas três (3) questões abertas, por entender que depoimentos podem gerar informações mais completas e possibilitar detalhar a perspectiva do entrevistado. Saupe e Broca (2004) reforçam que entrevista pode ser complementada com respostas às questões abertas.

6.4 Aspectos éticos

Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade Vale do Itajaí (UNIVALI) e pela Comissão de Ética da Secretaria Municipal de Palmas/TO. Foi encaminhado um ofício ao Secretário Municipal de Saúde de Palmas e aos gerentes de Unidades de Saúde, esclarecendo os objetivos e procedimentos deste estudo, visto que a Presidente da Escola Técnica de Saúde do Tocantins, unidade responsável pela formação dos agentes comunitários de saúde, assinou a folha de rosto para pesquisa, envolvendo seres humanos.

Foi realizado um estudo piloto com trinta (30) ACS para testar o instrumento. Após a adequação do questionário e aprovação dos Comitês de Ética, procedeu-se à preparação para realização da coleta de dados, que foi oficializado e encaminhado a todas as Unidades de Saúde da Família da região norte da capital. A pesquisadora dirigiu-se a todas as unidades de saúde e:

- sensibilizou os gerentes das unidades de saúde da importância da pesquisa, os quais foram solícitos em mobilizar os agentes comunitários de saúde para a aplicação do questionário;
- agendou previamente o encontro em todas as unidades de saúde;
- reuniu-se com os ACS, conforme agendamento, apontando o objetivo e a importância do estudo.

A aplicação do instrumento – questionário – de coletas de dados na própria Unidade de Saúde facilitou a compreensão do material quando da aplicação, pois as dúvidas que surgiram na ocasião foram sendo sanadas no local e no momento em que surgiam. Além disso, facilitaria os esclarecimentos sobre a importância e a responsabilidade de cada um em responder ao questionário de maneira clara, precisa e com seriedade.

Os resultados da pesquisa foram entregues para cada profissional de saúde e uma cópia dos dados completos para a ETSUS/TO e Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO, a fim de obterem maiores conhecimentos sobre a formação técnica em saúde dos agentes comunitários de saúde a partir da visão desses profissionais.

6.5 Análises dos dados

Com os questionários preenchidos, procederam-se várias leituras para se chegar a um esquema de codificação. Para as questões fechadas, principalmente as que estavam relacionadas ao perfil dos egressos, os dados foram apresentados em tabelas com números absolutos e/ou percentuais.

Para estabelecer as categorias, no caso das questões abertas, as respostas similares foram agrupadas, ou seja, todas as afirmações com sentido semelhante ou relacionadas foram reunidas para melhor visualizar os dados. Após a categorização, estes dados também foram apresentados em tabelas de frequência.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados e a discussão deste estudo baseados no referencial teórico, procurando expô-los de forma objetiva e clara para facilitar a compreensão.

7.1 Características dos egressos, origem socioeconômica e trajetória profissional

Serão apresentadas as características dos egressos participantes da pesquisa e será abordada também a trajetória profissional deles, caracterizada pelas ocupações dos mesmos antes, durante e depois da conclusão do Curso Técnico, o seu perfil profissional, enfocando a sua ocupação atual e promoção funcional.

7.1.1 Dados pessoais dos egressos

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos ACS segundo o sexo, estado civil, presença de graduação, curso e faixa etária.

Tabela 4- Características sócio-econômicas dos egressos ACS.

CARACTERÍSTICAS		n
Sexo	Masculino	06
	Feminino	57
Estado Civil	Solteiro	15
	Casado	48
Graduação	Sim	19
	Não	44
Faixa Etária	20-29	14
	30-39	29
	40-49	18
	Mais de 50	02

Segundo o sexo, observou-se que o feminino é predominante nesta função através da quantidade de mulheres matriculadas para participar do curso. Enquanto os homens representam apenas 9,5% dos participantes do curso, as mulheres

assinalaram em torno de 90,5% dentro do universo pesquisado.

Os resultados são semelhantes aos dos estudos de Kluthcovsky (2005) sobre a qualidade de vida dos Agentes Comunitários de saúde de um município do interior do Paraná e de Gessner (2006), investigando a qualidade de vida dos membros das equipes de saúde da família do município de Timbó/SC, os quais encontraram a predominância do sexo feminino, respectivamente, 89,3% e 90,3%.

Diferentemente dos resultados desta pesquisa, Luiz (1999) constatou a predominância de 96% do sexo masculino quando avaliou os egressos dos cursos técnicos da área de exatas em São Carlos, SP.

Sobre esse aspecto, Lunardelo (2004) recorre à gênese da ESF para demonstrar que, desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a contratação de mulheres foi priorizada com o pressuposto de causar um impacto na condição social das mulheres por meio do trabalho remunerado.

Estes resultados se devem ao fato da participação das mulheres no mercado de trabalho, seja pela necessidade de complementar a renda familiar ou pelo seu próprio avanço social, descaracterizando a imagem da mulher como apenas dona de casa.

Com relação ao estado civil, observou-se que o grupo mais freqüente foi de casados com 76%, seguido dos solteiros com 24%.

Luiz (1999), avaliando os egressos do ensino médio dos cursos de Mecânica, Eletrônica e Eletrotécnica da Escola Técnica Estadual “Paulino Botelho” revela que quase 70% dos egressos eram solteiros e 31,4% eram casados.

Kluthcovsky (2005), avaliando a qualidade de vida dos ACS de um município do interior do Paraná, no que se refere ao estado civil, verificou que a maior parte dos 169 ACS era constituída por casados(as), 42,6%, seguidos pelos solteiros(as) 35,5% e por aqueles vivendo como casados(as), 13%.

Gessner (2006), investigando a qualidade de vida dos membros das equipes de saúde da família do Município de Timbó/SC, quanto ao estado civil, observou que 67% (n=67) eram casados ou vivendo como casados, 19,3% (n=18) eram solteiros e 8,6% (n=8) em outras situações (separados, divorciado, viúvo).

De acordo com o nível universitário, o estudo mostrou um dos grandes problemas que envolvem o ensino profissionalizante que é a questão de os alunos não prosseguirem com seus estudos além do curso técnico. Talvez não tenham oportunidade de alcançar o ensino superior. Dos 63 ACS, 70% (n=44) não tinham

realizado nenhum curso de graduação e 30% (n=19) cursaram ou estavam cursando.

Analisando os agentes comunitários de saúde no parâmetro cursos universitários, Gessner (2006) encontrou, em relação ao nível educacional, que 6,5% (n=6) das pessoas relataram não ter concluído o ensino fundamental, seguido de 9,7% (n=9) que têm o ensino fundamental incompleto, 16% (n=15) têm o ensino médio incompleto e 43% (n=40) concluíram o ensino médio. Quanto ao nível superior, 8,6% (8) completaram e 4,3% não terminaram a graduação.

Como a escolarização requer certo investimento, mesmo em escolas públicas, não apenas a questão da incompatibilidade do tempo está presente, como também da impossibilidade de investir na própria educação escolar. Assim, fica claro que, embora deposite na escolarização a possibilidade ascensão profissional, veem-se obrigados a postergar ou abandonar tal sonho pela difícil realidade em que vivem (SALVITTI; VIEGAS; MORTADA, et al. 1999, p. 1-23).

Ainda, a Tabela 4 apresenta a distribuição dos ACS de acordo com a faixa etária. Observou-se que a faixa etária de maior atuação é entre 30 a 39 anos, com média de idade de $35,7 \pm 7,0$ anos. Idade mínima de 20 e idade máxima de 50 anos. A faixa etária demonstra maturidade para desenvolver a função.

Luiz (1999), avaliando os egressos do ensino médio nos cursos de Mecânica, Eletrônica e Eletrotécnica da Escola Técnica Estadual “Paulino Botelho”, em São Carlos/SP, observou que a amostra foi composta por egressos com idades que variavam de 19 a 39 anos, com média de 24,5 anos.

Kluthcovsky (2005) encontrou a faixa predominante de 19 a 30 anos. Os ACS do município do Paraná são mais jovens do que desta pesquisa. A idade média dos ACS foi de 31,1 anos, com desvio-padrão de 8, idade mínima de 19,1 anos e idade máxima de 60,1 anos.

Gessner (2006), em seu estudo relata que a idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 63 anos. A faixa etária prevalente foi de 41 a 50 anos, e a idade média dos sujeitos foi de 39 ± 11 anos.

7.1.2 Carreira ocupacional

Para se conhecer as atividades desempenhadas pelos egressos durante sua

carreira profissional, eles foram questionados a respeito da satisfação com a promoção funcional após o curso de Técnico Agente Comunitário de Saúde. Todos os egressos deste estudo revelaram que foram efetivados no quadro geral do município e receberam 5% de aumento por ter concluído o curso técnico. Dos 63 sujeitos da pesquisa, 41% (n=26) responderam que estavam satisfeitos com a promoção e 59% (n=37) responderam que não estavam satisfeitos com a promoção (Tabela 5). Observou-se que a maioria se mostrou insatisfeito por não ter sido valorizado com Técnico Agente Comunitário após a formação técnica.

Tabela 5 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde segundo a promoção funcional durante ou após o curso, Palmas TO/ 2009.

Satisfação com a promoção	n	(%)
Sim	26	41
Não	37	59
Total	63	100

O curso Técnico Agente Comunitário de Saúde gerou uma grande expectativa para a categoria. Acreditavam que com um saber técnico mais apurado, poderiam ser mais valorizados em questão de remuneração uma vez que os profissionais da Equipe Saúde da Família são os responsáveis pela saúde da comunidade e são melhores remunerados. Os ACS, tendo em vista a diferença salarial existente com os membros da equipe de saúde da família, viam na sua profissionalização e na conseqüente incorporação de saberes técnicos a expectativa de crescimento financeiro e profissional.

Para se ter conhecimento da situação ocupacional dos egressos da Escola Técnica de Saúde do Tocantins – ETSUS/TO iniciou-se com a caracterização do tempo de serviço, conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde segundo o tempo de serviço, Palmas TO, 2009.

Tempo (anos)	n	(%)
1-3	05	5
4-6	26	41
7-9	24	38
10-12	10	16
Total	63	100

Quanto ao tempo de trabalho como ACS, encontraram-se trabalhadores com tempo de atuação considerável no programa, predominando o intervalo entre 4-6 anos e 38% entre 7-9 anos. O tempo de permanência no programa é importante para o entendimento de seu papel, que é construído em suas práticas cotidianas.

Observou-se que a faixa predominante de tempo de serviço foi de 4 a 6 anos, com média de $6,9 \pm 2,3$ anos.

Para melhor entender a questão da formação e da trajetória profissional dos egressos, algumas questões foram elaboradas com a intenção de conhecer qual era a percepção deles em relação à ETSUS/TO e a formação que receberam. O objetivo principal das questões era evidenciar qual o entendimento que os egressos tinham em relação à formação recebida, dando-lhes oportunidade de avaliar o curso que fizeram, pontuando o que foi positivo e negativo. Além disso, a percepção dos egressos a respeito da formação mostra alguns dados importantes sobre a relação educação e trabalho.

A percepção desses egressos a respeito de sua trajetória ocupacional e como se efetivou a relação entre a formação que eles receberam na escola com as atividades exercidas por eles no seu trabalho proporcionou um parâmetro do que realmente estava acontecendo de novo no processo de trabalho em saúde e até que ponto a escola estava acompanhando essas mudanças.

As interpretações procedidas por esses sujeitos revelaram que eles já possuem um sentido definido a respeito do seu papel na qualidade de ACS fortalecido no exercício da profissão, já havendo no discurso o seu deslocamento para nova compreensão.

Para avaliar o Curso Técnico com relação ao trabalho do ACS, utilizaram-se três graus de avaliação: Muito, Pouco ou Nada. Dos 63 questionados, 81% (n=51) dos egressos avaliaram que a formação foi relacionada ao processo de trabalho do ACS, 14% (n=9) responderam pouca relação e 5% (n=3) nenhuma (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde com relação ao curso técnico com o trabalho do ACS, Palmas, Tocantins, 2009.

CARACTERÍSTICAS		n
Relação curso técnico com o trabalho do ACS	Muito	51
	Pouco	09
	Nada	03
Importância das atividades de campo	Muito Importante	41
	Importante	31
	Nada ou Pouco importante	06
Necessidades profissionais atuais	Realização de curso de extensão;	37
	Promoção de encontros palestras, qualificação etc.;	38
	Oportunizando atualização dos laboratórios;	13
	Prestação de serviços	03

De acordo com o Ministério da Saúde, o curso Técnico Agente Comunitário de Saúde tem como propósito “preparar os profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais em domicílios e coletividades”. (BRASIL, 2004, p. 16).

Pode-se dizer que o grande ganho deste processo de formação foi à efetivação da identidade profissional dos agentes comunitários envolvidos. Antes do curso, o ACS não se sentia como um membro da equipe. Era utilizado em muitas atividades, atendendo às necessidades que surgissem na saúde sem muita clareza do seu papel. Suas atribuições eram pouco conhecidas por ele próprio, pela equipe de saúde e pela comunidade. Em decorrência desse reconhecimento, observou-se o orgulho do ACS, aumentando a sua satisfação em pertencer a uma equipe de saúde e fazer parte de um sistema de saúde estruturado no Estado e nacionalmente.

As vivências e os conteúdos trabalhados durante o curso trouxeram além de uma habilitação técnica, um reconhecimento pessoal de suas potencialidades, refletindo-se na sua vida pessoal e profissional.

Como o curso foi executado em município pólo na área de abrangência do município destes ACS e que também é o local de trabalho destas pessoas e pelos profissionais da equipe de saúde, isto oportunizou um repensar da organização do serviço por parte do ACS, o que trouxe modificações significativas nas relações de trabalho.

Para identificar a importância das atividades de campo inseridas na estrutura curricular do curso para atuação profissional, utilizaram-se três graus de avaliação: Muito Importante; Pouco ou Nada Importante. Dos 63 avaliados, 49% (n=31)

responderam importante; 41% (n=26) das respostas apontaram como muito importante e 10% (n=6) pouco ou nada importante (Tabela 8).

Os estágios supervisionados são “atividades que os alunos deverão realizar durante o seu curso de formação, junto ao futuro campo de trabalho” (PIMENTA 1997, p.21).

A concepção acerca do estágio supervisionado assemelha-se com a conotação de uma prática de ensino e estágios supervisionados articulados à pesquisa do cotidiano da escola e de todas suas nuances e idiossincrasias, para que o aluno/estagiário vivencie a realidade educacional como um todo. Esses componentes curriculares deverão se pautar nas vivências críticas da gestão e da organização escolar, na dinâmica da sala de aula, na análise curricular e nos processos avaliativos com base nos saberes à prática educativa (FREIRE, 1989), ao educador como um intelectual reflexivo (ZEICHNER, 2001, ALARCÃO, 2002, NÓVOA, 1997) e militante crítico diante das presenças e ou ausências de políticas públicas para a educação (PIMENTA 1997, p. 21).

Ao ACS atribui-se o que transcende à sua formação profissional. A complexidade do seu processo de trabalho exige uma diversidade de profissionais cuja formação vai além de um treinamento sumário, mesmo com atualização permanente.

Como os ACS já exercem suas atividades na área da saúde, a ETSUS/TO optou em valorizar as experiências dos egressos e não apenas oportunizar o estágio. Constitui-se da aplicação da teoria e da prática na realidade do seu processo de trabalho durante todo o processo de aprendizagem, com autorização do Conselho Estadual de Educação do Estado (CEE/TO), permeando, assim, todo o currículo do curso técnico.

Esta é a diferença em que as Escolas Técnicas de Saúde do SUS têm em relação às demais. Proporcionar cursos de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde e pensar na proposta de operacionalização a partir da problematização do processo de trabalho, facilitando estabelecer estratégias de contexto do trabalho durante todo o curso.

Ainda, a Tabela 4 apresenta as necessidades profissionais atuais dos ACS e as que a ETSUS/TO poderia proporcionar. Dos 63 avaliados, 37 egressos responderam que a escola poderia oferecer cursos de extensão; 38, promover encontros, palestras, qualificações, etc.; 13 egressos citaram a utilização dos

laboratórios, ficando claro que a prática em laboratório é um item que os egressos gostariam que fosse incluído na estrutura curricular do curso; e 3 egressos citaram a prestação de serviços e as parcerias com outros serviços.

A maioria das necessidades profissionais apontada pelos egressos foi a realização de cursos de extensão e promoção de encontro, palestras, qualificação etc. A educação contínua seria uma opção para esses egressos acompanharem as mudanças ocorridas no mundo do trabalho. Se a escola pudesse propor aos seus egressos cursos que proporcionassem atualização de conhecimentos, renovando-se de maneira rápida e permanente, estaria contribuindo para educação permanente em saúde e resolveria as supostas falhas detectadas em seus cursos. Uma troca entre técnicos e professores torna-se riquíssima para a escola e para o egresso formado técnico, já atuando na área da saúde. Além de levar em conta as discussões e levantamento de problemas desse momento, elas seriam feitas com base na realidade vivida pelos egressos, o que provavelmente proporcionaria aos próprios educadores da área da saúde conhecimentos do que realmente acontece na prática, permitindo reflexões quanto às possíveis soluções com os seus ex-alunos.

A maioria dos egressos avaliou como positivo os aspectos: aquisição de conhecimentos específicos, aumento de conhecimentos gerais, desenvolvimento da capacidade de liderança, desenvolvimento da capacidade de discutir aspectos relacionados ao trabalho, aumento de perseverança, aumento de criatividade, informação sobre o mundo do trabalho e desenvolvimento da capacidade de cumprir normas e determinações.

Em relação aos aspectos aumento da confiança e melhoria no relacionamento com outras pessoas, a maioria dos egressos avaliou como excelente.

Tais conhecimentos podem ser resultado de saberes técnico-científicos já absorvidos de diversas maneiras, seja pela sua atuação, pela sua formação técnica ou treinamentos dentro da própria equipe.

Perguntou-se aos egressos o que influenciou a aquisição de seus conhecimentos necessários ao desempenho das funções. Para resposta dessa questão, foram utilizados os graus de avaliação “Muito, Pouco ou Nada” (Tabela 8).

Tabela 8 – Aspectos que influenciaram na aquisição de conhecimentos, Palmas/TO, 2009.

ASPECTOS QUE INFLUENCIARAM NA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTO	AVALIAÇÃO						TOTAL
Conteúdo das disciplinas profissionalizantes	Muito		Pouco		Nada		63
	n	%	n	%	n	%	
	41	65	20	32	02	03	
Conteúdo das disciplinas do meu curso	Muito		Pouco		Nada		63
	n	%	n	%	n	%	
	26	41	29	46	08	13	
Outro curso realizado	Muito		Pouco		Nada		63
	n	%	n	%	n	%	
	16	25	16	25	31	50	
Experiência de trabalho	Muito		Pouco		Nada		63
	n	%	n	%	n	%	
	50	79	13	21	-	-	
Programa de treinamento oferecido pelo empregador	Muito		Pouco		Nada		63
	n	%	n	%	n	%	
	24	38	29	46	10	16	
Contatos com outras pessoas no trabalho (aprender vendo outras fazerem algo)	Muito		Pouco		Nada		63
	n	%	n	%	n	%	
	32	51	24	38	07	11	
As atividades de campo Realizadas durante o curso técnico	Muito		Pouco		Nada		63
	n	%	n	%	n	%	
	27	43	31	49	05	08	
Estudando sozinho outros Conteúdos não abordados no meu curso técnico	Muito		Pouco		Nada		63
	n	%	n	%	n	%	
	20	32	31	49	12	19	

Os aspectos que **muito** influenciaram na aquisição de conhecimentos, segundo a avaliação dos egressos, foram: conteúdo das disciplinas profissionalizantes, experiência de trabalho, contatos com outras pessoas no trabalho.

Os aspectos que **pouco** influenciaram foram: conteúdos de outras disciplinas, programa de treinamento, atividades de campo e estudar sozinho outros conteúdos não abordados no curso técnico.

O aspecto outro curso realizado não influenciou em **nada** na aquisição de conhecimentos.

Observou-se a integração da equipe, a motivação e principalmente a alegria de se ter conquistado a efetivação como ACS de Palmas/TO. Isto, de certa forma, favoreceu a compreensão dos assuntos abordados no curso, que muito influenciaram na aquisição de conhecimentos que foram: conteúdos das disciplinas

profissionalizantes, experiência de trabalho e contatos com outras pessoas no trabalho, tornando-os mais valorizados e comprometidos com o curso.

A formação técnica foi mencionada como um ponto forte da gestão pelo suporte à aquisição e/ou atualização de conhecimentos que são necessários para promover a saúde de uma comunidade.

Depois de terem avaliado o seu curso técnico, foi questionado aos egressos quais foram as maiores dificuldades que eles encontraram em relação ao serviço. Utilizaram-se os graus de avaliação Muito, Pouco ou Nada (Tabela 9).

Tabela 9 – Maiores dificuldades em relação ao serviço, Palmas/TO, 2009.

DIFICULDADES			AVALIAÇÃO				TOTAL
Falta de conhecimento específico na área	Muito		Pouco		Nada		63
	n	%	n	%	n	%	
	13	21	34	54	16	25	
Falta de habilidades para com equipamentos	Muito		Pouco		Nada		63
	n	%	n	%	n	%	
	10	16	30	48	23	36	
Falta de habilidades em informática	Muito		Pouco		Nada		63
	n	%	n	%	n	%	
	16	25	29	46	18	29	
Falta de iniciativa para tomar decisões	Muito		Pouco		Nada		63
	n	%	n	%	n	%	
	10	16	30	48	23	36	
Dificuldade de adaptação com a instituição	Muito		Pouco		Nada		63
	n	%	n	%	n	%	
	14	22	22	35	27	43	

Analisando as respostas, confirma-se a avaliação positiva do curso. Os dados mostram que os ex-alunos não encontraram muita dificuldade ou falta de conhecimento ou habilidade para desenvolver suas funções no trabalho.

A Tabela 7 apresenta as sugestões dos egressos para o aprimoramento do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde.

Tabela 10 – Sugestões de mudanças em relação ao curso Técnico ACS, Palmas/TO, 2009.

SUGESTÕES DE MUDANÇAS PARA CURSO TÉCNICO ACS	n
Mais conhecimentos teóricos nas disciplinas técnicas	46
Mais prática em laboratório	36
Relação das disciplinas do núcleo comum com a formação do técnico	30
Mais informações sobre direitos sociais trabalhistas	28
A escola promover palestras como atividades extracurriculares	23
Mudanças na realização das atividades de campo	22

Os itens sugeridos, em ordem decrescente, foram: mais conhecimentos teóricos nas disciplinas práticas; relação das disciplinas do núcleo comum com a formação do técnico; aumentar a prática em laboratório; informação sobre direitos sociais trabalhistas; promoção de palestras como atividades extracurriculares; alterações na realização das atividades de campo.

A maioria dos egressos aponta a necessidade de reformulação na estrutura curricular do curso, indicando que seriam necessários mais conhecimentos teóricos nas disciplinas técnicas.

Pode-se supor que a falta de espaços que priorizem uma discussão sobre a teoria e a prática na vida profissional dos técnicos acaba criando a ideia de que todos se formaram apenas na prática, sendo a teoria algo “menos relevante”.

Fica claro que a prática em laboratório é algo que os egressos gostariam que aumentasse. Esta sugestão supõe que, apesar de a escola técnica estar preocupada em formar profissionais técnicos para atuação “mais prática”, a prática em laboratório pode ter sido administrada de maneira inadequada ou insuficiente. Isso porque se pode interpretar esse “querer mais” como algo que não foi suficiente, ou significou pouco, ou mesmo pensar que esta prática em laboratório foi mal aproveitada.

O perfil profissional do agente comunitário de saúde delineado pelo Ministério da Saúde explicita com clareza que a sua atuação envolve duas dimensões: a técnica e a social. A técnica está relacionada ao trabalho junto aos indivíduos e às famílias no desenvolvimento das ações de prevenção e monitoramento de grupos ou problemas específicos. A social diz respeito ao seu papel de articulador e mobilizador social na comunidade.

A sugestão em promover palestras como atividade extracurricular faz refletir que os egressos sentiram a necessidade de atualização, bem como, de diferentes fontes de informações.

Chama atenção o fato que a maioria dos egressos solicitou informações sobre direitos trabalhistas. Uma falha da escola em não ter se preocupado com tais assuntos, sendo que esse tema é de grande importância e parece despertar um interesse significativo por parte dos egressos.

Ainda com relação às questões de mudanças curriculares, questionou-se os egressos quais seriam especificamente as disciplinas que eles **acrescentariam** e

eliminariam do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde (Tabela 11).

As disciplinas sugeridas a serem acrescentadas em nível decrescente foram: abordagem ao adolescente; doenças relacionadas ao cotidiano do trabalho; primeiros socorros; direitos sociais trabalhistas; Sistema Único de Saúde (SUS); usuários de drogas; políticas públicas; saúde mental.

Os egressos não manifestaram o desejo de eliminar nenhuma disciplina do currículo.

Essa questão teve caráter opcional, ou seja, o egresso responderia se realmente sentisse necessidade de tal mudança, por isso pode-se supor que esta opção de não se manifestar aconteceu devido a dois motivos: o primeiro seria a hipótese de os egressos estarem satisfeitos com as disciplinas que cursaram; e o segundo seria a possibilidade de eles não se sentirem capacitados para opinar sobre tal mudança, preferindo não se manifestar.

A escola precisa refletir o que poderia ter acontecido para que os egressos sentissem necessidade dessas disciplinas, sinalizando para que fossem incluídas na estrutura curricular do curso.

Tabela 11 – Disciplinas que deveriam ser acrescentadas, Palmas/TO, 2009.

DISCIPLINAS ACRESCENTADAS	n
Abordagem ao adolescente	05
Doenças relacionadas ao cotidiano	05
Primeiros Socorros	02
Direitos Sociais Trabalhistas	02
Sistema Único de Saúde (SUS)	02
Usuário de Drogas	02
Políticas Públicas	01
Saúde Mental	01

Foi de interesse desta pesquisa saber sobre a metodologia (forma de ministrar as aulas) adotada pela escola - Metodologia Problematicadora -. O que os egressos apontariam como falhas ou sugestões para melhorias. Acredita-se que é o professor o grande instrumentalizador na escola, dando ao egresso a possibilidade de manifestar a sua percepção.

Dos 63 egressos, 76% (n=48) responderam que a metodologia adotada era boa e que não precisava haver mudanças, apenas qualificação dos professores na parte pedagógica e 24% (n=15) avaliaram como ruim a metodologia.

Tabela 12 – Avaliação da Metodologia (Problematizadora), Palmas/TO, 2009.

AVALIAÇÃO DA METODOLOGIA	n	(%)
Positiva	48	76
Negativa	15	24
TOTAL	63	100

A educação Problematizadora, adotada pela ETSUS/TO, foi estimulada na saúde por recomendação das Escolas Médicas, com intuito de melhorar a qualidade do processo ensino/aprendizagem dos cursos de nível médio em saúde.

Portanto, a metodologia da problematização é considerada compatível e adequada para o desenvolvimento de atividades de ensino dos serviços de saúde, que exigem do educando, além do conhecimento, uma tomada de consciência e decisões para intervir nos problemas da realidade na qual estão inseridos, exigindo do profissional comprometimento e responsabilidade.

A Metodologia da Problematização, pelas suas características e pelo seu potencial, pode desenvolver nos alunos o pensamento crítico, já que “o estudante é levado a ficar mais atento e observar o que ocorre na realidade próxima, relacionada com a temática com a qual está lidando em seus estudos” (LIBÂNEO 1990, p. 149). Esse olhar mais atento do próprio estudante fará com que perceba aspectos interessantes/importantes/intrigantes, os quais provavelmente passariam despercebidos em estudos teóricos de sala de aula. Neste momento, dá-se o início da problematização como método ou a problematização propriamente dita como exercício intelectual e social. Vários **problemas** podem ser identificados. “Numa segunda etapa, o professor estimula os alunos a identificar os pontos-chave do problema, refletindo sobre que aspectos estão com ele relacionados” (LIBÂNEO 1990, p. 149). O que importa é que esses pontos-chave constituirão a orientação para continuidade do estudo, que acontece com a **Teorização**. “Diferentes ângulos do problema são analisados a partir de informações colhidas em diferentes fontes, compondo assim a melhor forma possível de explicá-lo e ao mesmo tempo justificar as definições que se seguirão na próxima etapa, quando serão elaboradas as **hipóteses de solução** para o problema”. “Todas as possibilidades são registradas e analisadas”. (LIBÂNEO 1990, p. 149) Ou seja, as hipóteses passarão por um crivo ou uma seleção. Os alunos raciocinam com critérios. Avaliam e tomam decisões a partir de critérios.

Essa etapa da Metodologia da Problematização não é um mero exercício intelectual, pois as decisões tomadas deverão ser executadas ou (históricas e sociais) em que se desenvolve a luta de classes; por decorrência propõe uma didática que, partindo de situações pedagógicas que ocorrem nessas condições concretas, determina princípios e meios como diretrizes orientadoras para os processos de ensino necessários ao domínio de conhecimentos, garantindo, assim, durabilidade aos efeitos formativos da instrução e da formação. (LIBÂNEO, 1990, p. 127-128).

Ao questionário foi introduzida uma questão com relação à existência de **integração ensino/serviço** (contextualização da teoria com a prática) no decorrer do curso. Dos 63 avaliados, 94% (n=59) responderam Sim, apenas 6% (n=4) disseram que Não ocorreu esta integração, como mostra a Tabela 13.

Tabela 13 – Integração Ensino/Serviço no decorrer do curso e avaliação do professores, Palmas/TO, 2009.

INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO		n	(%)
Integração Ensino/Serviço	Sim	59	94
	Não	04	06
Avaliação Didática	Excelente	22	35
	Bom	32	51
	Regular	09	14

A necessidade de integrar a formação de recursos humanos para o SUS e os serviços de saúde foi tratada na Lei 8080/90 no seu artigo 14, que dispõe sobre a criação de Comissões Permanentes de Integração entre os serviços e as instituições de ensino profissional e superior, considerando a importância dos recursos humanos para a viabilização de um sistema de saúde de qualidade. Estas comissões, segundo a Lei Orgânica da Saúde, deverão funcionar em cada esfera do governo do SUS, com o objetivo de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e a educação continuada dos recursos humanos do SUS, assim como para a pesquisa e a cooperação técnica entre as instituições de ensino profissional e superior (CARVALHO; SANTOS, 1995).

A integração ensino/serviço é uma estratégia para a busca dos objetivos tanto das instituições de ensino como dos serviços de saúde, uma vez que possibilita uma formação profissional articulada à realidade social e epidemiológica do sistema de saúde.

Um dos desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde é o modo

como se organizam os serviços de saúde ou o processo de trabalho, com profissionais qualificados para o enfrentamento dos principais problemas de saúde, das necessidades dos serviços e do gerenciamento do trabalho, comprometidos com a luta pelo direito à saúde e à vida a todos os cidadãos brasileiros.

Indagou-se aos egressos sobre a **avaliação didática dos professores**. Utilizaram-se para essa questão os graus Excelente, Bom e Regular. Dos 63 egressos, 35% (n=22) responderam Excelente; 51% (n=32) Bom; e 14% (n=9) Regular (Tabela 14).

Nos cursos da ETSUS/TO têm surgido reclamações por parte dos alunos quanto à didática dos professores. Existem dificuldades teórico-metodológicas no cotidiano da prática pedagógica dos diferentes cursos da escola. A ausência de uma didática que atenda a um ensino de qualidade põe em risco o processo ensino-aprendizagem. A partir dessa inquietação, a pesquisa analisou a didática dos professores da ETSUS/TO e constatou a preocupação existente na escola para que as estratégias de ensino adotadas pelos seus professores sejam refletidas e acertadas, para que seus cursos tenham impacto na prática. Portanto, a escola prioriza a capacitação pedagógica de seus professores, conforme mostram os dados.

Em relação à integração das disciplinas durante a realização do curso, 94% (n=59) responderam que houve a integração e 6% (n=4) afirmaram que não, conforme mostra a Tabela 14.

Tabela 14 – Integração das disciplinas no decorrer do curso, Palmas/TO, 2009.

INTEGRAÇÃO DAS DISCIPLINAS	n	(%)
Sim	59	94
Não	04	6
TOTAL	63	100

A Tabela 15 apresenta os aspectos positivos, negativos, sugestões e contribuições do curso técnico em ACS.

Em ordem decrescente, para os aspectos positivos foram citados: qualificação profissional dos ACS, integração entre professores e alunos, didática dos professores e estrutura física da escola.

Tabela 15 – Aspectos positivos, negativos, sugestões e contribuições do curso, Palmas/TO, 2009.

ASPECTOS		n
Positivos	Qualificação profissional dos ACS	47
	Integração entre alunos e professores	37
	Didática dos professores	17
	Estrutura física	11
Negativos	Professores desqualificados	29
	Didática	22
	Integração entre a escola e os alunos	16
	Estrutura física	14
	Valorização dos ACS	10
Sugestões	Qualificação dos professores	25
	Melhorar o material didático	10
	Planejar melhor o curso	09
	Integração da escola com os alunos	06
	Aulas práticas	05
	Melhorar a estrutura física	01
Contribuições	Conhecimentos	56
	Mais experiência	24
	Planejamento	04

Em relação aos aspectos negativos, eles elencaram os seguintes itens: professores desqualificados, didática, integração entre a escola e os alunos, estrutura física e valorização dos ACS, conforme mostra a Tabela 15.

Como o maior percentual dessa questão foi à desqualificação dos professores, a escola precisa investir mais em seus professores tanto na parte pedagógica como na parte técnica.

Procurou-se investigar junto aos egressos quais seriam as sugestões com relação ao curso da ETSUS/TO. As respostas obtidas foram: qualificação dos professores; melhorar o material didático; planejar melhor o curso; integração da escola com os alunos; aulas práticas e melhorar a estrutura física (Tabela 15).

A Lei de Diretrizes e Bases (LDB), de forma geral, estabelece que as instituições de ensino devem incentivar a formação continuada de seu corpo docente e, para isso, realizar programas de capacitação para todos os professores em exercício, utilizando também, para isto, os recursos da educação à distância, de acordo com o Inciso III, § 3º, do art. 87.

Embora os professores de ensino superior da área da saúde possuam uma significativa experiência em suas áreas específicas, parece existir ainda um despreparo relacionado ao processo de ensino/aprendizagem. Na maioria das vezes

os professores não recebem orientações sobre processos de planejamento, metodologia e se tornam repassadores de conteúdos técnicos. Cabe à escola proporcionar programas de educação continuada endereçados a seu quadro docente, para que seus professores aprendam a lidar com o novo com maior flexibilidade, organizando-se em ações coletivas que propiciem parcerias e trocas.

Ainda, a Tabela 15 apresenta as contribuições da formação técnica na atuação profissional.

A maioria dos egressos respondeu que as contribuições que a formação proporcionou ao seu trabalho foram em adquirir mais conhecimentos, mais experiência e planejamento. A maioria afirmou que os conhecimentos adquiridos durante o curso foram extremamente satisfatórios para sua atuação como profissional.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade do campo de atuação profissional em gestão em saúde é passo fundamental à discussão da formação de trabalhadores, a fim de aproximá-la das necessidades que hoje apresenta o processo de construção do SUS. Neste sentido, o debate sobre a formação profissional não pode ser dissociado da realidade do trabalho nos serviços e instituições de saúde. O mapeamento e compreensão da complexidade dos processos de trabalho nos quais os profissionais de gestão, e em especial, os agentes comunitários de saúde, estão inseridos é um passo fundamental para orientar a formação destes trabalhadores.

Diante da proposta de verificar a percepção dos agentes comunitários de saúde (ACS) sobre sua formação e os reflexos dela na sua prática, o trabalho fez uma breve e sintética descoberta sobre a carreira antes, durante e depois de formados e verificou a percepção feita pelos egressos em relação à formação que receberam.

As considerações finais serão apresentadas em dois momentos: no primeiro, indicando os elementos principais do perfil dos egressos. No segundo momento, a perspectiva dos egressos quanto à formação recebida pela Escola Técnica de Saúde do Tocantins (ETSUS/TO).

Quando identificados os egressos da ETSUS/TO, averiguou-se que eram profissionais com idade média de 35,7 anos, casados, predominantemente do sexo feminino, provenientes da região norte da capital e sem perspectiva de continuar a escolarização no ensino superior. Os ex-alunos da amostra começaram a exercer suas ocupações relacionadas à profissão antes da formação técnica, facilitando a compreensão da sua formação. Constatou-se que os egressos deram grande importância à formação, possivelmente devido à obtenção do título de Técnico de Nível Médio.

Na segunda fase, relacionou-se a função da Escola Técnica de Saúde, valorizando a preparação para o trabalho e a perspectiva dos egressos quanto à formação.

A partir da percepção da formação técnica em saúde na prática dos ACS formados em Tocantins, observou-se como pontos positivos, uma importante integração entre alunos e professores, reflexo da didática utilizada pelos

educadores, um melhor atendimento aos seus usuários, resultado da qualificação profissional desta categoria. O Programa de Saúde da Família do Estado do Tocantins vem permitindo ao Agente Comunitário de Saúde, através de sua formação Técnica pela ETSUS/TO, dar importantes passos no processo de redefinição de sua prática profissional. Desta forma, contribuiu para que os conflitos e os problemas surgidos no cotidiano do trabalho sejam administrados de forma mais adequada, o que, certamente, tem reflexos na melhoria da gestão dos serviços.

Os resultados desse trabalho sugerem alguns aspectos para a Escola de Saúde do Tocantins (ETSUS/TO) e para a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, para que possa ser melhorado o nível de formação desta categoria tão importante para saúde. Inicialmente, a inserção de novas disciplinas como: abordagem ao adolescente, doenças relacionadas ao cotidiano do trabalho, primeiros socorros, direitos sociais trabalhistas, sistema único de saúde (SUS), usuários de drogas, políticas públicas, saúde mental e o estágio supervisionado como componente curricular; mais conhecimentos teóricos nas disciplinas práticas; relação das disciplinas do núcleo comum com a formação do técnico; aumentar a prática em laboratório; informação sobre direitos sociais trabalhistas; promoção de palestras como atividades extracurriculares; alterações na realização das atividades de campo, um maior valor para os Técnicos Agente Comunitário após sua formação técnica, cursos de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde e operacionalização da proposta pedagógica a partir da problematização do processo de trabalho; reformulação na estrutura curricular do curso; apesar de apontarem como ponto positivo a didática dos professores, há controvérsia, elencando também como ponto negativo e sugerindo melhorar a didática dos professores; melhorar o material didático; planejar melhor o curso; integração da escola com os alunos; mais aulas práticas e uma melhora na estrutura física.

As mudanças nesta prática profissional tornaram-se evidentes. O trabalho identificou a conquista de um espaço no qual o agente comunitário de saúde parece estar conseguindo um perfil mais bem delineado. A formação técnica apareceu como oportunidade para um reconhecimento social no qual fortalece as aspirações identitárias desses profissionais.

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, I. **Professor reflexivo no Brasil. Gênese e crítica de um conceito**. São Paulo: Editora Cortêz, 2002.

BYRNE, N., & ROZENTAL, M. **Tendencias actuales**. In.: La educación médica y propuesta de orientação para La educación Médica em América Latina. Educación Médica y Salud, v. 28, n. 1, p. 53-93, 1994.

BERGER FILHO, R. L. **Educación profissional no Brasil: novos rumos**. Revista Iberoamericana de Educación, Madrid: OEI, v. 20, p. 87-105, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Supervisão em Serviços básicos de saúde**. Brasília. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1982.

_____, **Lei no 10.507**, 10 jul. 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 11 jul. 2002.

_____, Ministério da Saúde. **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS**. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Brasília, 2003.

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

_____. Ministério da Saúde. **Lei 8080/90**. Diário da União. 19 de Setembro de 1990. Brasília; Ministério da Saúde; 1990. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/Legislação/Leis/lei 8080](http://www.cff.org.br/Legislação/Leis/lei%20800)>. Acesso em: abril de 2008.

_____. Secretaria da Saúde. **Lei 8142/90**. Brasília: Secretaria da Saúde; 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142>>. Acesso em: abril de 2008.

_____. Ministério da Educação e Desporto. **Proposta de Diretrizes Curriculares para Educação Profissional**, Brasília, abril de 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. **Referências Conceituais para a organização do Sistema de Certificação de Competências/PROFAE**. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília. Centro de

Documentação do Ministério da Saúde, 2000.

_____. Norma Técnica. **Lei Nº 10.507**, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2002.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Documento Preliminar. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2006.

_____, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). Câmara de Educação Básica. **Parecer 16/99**, aprovado em 05 de outubro de 1999.

CARVALHO, A. C. M; NEVES, J. T. R. **Análise de necessidades de informação em empresas de alta tecnologia**, In: Simpósio de gestão da inovação tecnológica. **Anais...** p. 54-70. São Paulo, 2000.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (8.080/90 e 8.142/90)**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DUCKER, P. F. **Managing in the next society**. New York: St. Martin's Press, 2001.

FREIRE, P. Educação e mudança. 7. ed. São Paulo. Cortêz, 1989.

FERRETTI, C. J.; SILVA, R. J. J. Educação profissional numa sociedade sem empregos. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 109, p. 43-66, 2000.

GALVÃO, E. A. Preparação de pessoal da 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, p. 78-79, 1989.

GESSNER, C. L. S. **Qualidade de vida das equipes de saúde da família do município de Timbó/SC**. Dissertação - Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI, Itajaí, SC, 2006.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de**

saúde de um município do interior do Paraná. Dissertação – Universidade de São Paulo – USP, Ribeirão Preto, SP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva.** São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública:** a pedagogia crítico-social dos conteúdos. 9. ed. São Paulo: Loyola, 1990. 149p.

LUIZ, M. C. **Carreira Ocupacional e formação do técnico de Ensino Médio: percepção dos egressos.** 1999. 169. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos SP, 1999.

LUNARDELO, S. R. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos Núcleos de Saúde da Família** em Ribeirão Preto, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.ensp.br/>>. Acesso em: 01 de julho de 2006.

NASCIMENTO, E. P. L; CORREA, C. R. S. **O Agente Comunitário: formação, inserção e práticas.** Cad. Saúde Pública [online]. 2008, v. 24, n. 6, pp. 1304-1313. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2008000600011.

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

NOGUEIRA, R. P. **Política de recursos humanos em saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades.** Formação, Brasília, n. 5, p. 5-16, maio 2002.

NÓVOA, A. **Vida de professores.** Portugal: Ediporto, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA. **Los cambios de La profesión médica y su influencia sobre la educación médica.** Educación Médica y Salud, 28(1), 7-19, 1994.

PIMENTA, S. G. **O estágio na formação de professores:** unidade teoria e prática. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1997. p. 21 – 80.

PIERANTONI, C. R., & MACHADO, M. L. **Profesiones de salud:** uma formación cuestionada. Educación Médica Y Salud, 28(1), 199-210, 1994.

PINHEIRO, E. F. C.; *et al.* **Profissional de Saúde:** a inter-relação entre formação e prática. Revista Formação, n. 8, p. 45-55, 2003.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

RAMOS, M. N. **Indicações Teóricas** – metodológicas para a elaboração de currículos na educação profissional de nível técnico em saúde. In: Castro, Janete Lima de (Org.). **Profae: Educação profissional em saúde e cidadania**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 55-86.

ROCHA, B. O.; et al. **Egressos do CEFET/RN: Avaliação da formação, inserção no mundo do trabalho e perspectiva de requalificação**. Holos. Ano, 21, dezembro 2005.

SANT'ANNA, S. R.; et al. **A Influência das Políticas de Educação e Saúde**. Trab. Educ. Saúde, v. 5, n. 3, p. 415-431, nov. 2007/fev. 2008.

SALVITTI, A.; et al. **O trabalho do camelô: trajetória profissional e cotidiano**. *Cad. psicol. soc. trab.* [online]. dez. 1999, v. 2 [citado 11 Janeiro 2010], p.1-23. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151637171999000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-3717.

TOCANTINS, **Projeto Político Pedagógico** – Escola Técnica de Saúde do Tocantins. Palmas, TO 2002.

_____. **Projeto Político Pedagógico** – Escola Técnica de Saúde do Tocantins. Palmas, TO 2004.

_____. **Projeto Político Pedagógico** – Escola Técnica de Saúde do Tocantins. Palmas, TO 2006.

_____. **Plano de curso** – Técnico Agente Comunitário de Saúde. Palmas. TO 2006.

_____. **Plano de curso** – Técnico Agente Comunitário de Saúde. Palmas. TO 2008.

TOPPING, P. A. **Liderança e gestão**. Rio de Janeiro: Campus, 2002.

WAISBERG, J.; GOFFI, F. S. **Avaliação dos egressos de Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Cirurgia**. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, jan/abr. 2004.

ZEICHNER, K. M. **Para além de professor-pesquisador e professor acadêmico**. In GERALGI, C. (org.). **Cartografias do Trabalho Docente**. Professor(a) Pesquisador(a). Campinas, SP: Mercado da Letras, 2001.

ANEXOS

Anexo 1

Questionário para os egressos da “Escola Técnica de Saúde do Tocantins”

I – DADOS PESSOAIS

1. Idade: _____ anos. / Sexo _____
2. Estado Civil: _____
3. Região e área que atua: _____
4. Unidade de Saúde: _____
5. Indique o seu nível de escolaridade: _____
6. Quais as habilitações e/ou qualificações (aperfeiçoamento) que você cursou na Escola Técnica de Saúde (ETSUS/TO)? _____
7. Dentre das alternativas abaixo, assinale com um “X” as que se aplicam ao seu caso:
7.1 () Estou fazendo um curso universitário. Qual? _____
7.2 () Estou fazendo outra habilitação na ETSUS/TO. Qual? _____

II – HISTÓRICO OCUPACIONAL

8. Indique, a seguir, a ocupação principal exercida em três momentos de sua vida profissional: durante o curso, logo depois de formado e atualmente. Descreva brevemente as atividades desempenhadas:

8.1 Durante o curso: _____

8.2 Logo após a conclusão do curso: _____

8.3 Atual ou mais recente: _____

1 – SAÚDE (); 2 – ESTUDANTE (); 3 – OUTRAS ATIVIDADES

9. Houve alguma promoção funcional atuando como Agente Comunitário de Saúde, durante ou após o curso. Qual? _____

10. Quanto tempo você trabalha como Agente Comunitário de Saúde? _____

11. Indique o quanto seu trabalho se relaciona com o seu Curso Técnico Agente Comunitário:

Use os seguintes códigos: **0 – Nada; 1 – Pouco e 2 - Muito**

☐

12. Para sua atuação profissional, você considera importantes as atividades de campo

inserido na estrutura curricular durante a realização do curso:

1 – Muito Importante; 2 – Importante; 3 – Pouco ou Nada importante

☐

13. Como a Escola Técnica de Saúde do Tocantins “ETSUS” poderia ajudar nas suas necessidades profissionais hoje?

13.1 () Realizando curso de extensão

13.2 () Promovendo encontros, palestras, qualificações, etc.

13.3 () Oportunizando a utilização dos laboratórios

13.4. () Prestando serviços. Quais? _____

14. Como você avalia o seu curso técnico em relação aos seguintes aspectos. Responda de acordo com os códigos seguintes:

0 – Insuficiente; 1 – Regular; 2 – Bom; 3 - Excelente

14.1 () aquisição de conhecimentos úteis a atividade profissional

14.2 () aumento de conhecimentos gerais

14.3 () desenvolvimento da capacidade de liderança

14.4 () desenvolvimento da minha capacidade de discutir aspectos relacionados ao trabalho

14.5. () aumento da confiança

14.6. () aumento da perseverança (persistência, determinação)

14.7 () aumento da criatividade

14.8 () melhoria no relacionamento com as outras pessoas

14.9 () informações sobre o mundo do trabalho (emprego)

14.10 () desenvolvimento da minha capacidade de cumprir normas e determinações

14.11 () outros. Especificar: _____

15. Indique em que medida os seguintes aspectos influenciaram na aquisição dos conhecimentos necessários ao seu trabalho. Responda cada item de acordo com os códigos seguintes:

0 – Nada; 1 – Pouco; 2 – Muito

15.1 () conteúdo das disciplinas profissionalizantes do meu curso técnico

15.2 () conteúdo de outras disciplina do meu curso técnico

15.3 () outro curso realizado

15.4 () experiência de trabalho

15.5 () programas de treinamento oferecidos pelo empregador

15.6 () contatos com outras pessoas no trabalho (aprender vendo outras pessoas fazerem algo)

15.7 () as atividades de campo realizadas durante o curso técnico

15.8. () estudando sozinho outros conteúdos não abordados no meu curso técnico

15.9. () outro. Especifique:

16. Quais foram às maiores dificuldades em relação ao seu emprego. Indique cada item de acordo com os códigos seguintes:

0 – Nada; 1 – Pouco; 2 – Muito

16.1 () falta de conhecimento específico na minha área de trabalho

16.2 () falta de habilidades para lidar com equipamentos

16.3 () falta de habilidades em informática

16.4 () falta de iniciativa para tomar decisões

16.5 () dificuldade de adaptação com o esquema da instituição

16.6 () outros. Especificar: _____

17. Se você tivesse que sugerir algumas mudanças em relação ao seu curso técnico, quais seriam (Assinale com um “X” todas as que se aplicam ao seu caso):

17.1 () mais conhecimentos teóricos nas disciplinas técnicas

17.2 () as disciplinas do núcleo comum estarem mais relacionadas à formação do técnico

17.3 () mais prática em laboratório

17.4 () mudança na estrutura curricular, acrescentando ou eliminando algumas disciplinas.

Qual acrescentaria? _____

Qual eliminaria? _____

17.5 () Como você avalia a metodologia (Problematizadora) adotada pela escola. Faria algumas mudanças, quais? _____

17.6. () A escola promover palestras como atividades extracurriculares:

17.7. () Ter informações sobre direitos sociais trabalhista

17.8. () Mudanças na realização das atividades de campo. Quais?

17.9. () outros. Especifique:

18. No decorrer do curso houve a integração ensino-serviço?

1 – SIM () 2 - NÃO ()

19. Como você avalia a didática (forma de ministrar as aulas) dos professores?

1 – EXCELENTE () 2 – BOA () 3 – REGULAR ()

20. Houve integração das disciplinas durante o curso?

1 – SIM () 2 – NÃO ()

21. Cite três aspectos positivos e negativos ocorridos durante o curso?

22. Cite três sugestões que você faria com relação ao Curso, Professores e Técnicos da escola?

23. O que a formação técnica proporcionou na sua vida?

APÊNDICES

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do projeto: **Formação Técnica em Saúde na prática dos profissionais Agentes Comunitário de Saúde formados em Tocantins.**

Pesquisador Responsável: Luciane Peter Grillo

Telefone para contato: (47) 9975-3101

Pesquisador Participante: Maria do Socorro Andrade Modesto

Telefone para contato: (63) 3224- 6137/ (63) 8115-0606

CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Estamos realizando um trabalho de pesquisa para avaliar a influência da formação técnica em saúde na prática dos profissionais agentes comunitários de saúde formados na Escola Técnica de Saúde do Tocantins. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário com questões relacionadas à percepção que os egressos têm em relação à formação recebida na ETSUS/TO, no que se refere aos conhecimentos e habilidades desenvolvidas na formação.

Esta pesquisa terá única e exclusivamente interesse científico e você poderá desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando, para isso, informar da maneira que achar mais conveniente à desistência. Todos os participantes da pesquisa serão beneficiados, uma vez que os resultados do grupo serão apresentados em uma das reuniões dos egressos, com o objetivo de aperfeiçoar a qualificação desses profissionais, formulando propostas que contribuam para a readequação do curso já existente. Asseguramos que todas as informações serão sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será do conjunto de pessoas avaliadas.

- Nome do Pesquisador: Luciane Peter Grillo

- Assinatura do Pesquisador: _____

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Telefone para contato: _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)