

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

AGENTE DE CONTROLE DE ENDEMIAS (ACE): TRAJETÓRIA DE
UMA OCUPAÇÃO PROFISSIONAL -
ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE NITERÓI/RJ

Rio de Janeiro
2012

CLAUDIA MÁRCIA OSÓRIO XAVIER DE ALMEIDA

**AGENTE DE CONTROLE DE ENDEMIAS (ACE): TRAJETÓRIA DE
UMA OCUPAÇÃO PROFISSIONAL -
ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE NITERÓI/RJ**

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
Joaquim Venâncio para obtenção do título de
Mestre em Educação Profissional em Saúde,
na área de Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde.

Orientador: Dr. Marco Antonio Carvalho Santos
Coorientação: Dr.^a Mayumi Duarte Wakimoto

Rio de Janeiro

2012

A447a

Almeida, Claudia Márcia Osório Xavier de
Agente de controle de endemia (ACE): trajetória
de uma ocupação profissional - Estudo de caso do
município de Niterói/RJ. / Claudia Márcia Osório
Xavier de Almeida. - 2012.

137 f. : il.

Orientador: Marco Antonio Carvalho Santos
Coorientador: Mayumi Duarte Wakimoto

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, 2012.

1. Agente de Controle de Endemias. 2.
Qualificação. 3. Competência. 4. Formação. I.
Santos, Marco Antonio Carvalho. II. Wakimoto,
Mayumi Duarte. III. Título.

CDD 616.02

CLAUDIA MÁRCIA OSÓRIO XAVIER DE ALMEIDA

**AGENTE DE CONTROLE DE ENDEMIAS (ACE): TRAJETÓRIA DE
UMA OCUPAÇÃO PROFISSIONAL -
ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE NITERÓI/RJ**

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
Joaquim Venâncio para obtenção do título de
mestre em Educação Profissional em Saúde,
na área de Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde.

Aprovada em 29/03/2012

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor e Orientador Marco Antonio Carvalho Santos
EPSJV/FIOCRUZ

Professor Doutora e Co-Orientação: Professora Dr.^a Mayumi Duarte Wakimoto
EPSJV/FIOCRUZ

Professor Maurício Monken
EPSJV/FIOCRUZ

Professora Doutora Mônica Castro Maia Senna
ESS/UFF

Rio de Janeiro
2012

Dedico este Trabalho: a meus pais, Dulce e Arnaldo, que não cercearam minha liberdade de escolha na vida. A minha irmã e a minha afilhada, Sandra M^a e Ana Claudia, pelo carinho. E a meus grandes amores que me apoiaram nessa trajetória: o amigo, companheiro e marido, José Eduardo, a filha querida, Anna Camila, e meu genro querido, Júlio Cesar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me dar forças para superar minhas dificuldades e deficiências na formação acadêmica. Agradeço aos amigos por desculparem minhas ausências. Agradeço aos familiares por agüentarem as faltas em ocasiões especiais. Agradeço a meu marido por ser “pãe” e dono de casa e suprir a minha carência de tempo. Agradeço a minha filha por compreender minha necessidade de saber. Agradeço aos professores e educadores das escolas públicas, que até hoje cursei, por contribuírem com a pessoa e profissional que sou. Agradeço a você, Mestre e Orientador, Prof. Dr. Marco Antonio Carvalho Santos, pela tolerância e paciência. Agradeço à Fundação Municipal de Saúde de Niterói pelo apoio institucional. Agradeço aos colegas profissionais e trabalhadores da Policlínica Regional de Saúde Dr. Guilherme Taylor March, por entenderem as dificuldades dos últimos dois anos. E agradeço, principalmente, aos companheiros Agentes de Controle de Zoonoses de Niterói, pela oportunidade de colocá-los em foco.

RESUMO

Nesta dissertação, discute-se a Educação Profissional do trabalhador de nível médio sem formação específica em saúde - o Agente de Controle de Endemias (ACE). Além disso, numa perspectiva de complementaridade, são abordados os conceitos de qualificação e de competência profissional. A formação foi tratada do ponto de vista histórico, sendo necessária a discussão de alguns aspectos das políticas sociais, além dos modelos de gestão em saúde que embasaram a política de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Verifica-se na metodologia desta política a identificação e validação de um conjunto de competências profissionais num sistema complexo de trabalho. O estudo incidiu sobre os ACE no município de Niterói/RJ e permitiu concluir pela existência de uma dimensão bastante complexa entre a formação e a exigência prática do trabalho, enquanto elementos políticos estruturantes da Vigilância em Saúde. Apontamos que, na década de 2000, foi executada uma política de formação num padrão de excelência pelo PROFORMAR/EPSJV/FIOCRUZ.

Palavras-Chave: Agente de Controle de Endemias. Qualificação. Competência. Formação, Trabalho.

ABSTRACT

This dissertation discusses the Professional Education of the average worker without specific training in health – Agent of Endemic Disease Control (ACE). In addition, a complementary perspective, discusses the concepts of qualification and professional competence. The training was handled in the historical point of view, it was necessary to discuss some aspects of social policies, and management models that support the health policy of Permanent Education in Health System Health Checks on the methodology of this policy identification and validation of a set of professional skills in a complex system of work. The study focused on the agents of ACE in country city Niterói/RJ, and concluded that there is a very complex dimension between training and work practice requirements, while structuring the political elements of Surveillance in Health points out that in 2000s, ran a training policy in a standard of excellence by PROFORMAR EPSJV/FIOCRUZ.

Keywords: *Agent of Endemic Disease Control. Qualification. Competence. Training.*

LISTA DE SIGLAS

ABS- Atenção Básica de Saúde

ACE - Agente de Controle de Endemias

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ASP – Agente de Saúde Pública

APS – Atenção Primária de Saúde

AVISA - Agentes Locais de Vigilância em Saúde

CEBES – Centro Brasileiro de Ensino de Saúde

CMN – Câmara Municipal de Niterói

CMS – Conferência Municipal de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CCZ – Centro de Controle de Zoonoses

CIRRH - Comissão Intersetorial de Recursos Humanos

CNRH/IPEA - Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Ampliada

CNRH - Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CFRB - Constituição Federativa da República do Brasil

CNRS - Comissão Nacional de Reforma Sanitária

CORHU - Coordenadoria de Recursos Humanos

DIDES - Divisão de Desenvolvimento

DEVIG - Departamento de Vigilância Sanitária

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ET-SUS - Escolas Técnicas do SUS

FSESP - Fundação de Serviços de Saúde Pública

FINEP- Financiadora Nacional de Estudos e Projetos

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FMS – Fundação Municipal de Saúde de Niterói

FNDCT - Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

HUAP - Hospital Universitário Antônio Pedro

IEC - Informação, Educação, Comunicação

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MRS - Movimento de Reforma Sanitária

MS – Ministério de Saúde

MTE - Ministério do Trabalho e Emprego

NEPP – Núcleo de Educação Permanente e Pesquisador

NOB/RH/SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PA - Postos de Abastecimento

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde

PCCS Planos de Carreiras, Cargos e Salários

PIASS - Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde.

PLUS – Plano de Localização de Serviços de Saúde

PMC – Projeto Montes Claros

PMF - Programa Médico de Família

PRE – Policlínica Regional da Engenhoca

PSF - Programa Saúde de Família

PNCD - Pacto Nacional de Combate à Dengue

PND - Plano Nacional de Desenvolvimento

PNEPS- Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PROFORMAR - Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância Saúde

PRGTM – Policlínica Regional de Saúde Dr. Guilherme Taylor March

PROFAE- Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PMN- Prefeitura Municipal de Saúde

SEGTS - Secretaria de Gestão de trabalho e Educação em Saúde

SUACAF - Superintendência de Atenção Coletiva Ambulatorial e de Família

SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFF- Universidade Federal Fluminense

VIPAHE - Vice-Presidência de Atenção Hospitalar

VIPACAF - Vice-Presidência de Atenção Coletiva Ambulatorial e da Família

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

QUADRO 1. REGIONAIS NA ÁREA DE SAÚDE DE NITERÓI	82
QUADRO 2. GESTÃO DA SAÚDE EM NITERÓI(1989-2008)	891
QUADRO 3. COORDENAÇÕES DO IEC/CCZ	1002
FIGURA 1. INCIDÊNCIA ANUAL DE DENGUE POR REGIÃO DO PAÍS. BRASIL, 1986-2008.....	86
FIGURA 2. CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE E HOSPITALIZAÇÕES. BRASIL E REGIÕES, 1986-2008	87
TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DOS AGENTES DE ZOONOSES EM NITERÓI	85
TABELA 2. CASOS E TAXA DE INCIDÊNCIA DA DENGUE (100.000 HABITANTES) POR PERÍODO.....	86

SUMÁRIO

Introdução 12

1. Da qualificação à competência	17
1.1. Concepções sobre a categoria Trabalho.....	17
1.2. Concepções sobre a gestão do trabalho: dentro e fora da área da Saúde.....	21
1.2.1. Tendências na formação para o trabalho	27
1.3. Breve panorama da política de formação: Educação Profissional em Saúde no Brasil.....	32
1.4. Da qualificação do Campo do Trabalho à competência do Campo da Educação	36
1.4.1. Modelos assistenciais: o impacto das tendências nos modelos de gestão do trabalho em saúde	40
1.4.2. Exigência de uma nova formação na área de saúde	49
2. Formação do trabalhador em saúde e o ACE	55
2.1 Do Movimento Sanitário ao SUS: valorização do trabalhador da saúde	55
2.2. Da VIII Conferência Nacional de Saúde a XI Conferência de Saúde: aporte para uma política de Educação Profissional e Permanente em Saúde.....	60
2.3. Políticas de Educação no Brasil contemporâneo: valorização da Educação Profissional em Saúde	66
2.4. Questões de pano de fundo: breve relato do contexto histórico e político	71
2.4.1. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.....	74
2.4.2. Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância Saúde - PROFORMAR.....	75
3. Formação e trabalho do ACE em Niterói	80
3.1. Contexto Histórico da cidade de “Nitheroy”: organização da saúde.....	80
3.2. Influência niteroiense no contexto da política nacional de saúde	87
3.3. Fundação Municipal de Saúde de Niterói e sua estrutura para a Formação.....	91
3.3.1. Programa Médico de Família (PMF) – novo modelo assistencial.....	93
3.3.1.1. Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa.....	95
3.3.2. Coordenadoria de Recursos Humanos/ Divisão de Desenvolvimento (CORHU/DIDES).....	97
3.3.3. Informação, Educação e Comunicação	99
4. Considerações Finais	104
5. Referências Bibliográficas	108

ANEXOS

ANEXO I Mapa do Município de Niterói 2000

ANEXO II Resultado Preliminar do Recadastramento dos Recursos Humanos do SUS Niterói

ANEXO III Estrutura Administrativa da FMS – Niterói

Introdução

Na visão de Karl Marx, na obra *Manuscritos Econômico-Filosóficos e outros textos escolhidos* (1844), a práxis é tratada como uma prática-crítica, que se tornou o fundamento da unidade entre o homem e a natureza e da unidade sujeito-objeto. Nesta obra, Marx diferencia o “trabalho” e a “práxis” e descreve explicitamente o primeiro como “o ato da atividade humana prática”, mas, por vezes, utiliza “trabalho” como sinônimo de “práxis”.

O processo da práxis tem como base o trabalho, e constitui fundamento de toda a relação humana, a relação prática sujeito-objeto no plano do conhecimento que tem que se inserir no próprio horizonte da prática (MARX, 1986, p. 149).

Práxis, para Marx (1983), em “O Capital” foi definida como uma prática-crítica, que se apropria de uma realidade levando em consideração suas mediações políticas. Em Konder, foi descrita como:

A práxis é a atividade concreta pela qual os sujeitos humanos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformando-se a si mesmos. É a ação que, para se aprofundar de maneira mais consequente, precisa de reflexão, do autoquestionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática. (...) A práxis é a atividade que, para se tornar mais humana, precisa ser realizada por um sujeito mais livre e mais consciente. Quer dizer: é a atividade que precisa da teoria. (KONDER, 1992, p. 115-116)

Como o ponto de partida dessa dissertação surgiu de um passado recente, da prática laboral, a pesquisa foi um estímulo para a busca de conhecimento no campo da “práxis”.

Na década de 1980, a autora, então com nível médio-técnico de instrução, atuou na área de gestão de pessoal numa instituição militar, na qual se percebia a diferença no trato de desenvolvimento do RH quanto ao acesso à atividade formativa - atualização, capacitação, treinamento e participação em qualquer outro evento para melhoria profissional. Essa diferenciação entre os trabalhadores dependia das situações de escolaridade e vínculos empregatícios (estatuários - militares/civis e celetistas).

No final da década de 90, vinculada ao Ministério da Saúde, a autora, já com nível superior, atuou na Divisão de Desenvolvimento na Coordenadoria de Recursos Humanos (DIDES/CORHU) da Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMS), na qual se manteve a dicotomia de prática formativa institucional. No final daquela década deu-se a aproximação dos cursos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) com a FMS, parceria que levou o Curso de Atualização do Sistema Único de Saúde (SUS) para os trabalhadores de nível médio do município de Niterói.

Nos anos 2000, a autora ministrou aulas para trabalhadores de nível médio, por meio das experiências do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) e da Capacitação para Agentes de Controle de Endemias (ACE), ambos no município, tendo assim maior aproximação com a discussão da Educação Profissional em Saúde.

A autora, tendo passado pelas três esferas de governo – na seguinte ordem: estadual, federal e municipal - percebeu no processo de trabalho a prática a distinção ao acesso dos trabalhadores de nível médio à formação. Enquanto os médicos tinham acesso quase automático a oportunidades formativas, outros dependiam de autorização. Os trabalhadores menos qualificados não eram sequer informados da possibilidade de realizar cursos, treinamentos e capacitações, já que seu afastamento causaria “transtornos” ao serviço. Essa situação, também, ocorria em relação aos investimentos para ampliação ou não da formação dentro do serviço público. Isso motivou a autora a estudar e entender melhor o que de fato causava o incômodo, levando-a, em 2000, à especialização na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) - cursos de Desenvolvimento de RH em Saúde, Gestão em Saúde e Planejamento Estratégico.

No ano de 2002, a atuação profissional levou a autora à área de Vigilância em Saúde (assistência, promoção e prevenção em saúde), o que a aproximou ainda mais da questão da educação profissional para o nível médio, levando-a à EPSJV para cursar uma pós-graduação na área de Educação Profissional em Saúde.

Mais tarde ingressou no Mestrado, que possibilitou melhor recorte do objeto de pesquisa - a educação profissional para os trabalhadores do SUS sem a formação específica na área de saúde, assim como o ACE, que se tornou foco do estudo, assim como seu perfil e sua “formação”. Durante o desenvolvimento da investigação, foi constatado que, por meio da história do ACE, evidencia-se um dos aspectos do processo da Saúde Pública do país, vista a sua trajetória histórica – dos “mata-mosquitos” do século XIX ao ACE e, nos dias de hoje, Agentes de Saúde Pública, bem como a sua regulamentação da profissionalização no século XXI.

Cabe ressaltar que o recorte do objeto desta dissertação teve grande contribuição da banca de qualificação.

Nesta investigação e análise utilizaram-se as categorias trabalho, processo histórico, perfil profissional e totalidade de relações sociais que serão discutidas no capítulo I para embasar a pesquisa. Buscou-se neste capítulo perceber as mudanças políticas, dos modelos assistenciais e suas repercussões dentro do segmento do ACE. Ao se aproximar das práticas

da construção atual do trabalho dos ACE, pode-se compreender a falta de uma formação técnica específica por décadas e a prática de ministrar apenas a complementação de conhecimentos num passado recente. Esse cenário tem sofrido mudanças a partir da criação do PROFORMAR, em 1997.

Com essas categorias, somadas à especificidade do público-alvo, pode-se discutir o primeiro objetivo desse estudo, a análise do processo histórico, político e técnico da organização e da formação dos trabalhadores da(s) vigilância(s) – no projeto assistencial de Niterói.

Cabe dizer que no estudo realizou-se um levantamento bibliográfico de textos acadêmicos do período 2000 a 2005, em busca da discussão sobre a formação do ACE. Contudo, verificou-se uma variedade de nomenclaturas dos trabalhadores que desenvolvem a ocupação do ACE. Esses trabalhadores foram formados por tendências de gestão e em modelos de atenção diferentes. É importante ressaltar que a categoria de identidade profissional não é objetivo da dissertação, mesmo entendendo a relevância do tema, pois está relacionado com as formas socialmente construídas pelos indivíduos que se reconhecem uns aos outros no campo do trabalho e do emprego (VIEIRA, 2007).

Vale enfatizar que, nesta dissertação, quando se fala de Agentes de Controle de Endemias (ACE) em Niterói, está se apontando para os Agentes de Controle de Zoonoses, como são identificados no município, e não aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que, apesar de terem ocupação e nomenclatura mais recentes, exercem algumas ações sobrepostas às dos ACE. O ACS teve sua categoria profissional reconhecida socialmente no contexto sociopolítico contemporâneo, de acordo com a Portaria 11.350/2006, que definiu as atribuições desse trabalhador.

A opção inicial de pesquisa era o levantamento do processo de formação do ACE, campo que se frustrou, por dois motivos principais: as mudanças de endereços dos setores que cuidavam dessa estratégia e as chuvas torrenciais do ano de 2010, que levaram a perda de documentos que estavam no arquivo geral da Prefeitura Municipal de Niterói (PMN). Optou-se, então, por textos acadêmicos indicados pela mesa de qualificação, que recomendou um recorte histórico institucional, narrando a construção do perfil do trabalhador da Vigilância em Saúde do SUS-Niterói.

Dentre os estudos pesquisados foram identificadas as seguintes discussões: a formação dos trabalhadores da(s) vigilância(s); a educação em saúde para comunidades; a prevenção de agravos à saúde; a política Nacional de Atenção Básica; a Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde; a introdução dos ACS nas ESF; a Estratégia de Saúde da Família; a avaliação e gestão de trabalho; as Diretrizes para a integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde.

Todos os trabalhos pesquisados apontaram a valorização do trabalhador da Vigilância em Saúde de nível médio como elo entre as ações do Estado e as comunidades que objetivavam: diagnosticar problemas, minimizar conflitos e propor soluções pontuais à comunidade. Essa política, no contexto contemporâneo, focaliza as ações assistenciais públicas, nas quais o entendimento do papel da saúde se apresenta como uma mercadoria, e não um direito.

Esse estudo adota o trabalho como princípio educativo¹ na perspectiva histórica, pois somente assim foi permitida a aproximação da realidade multifacetada que compõe a formação profissional do ACE. Ao considerar essa perspectiva, visa a contribuir para a compreensão do processo de formação e de trabalho do grupo estudado, e, com isso, buscar produzir elementos para a sua emancipação. Tomar o trabalho como princípio educativo possibilita ao trabalhador perceber, no seu conjunto, o processo de transformação da natureza em benefício individual e coletivo, colocando-o em condições de incrementar seu potencial criativo.

No capítulo II, a discussão conduziu o estudo para outras fontes, como os textos normativos das conferências nacionais e municipais de Saúde, nos quais se percebeu os discursos e contra-argumentos para o trato da questão da formação do ACE. Com o objetivo de analisar as políticas formativas em serviço promovidas pela Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde (SEGTS) e a condução dada pela Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Neste estudo, segundo Batista (2007), entende-se as políticas públicas como o conjunto de ações desencadeadas pelo Estado capitalista; contudo, o mecanismo que visa à garantia da reprodução da força de trabalho atua num espaço contraditório de correlação de forças – Estado x força de trabalho.

A escolha do recorte temporal de 2000 a 2005 se pautou, principalmente, nas ações da

¹ “A doutrina materialista de que os homens são produtos das circunstâncias e da educação, e de que, portanto, homens modificados são produtos de circunstâncias diferentes e de uma educação modificada, esquece que as circunstâncias são modificadas precisamente pelos homens, e que o próprio educador precisa ser educado” (MARX e ENGELS, S/D, p.108). Nesta citação percebe-se que o elemento central que define a concepção do princípio educativo do trabalho baseia-se na explicação marxiana de que é o homem é humanizado pelo trabalho. Enquanto que no modo de produção capitalista, o trabalho encontra-se subsumido ao capital, é fonte de alienação, e tem o objetivo de educar os trabalhadores no sentido de uma sociabilidade de relações sociais estranhadas – ou como aponta Adorno (1986) produz a semi-formação. Neste sentido, identificar o princípio educativo do trabalho na atualidade significa acomodar-se ao processo de estranhamento e alienação decorrente das relações sociais em que os homens produzem sua existência.

SEGTE em saúde e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que implantou e incentivou, nacionalmente, o investimento na área de Educação Profissional. Conseqüentemente, essa política repercutiu no âmbito municipal. Foi por esse motivo que o estudo realizou a pesquisa junto à estrutura de formação da área de saúde do município, evidenciando suas ações junto ao público-alvo.

No capítulo III, a autora discute o último objetivo: estudar as concepções dos processos formativos dos trabalhadores e seus limites, possibilidades, e como essas concepções se refletem na formação do ACE no Município de Niterói. Para isso, pesquisou as dissertações que discutiam o processo histórico do município, além do aspecto territorial da cidade, evidenciando a organização e a formação dos trabalhadores da APS no final do século XX e o Modelo de Vigilância em Saúde do início do século XXI.

Houve limitações para a coleta de material para pesquisa. O levantamento de dados primários no estudo de campo sofreu interferências das mudanças administrativo-institucionais; dos deslocamentos de espaço físico e a movimentação de pessoal nos setores de formação devido a problemas sociais (violência urbana); e de catástrofes da natureza. Essas situações impediram a busca de parte das fontes primárias, que foram destruídas, fontes que diziam respeito aos documentos de cursos, capacitações e treinamentos realizados no período de 2000 a 2005. Isso forçou-nos a utilizar fontes documentais, tais como portarias federais e municipais e atas de conferências nacionais e municipais, para acompanhar as discussões sobre a formação do ACE.

1. Da qualificação à competência

1.1. Concepções sobre a categoria Trabalho

Marx, ao discutir o método científico mais seguro, levou em consideração as determinações objetivas e subjetivas, uma tentativa segura de romper com a dualidade do método científico. A análise marxista considera o movimento constante da realidade dentro da sociedade historicamente construída, mantém uma coerência na tentativa de explicar a realidade articulando as dimensões objetiva e subjetiva.

No trabalho, essas dimensões são indissociáveis. Muitas definições conceituando o trabalho podem ser encontradas ao longo da história. Uma delas foi defendida por Marx:

Antes, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporeidade, braços, pernas, cabeça e mãos, a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil à própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. (MARX, 1983, p. 149)

A partir das inúmeras definições do conceito do que seria o trabalho, Frigotto (2009b) debateu a polissemia da categoria enquanto uma construção histórico-social. Esse autor defende o conceito marxista supracitado.

Por outro lado, no debate contemporâneo, vários autores têm considerado que a categoria trabalho perdeu sua força interpretativa, por ser considerada um “metadiscurso”, oriundo de pensamentos clássicos ultrapassados (positivismo e marxismo). Com isso, a polissemia da categoria trabalho dá margem à relatividade excessiva devido à grande fragmentação e às divergências conceituais.

Antunes (1999) e Iamamoto (2007) discutem a centralidade da categoria trabalho, considerando que, mesmo quando o trabalho assume novas formas, mantém-se como atividade. E, portanto, acreditam que a categoria continua sendo a base da discussão da correlação de forças entre capital e a força de trabalho.

As preocupações de Frigotto (2009a) embasam a discussão deste estudo quanto à formação profissional. Esta ocorre num ambiente desfavorável, em situações precárias no que tange à organização, numa situação em serviço; os treinamentos desenvolvidos são meramente pontuais, com o objetivo de preparar para executar uma ação. E é nesse momento que as políticas formativas expressam determinadas visões de mundo e perspectivas de classe, que se difere quando essa educação formativa ocorre na escola pode ter a possibilidade de ser considerada democrática.

Quando os gestores programam o que chamam de “treinamento” ou “capacitação” (que parecem considerar como atividades distintas, apesar de apresentarem a mesma dinâmica e metodologia), a preocupação consiste em melhorar a execução de tarefas. Isso se dá por meio de um processo destinado a aprender a fazer, que não inclui os fundamentos de tais ações nem a reflexão sobre o sentido delas. Assim, embora se fale nestas ocasiões em “trabalho como princípio educativo”, o que se pratica é o adestramento para tarefas. Se esse modelo satisfaz à gestão, é importante destacar que cria uma acomodação no trabalhador, que se sente amparado por esta metodologia. Essa questão será discutida adiante, no capítulo III. Tal fato traz implicações para a formação dos trabalhadores: a perspectiva de um simples treinamento se caracteriza pela ausência de condições de desenvolver um espaço reflexivo e de aprendizagem desinteressada.

Segundo Kosik (1978) define totalidade concreta “como um todo estruturado em curso de desenvolvimento e de autocriação” (p.43). O autor enfatiza que ao desenvolver o conhecimento do processo histórico de cada fato ou conjunto de fatos que compõem é possível desvelar parte da realidade, lembrando que essa é dinâmica. A formação enquanto um fenômeno deve ser estudado como um elemento que tem uma relação direta com a realidade.

Só a partir de uma análise que considere a totalidade social² poderemos entender os motivos pelos quais no Brasil, historicamente, a educação básica voltou-se para as camadas populares e, tão somente, visando à preparação para o trabalho e o desenvolvimento de habilidades básicas. Mediante as reformas das políticas educacionais, a educação regular e a formação técnico-profissional foram sendo alteradas com objetivo ao ajustamento à nova ordem mundial, definida pela globalização e pela reestruturação produtiva.

A partir da década de 1980, a situação tendeu à especialização do nível médio, ficando mais evidente a necessidade do capital. Tal necessidade é contraditória, visto que existe a restrição do mercado em produzir o número ideal de postos de trabalho que possam, de fato, admitir o total de trabalhadores requalificados. Nesse período ocorreu o maior investimento em diversas escolas técnicas, com intuito de desenvolver “competências reconhecidas pelo mercado. Competências e habilidades que não garantem o posto de trabalho e nem ascensão

² Adorno (1996) ressalta que a cultura está inserida na totalidade social, mas que a formação na contemporaneidade, ou melhor, a semi-formação dá apenas condições de desenvolver uma reflexão insuficiente “e investigações isoladas sobre os fatores sociais que interferem positiva ou negativamente na formação cultural, as considerações sobre sua atualidade e sobre os inúmeros aspectos de suas relações com a sociedade, pois para elas a própria categoria formação já está definida a priori” (p.344).

numa determinada carreira, mas para propiciar a empregabilidade³” (FRIGOTTO, 2009b, p.9).

Entende-se nesta dissertação o conceito de empregabilidade como a capacidade de o trabalhador se manter ou se integrar no mercado de trabalho, municiando-se de atributos capazes de colocá-lo em igualdade de condições na disputa por uma vaga de emprego com outros trabalhadores. De fato, na década de 90, isso significou retirar a obrigação do Capital e do Estado:

O conceito de empregabilidade, nesse ínterim, [é entendido] como um mecanismo que retira do Capital e do Estado a responsabilidade pela implementação de medidas capazes de garantir um mínimo de condições de sobrevivência da população. Ao se responsabilizar os indivíduos pelo estabelecimento de estratégias capazes de inseri-los no mercado, justifica-se o desempenho pela falta de preparação dos mesmos para acompanharem as mudanças existentes no mundo do trabalho (OLIVEIRA, 2009, p.200).

Adorno (1996) desenvolveu uma discussão com vários autores sobre os aspectos subjetivos e objetivos do processo de formação para o trabalho, e conclui que esta formação tinha:

(...) a ideia filosófica de formação que a ela corresponderia, e se dispôs a formar de maneira protetora a existência. Havia um duplo propósito: obter a domesticação do animal homem mediante sua adaptação interpares e resguardar o que lhe vinha da natureza, que se submete à pressão da decrépita ordem criada pelo homem (ADORNO, 1996, p. 346).

Na perspectiva Educação Profissional, que não é monolítica, existem diferentes propostas no SUS e nas Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS) que redirecionaram suas ações a partir de uma visão de mundo, e consideram o potencial educativo do ambiente de trabalho, propondo o “modelo da formação em serviço”. Mas pode-se cometer um grande equívoco na formação em serviço: acreditar neste potencial mas focalizar suas ações metodológicas. Isso porque se trata de uma:

(...) preparação do indivíduo, com a assimilação de novos hábitos, conhecimentos, técnicas e práticas, voltadas para a satisfação de demandas no exercício da profissão. Geralmente, insere-se dentre as práticas implementadas pela administração empresarial, visando o desenvolvimento de recursos humanos que propicie maior produtividade do trabalho, mas pode ocorrer também por iniciativa de outras instituições, tais como agências formadoras, escolas, sindicatos, etc. O treinamento profissional caracteriza-se também por almejar objetivos bem delimitados e por buscar alcançar uma operacionalização e aplicabilidade imediatas dos conteúdos e aspectos trabalhados nas suas atividades. E, exatamente, em razão do pragmatismo que o orienta, tende a ser limitado enquanto processo educacional e, muitas vezes, é questionado pela maneira imediatista de lidar com o conhecimento, as atitudes e hábitos a serem desenvolvidos nos treinandos. (ARANHA, 2000, p.33)

Sendo assim, seguindo a linha de raciocínio de Aranha (idem), poder-se-ia superar o

³ “A empregabilidade é um conceito mais rico do que a simples busca ou mesmo a certeza de emprego. Ela é o conjunto de competências que você comprovadamente possui ou pode desenvolver - dentro ou fora da empresa. É a condição de se sentir vivo, capaz, produtivo. Ela diz respeito a você como indivíduo e não mais a situação, boa ou ruim da empresa - ou do país. É o oposto ao antigo sonho da relação vitalícia com a empresa. Hoje a única relação vitalícia deve ser com o conteúdo do que você sabe e pode fazer” (FRIGOTTO, 2009, p.10).

pragmatismo com cursos formais mais amplos com formação geral, como os que acontecem na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, que adotaram a categoria trabalho com fins ético-político-pedagógicos, dentro da proposta de desenvolver a Educação Profissional como uma formação “desinteressada”, no sentido gramsciano e democrático, e segundo Frigotto (2009a):

Trata-se de construir um pensamento educacional contra-hegemônico antagônico combatendo a internalização e a consciência de subordinação dos valores mercantis mediante uma teoria e práxis educativa emancipadora. Isto se torna possível porque o sistema capital não é eterno e expressa contradições insanáveis. (FRIGOTTO, 2009a, p.12)

A discussão teórica e o reconhecimento ideológico das expressões políticas da formação contemporânea passam pelos conceitos de “qualificação e competência” que foram incorporadas no campo da Educação, depois de serem amplamente utilizados no campo do Trabalho. Neste estudo, para entender as práticas e as relações sociais que estão no bojo da formação dos ACE, no município de Niterói, tais conceitos embasam a formação desses trabalhadores.

A qualificação, no contexto contemporâneo, é tida como um conjunto de habilidades e conhecimentos adquiridos pelo trabalhador para exercer uma atividade de trabalho. Esse processo desenvolve-se em espaços diversificados (como escola, família, local de trabalho, sindicato, associações, e outros). Trata-se, ainda, de uma construção social de um processo dinâmico para o acúmulo de experiências concretas de trabalho, de vida cotidiana e da aquisição de novos conhecimentos e habilidades, por vias formais e informais.

A valorização da cultura desenvolvida na inserção social do trabalhador e da sua rede de relações, a sua atividade social são fontes para a aquisição de novas qualidades. Mas essa qualificação contínua, técnica e tecnológica é determinada por um momento histórico. Bem como, a noção de competência se agrega a esse processo de qualificação, pois é a capacidade de confrontar as regras e normas mais amplas com as situações singulares que promove e incentiva o desenvolvimento de uma “visão global e atualizada do trabalho e a arte de tomar a decisão”. Essa noção de competência, inclusive, permite remunerar diferentemente cada trabalhador, “segundo o engajamento subjetivo e a capacidade ‘cognitiva’ de compreender, antecipar-se e resolver os problemas de sua função da empresa” (ARANHA, 2000, p. 34). Essas expressões foram sendo assimiladas pelo mundo do trabalho, desde a década de 70, primeiro no processo produtivo (indústrias e empresas) e depois para o setor de serviços.

As relações sociais contemporâneas, dentro da perspectiva tecnicista da Educação Profissional para o trabalho, pautam-se nos conceitos de qualificação e competência,

defendem o ensino em serviço, com ênfase no papel de padronização e de controle do trabalhador por meio desse processo formativo. E os “novos” sentidos de competência e qualificação são assimilados pelos trabalhadores, pós-reestruturação do mercado, de forma naturalizada, e pressupõem um trabalhador acrítico. O estudo presente adota o trabalho como princípio educativo na perspectiva histórica, permitindo mediar a distância entre a educação profissional tecnicista e a educação profissional politécnica, voltada para a formação do ACE e outros trabalhadores de nível médio que ocupam as ações da Vigilância em Saúde.

1.2. Concepções sobre a gestão do trabalho: dentro e fora da área da Saúde

Ao longo do século XX, a vinculação dos trabalhadores no mercado de trabalho sofreu mudanças nos moldes tradicionais. O discurso capitalista defendia a desregulamentação das normas de contratos de trabalho, que passaram a ser consideradas como rígidas, pois, segundo os empresários, impediam a ampliação do mercado. A proposta de “flexibilização” e revisão das políticas sociais visava amenizar as crises econômicas e financeiras. Essa reivindicação das empresas, das indústrias e do próprio Estado levou à “flexibilização” dessas regras, com objetivo declarado de desonerar as obrigações trabalhistas para que se pudesse ampliar o número de trabalhadores, o que ocorreu de forma incipiente.

Outra estratégia desse processo foi a terceirização das funções, que potencializava o cumprimento da missão institucional e atividade fim das empresas/indústrias/serviços enquanto os logísticos – como setores da limpeza/higienização, zeladoria, segurança, administração entre outros – eram administrados por outras empresas que prestariam serviços, visando assim à diminuição dos custos operacionais das empresas contratantes.

A estratégia de reversão desse quadro na economia globalizada foi o desmantelamento dos ganhos sociais, que ocorreu na década de 80. Utilizou-se a produção de conhecimentos e a mídia para influenciar e propor novas tendências de gestão produtiva do trabalho. A desregulamentação das relações do trabalho para melhoria desse cenário de crise passou a ser o “lema” desse período.

Dessa forma, principalmente a partir da década de 90, a superprodução de mercadorias na economia já globalizada não superou a crise econômica e ainda desencadeou o fechamento de postos de trabalho, gerando conflitos e crises sindicais. Nada disso evitou a diminuição de lucros.

As crises cíclicas do capital, desde o século XVIII, impuseram ao mercado desenvolver várias tentativas de revertê-las, com o objetivo de restabelecer o padrão de acumulação e a manutenção de um sistema econômico equilibrado.

Uma dessas tentativas foi o desenvolvimento de conhecimentos na gestão do trabalho, como o processo conhecido como Taylorismo, também chamado de Administração Científica, uma estratégia de racionalizar os custos e aumentar os lucros. Esse processo foi um modelo de administração desenvolvido pelo engenheiro norte-americano Frederick Winslow Taylor (1856-1915).

O principal objetivo de Taylor foi solucionar problemas no campo da produção em massa. O mesmo aperfeiçoou o “tempo” por meio de ações cronometradas para realizar uma atividade a fim de melhorar as relações entre os setores de trabalho, maximizando os produtos elaborados. Seu estudo e empenho resultaram em mudanças na produtividade.

Para este teórico, o “bom” operário deveria ter como característica a docilidade de não questionar as ordens ou as instruções, além de executar o que expressamente fora determinado. Outra característica era a valorização da gerência, que planeja e polícia os executores da produção, enquanto o trabalhador (operário) apenas realiza as determinações, ordens e tarefas que lhe são passadas.

O método de produção de Taylor tem como característica a padronização dos homens como “coisas” que podem ser controladas e reproduzidas, dentro de uma perspectiva funcionalista. Portanto, nessa tendência, o trabalhador é tido como ferramenta ou engrenagem. Segundo Taylor, o controle do trabalhador traria melhorias no processo de produção.

Outro modelo, denominado Fordismo, foi idealizado pelo empresário norte-americano Henry Ford (1863-1947), fundador da Ford Motor Company. Ford pretendia criar um processo de trabalho que alimentasse um mercado de massa – no caso, para massificar a produção e venda de automóveis. O objetivo de Ford era tornar o automóvel tão barato “que todos pudessem comprar”. Cabe ressaltar que essa forma de organizar a produção ampliou significativamente suas vendas de veículos nos Estados Unidos, e forjou uma tendência mercadológica que se espalhou pelo mundo.

Ford pretendia moldar um perfil de trabalhadores na linha de montagem, adaptando-os ao modelo de produção em massa que revolucionou a indústria automobilística na primeira metade do século XX. A intenção, neste caso, era que o trabalhador se tornasse uma engrenagem, como uma parte da máquina.

Esse personagem visionário aprimorou os princípios de padronização e simplificação de Taylor, desenvolvendo outras tecnologias por meio de fragmentação de movimentos, tempo de trabalho de seus funcionários e o surgimento de novas profissões.

Ford absorveu todas as instâncias de produção de seus automóveis: fábrica de vidros

para seus carros, plantação de seringueiras para os pneus, até mesmo a siderúrgica para o fornecimento da matéria-prima da fuselagem das peças do automóvel. Ele expandiu suas técnicas, avançadas para a época, a outros ramos de produção.

A principal característica dessas tendências era a separação da gerência, da concepção, do controle e da execução. Esses modelos de produção (Taylorista e Fordista) persistem até os dias de hoje na gestão de trabalho (organização e produção), e, embora não sejam mais hegemônicos no mundo contemporâneo, mantêm grande influência em países em desenvolvimento.

As inovações de Ford eram uma extensão das tendências já estabelecidas. Na verdade, o seu grande feito foi racionalizar velhas tecnologias, detalhando-as na divisão do trabalho pré-existente. Ford foi visionário porque não encarou os trabalhadores apenas como mão de obra a ser explorada no limite de suas potencialidades, mas como possíveis consumidores dos seus produtos. E, segundo Thompson (1998b), apontou que não existe desenvolvimento econômico que não seja ao mesmo tempo crescimento e mudança de uma cultura. Demonstrou que o desenvolvimento de uma consciência social, como o desenvolvimento da mente de um poeta, jamais pode ser em última análise planejado (p.204).

Outras características do modelo fordista que o distinguem do modelo taylorista são: o reconhecimento de que a produção em massa significava o consumo em massa; um novo sistema de reprodução da força de trabalho; uma nova política de controle e gerência do trabalho; em suma, a intenção declarada de seu formulador de produzir um novo tipo de sociedade “democrática e racionalizada”. Essa democratização significou, na verdade, permitir ao cidadão o acesso a bens de consumo – o que pode ser considerado o início embrionário da concepção de cidadania equivalente à situação de consumidor.

A partir da década de 70, no contexto do Japão pós-guerra, surgiu um novo processo conhecido por toyotismo. Essa nova tendência, discutida por Oliveira (2004), recebe seu nome da indústria automobilística em que se desenvolveu inicialmente, ampliando-se a seguir em todo o mundo e em todos os setores do mercado. O toyotismo deve ser entendido tanto como uma dimensão ideológica como uma política de organização da produção, e foi definido por Harvey (1992) como um Modelo de Acumulação Flexível.

Oliveira (2004) discutiu essa tendência por se pautar no consentimento do trabalhador para a exploração do seu trabalho, numa economia tecnologicamente avançada (automobilismo japonês, por exemplo). Esse trabalhador se envolve pelo discurso Modelo de Acumulação Flexível e se sente parte da empresa, considerando-a sua família. Mas tal

processo não ocorre em todo o setor produtivo, somente naquele de ponta no qual existe um espaço de negociações dos dissensos para formação de pactos. Porém, nos casos de países periféricos ou em desenvolvimento, se sobrepõem o conceito de coerção e o sufocamento de reivindicações coletivas. O conceito de coerção como estratégia é mais utilizado neste contexto, dada a precariedade de consciência de classe. E, portanto, a expropriação real da mais-valia se acirra dentro dos segmentos da classe trabalhadora.

O conceito gramsciano de consenso leva a colaboração, que, por meio de negociação e convencimento, cria uma espécie de “diálogo” que, contudo, não descarta a utilização da coerção em determinados momentos. Pela mão do Estado, por meio da tarefa educativa e formativa, a concessão dos dominantes e dos dominados envolvidos no processo produtivo cria uma sociabilidade que consegue um conformismo social para possibilitar obter “resultados objetivos de elaboração nos costumes, nos modos de pensar e agir, na moralidade, etc.” (GRAMSCI, 1978, p. 223).

De fato, a metodologia de trabalho dessa tendência do Modelo de Acumulação Flexível integra o saber-fazer do trabalhador às técnicas e a tecnologia da empresa, tornando-se, assim, um “bem social da empresa”. Esse “bem social” criado e desenvolvido pelo trabalhador é incentivado pela empresa e estimula o repasse a “todos”, assim sendo, torna-se um patrimônio cultural empresarial.

Dessa forma, é criada uma falsa aura de generosidade e responsabilidade social por parte da empresa, que se pauta na participação do trabalhador. A empresa lucra triplamente com a inovação tecnológica; o direito e o acesso do “bem social”, que despertou o interesse de um determinado grupo da empresa, é aprimorado e (re)utilizado; o aumento da produtividade devido à disputa individual e entre as equipes de trabalhadores; e o pequeno incentivo (financeiro ou visibilidade pelo quadro de funcionário do mês) remunera um ou outro trabalhador sem se tornar um aumento real para o coletivo, e ainda, aguça o sentimento de “gratidão” do trabalhador – devido à gratificação recebida. Tudo isso tem um único objetivo: o aumento real do capital empresarial/industrial por meio do aumento da produtividade do trabalhador. Esse processo só não é ideal para o trabalhador coletivo, visto que o lucro não é socializado entre todos os envolvidos no processo produtivo.

Segundo Antunes (1999), o conceito de participação dentro de uma perspectiva neoliberal se edifica em conjunto com outros instrumentos no processo formativo e educativo, mediado por conceitos subjetivos que envolvem o empreendedorismo, o corporativismo, o trabalho voluntário e levam à superexploração do trabalho.

Esse tipo de participação reacende a ideia da individualização do trabalhador, que está dentro da lógica de mercado neoliberal. Nessa, a sociedade, o mercado exigem desse trabalhador a busca incessante da competitividade, da especialização, da polivalência e da flexibilidade, na tentativa de superar e atingir o sucesso financeiro e profissional.

Para entender tal processo, que foi difundido mundialmente, é preciso entender outro processo: a globalização dos mercados, utilizada pelo sistema econômico (neoliberal) para divulgação e ampliação das novas tendências do mercado, visando ao processo de reestruturação do capital e servindo como recuperação do ciclo produtivo.

Hosbsbawm (2007), em “Era dos Extremos”, propõe uma discussão sobre a globalização de mercados, que qualifica como um intercâmbio internacional dos países em processos, níveis e graus diferenciados. Para ele, o que se convencionou chamar de globalização não pode ser entendido como um tempo de igual divisão internacional política, econômica e militar entre os diferentes países. Os processos de intercâmbio comercial, informacional, cultural e financeiro são marcados por novas formas de relação desigual entre países. E o processo é contraditório, pois os campos supracitados não ocorrem num processo completo, devido justamente ao desnivelamento entre os países.

A globalização, por ser contraditória, dá margens a efeitos indesejáveis também para o capital, em todos os aspectos, pois possibilita as disputas de mercados em territórios, entre os países que detêm o grande capital financeiro. Esses efeitos favorecem a melhoria da qualidade de vida relativa das populações dos países periféricos, proporcionando acesso a bens de consumo nos territórios ocupados. Entretanto, paralelamente, desrespeita os direitos trabalhistas e a autonomia do mercado interno das nações, que têm seus territórios invadidos por grandes empresas sem, muitas vezes, retorno fiscal.

A estratégia da globalização difundiu a tendência do Modelo de Acumulação Flexível pelo mundo. Portanto, dentro desse processo, mais uma vez o sistema capitalista buscou a capacidade de se reinventar e, ainda, experimentar outras tentativas de restabelecer o padrão de acumulação.

De acordo com Antunes (1999), esse processo afetou fortemente o mundo do trabalho, promovendo alterações importantes na forma de organização da classe dos trabalhadores assalariados. O trabalho assalariado com norma contratual entrou em colapso e minou a solidariedade entre a classe trabalhadora, devido à fragmentação dentro dos postos de trabalho em função das terceirizações.

Com a eliminação dos postos de controle – como supervisão –, formaram-se as

chamadas “ilhas de produção”, que correspondem ao trabalho em equipe. Nelas, o trabalhador solitário se afasta das necessidades do homem coletivo e das lutas sociais em benefício do bem comum; restando embates por demandas focais e a luta pela sobrevivência e pela conservação do posto de trabalho, o que leva ao desinteresse do entendimento do sistema econômico em que seu trabalho foi forjado.

Nessa “nova” tendência, o Homem é cada vez menos valorizado em detrimento da máquina, que, tecnologicamente, está mais avançada. É ela que imprime o ritmo à produção de mercadorias. Portanto, para o mercado, a melhor saída é a automação da linha de produção, para manutenção da alta produtividade. Sendo assim, a menor dependência do ser humano se traduz na diminuição de postos de trabalho, desoneração de custos e aumento dos lucros.

As políticas públicas, como o SUS, não ficaram imunes ao Modelo de Acumulação Flexível (Toyotismo). Sofreram com a reestruturação produtiva com investimento pesado em tecnologias e automação, principalmente nos níveis de atenção terciária e quaternária de saúde (hospitais e hospitais universitários), o que seria positivo se não ocorressem distorções, como no exposto a seguir:

Em nome da modernização gerencial, entrega-se nas mãos de agentes privados, como as cooperativas médicas, os serviços de saúde, que são financiadas com recursos públicos. O exemplo mais dramático dessa política de corte neoliberal ocorreu na gestão Paulo Maluf, com a implantação do Plano de Assistência à Saúde (PAS), na segunda metade dos anos 1990 (Elias, 1999), em que toda a rede pública do município de São Paulo foi entregue às cooperativas de trabalho e os funcionários se tornaram cooperativados. Assim, ao mesmo tempo, elimina-se a figura do servidor público com a flexibilização e a desregulamentação das relações de trabalho, e compromete o serviço que antes era público com o faturamento, com a otimização da relação custo-benefício, com a quantidade e não com a qualidade da atenção prestada à população. Além disso, ainda temos uma forma de privatização que se dá no interior do próprio setor público, que é a terceirização de determinados setores, como os serviços de diagnóstico e terapia. (LIMA, 2005, p.5)

Na década de 90, o discurso de modernização do Estado, com objetivo de “enxugar” a máquina pública e aperfeiçoar as planilhas de gastos dos recursos financeiros, criou uma grande estratégia que levaria à minimização das ações do governo, com objetivo de abrir mais espaço para o mercado privado. Saúde e a Educação, considerados como serviços, sofreram redução de recursos para investimentos públicos e, ao mesmo tempo, ampliação da participação do mercado.

Todo esse movimento acirrou a disputa por hegemonia de modelo dentro da gestão do SUS, desencadeando a discussão sobre o tipo de formação para o trabalhador SUS:

Do ponto de vista da prática educativa ou da formação profissional em saúde, essa nova concepção de saúde vai exigir uma nova concepção de educação, segundo a qual os trabalhadores deveriam ser educados não apenas para compreender o seu papel como membros de uma equipe de saúde, mas principalmente para participar da

gestão do sistema, intervir na sua organização e atuar no seu controle. Quer dizer, o par ‘formação-participação’ é consequência direta do lema central do movimento da reforma sanitária, sintetizada na ideia *Saúde e Democracia*. A formação profissional é entendida aí como uma condição *sine qua non* para a própria participação, no sentido de qualificar a intervenção dos trabalhadores na definição e organização do sistema de saúde, aliando com isso, a dimensão técnica e a dimensão política na formação dos futuros dirigentes do sistema. (LIMA, 2005, p. 2)

A formação do trabalhador multifuncional contida na perspectiva da polivalência da Educação Técnica-Profissional era amplamente valorizada, tanto na esfera privada quanto na pública. Na contramão, no final dessa década, o segmento do ACE e os outros trabalhadores da área da Atenção Primária no modelo de Vigilância em Saúde de nível médio (que trabalha na área da prevenção e controle de zoonoses) vislumbravam um processo de educação profissional com formação politécnica como princípio, inovadora no país.

Contudo, a gestão do trabalho desse segmento de trabalhadores mantinha-se regida marcadamente pelos modelos ditos tradicionais ou clássicos – Taylorista/Fordista – devido às tarefas prescritas, militarizadas e bem mais controladoras por guias e cartilhas da FUNASA e mapas de produção, recebendo dessa forma novas influências do mercado. Nessa lógica, a gestão do trabalho mantém uma forte influência dessas tendências clássicas, que se pautam em um “bom trabalhador” executor de tarefas repetitivas, influenciado pela lógica do Modelo de Acumulação Flexível, que traz consigo novos questionamentos e pensamentos. O estímulo para exercer a maior “participação” e a “criatividade” no processo produtivo traz, neste contexto, a emergência de uma tensão que evidencia o pauperização do ambiente, do vínculo e das condições de trabalho que levam a arguir ordens e tarefas. Essa contradição tem como pano de fundo as perspectivas que permeiam a formação, ou a falta dela, no segmento desses trabalhadores.

1.2.1. Tendências na formação para o trabalho

Para iniciar essa discussão é necessário esclarecer o conceito de formação enquanto um processo de educação, que possibilita ao homem inserir-se em seu processo histórico-cultural como sujeito. Esse processo capacita esse homem para o enfrentamento da realidade sem a tutela de outrem. Adorno (1996) alega que existe uma intrínseca relação entre Educação/Formação e Emancipação, como possibilidade de sair do estado de acrítico a que o homem está submetido. Neste estudo, verificamos que nas tendências taylorista e fordista de formação para o trabalho existe uma tentativa de abandonar a relação supracitada.

No Taylorismo, o trabalhador era tido como “gorila amestrado” e por isso possuía sua capacidade cognitiva ignorada. Dessa forma, para a formação desse tipo de trabalhador, era

necessária apenas uma transmissão de conhecimento acrítico.

Nessa tendência, o trabalho simples deve ser executado, sem a necessidade de perder tempo com a educação ampla. Assim, a educação básica para o trabalhador independeria do ofício exercido, visto que bastaria a educação necessária para exercer uma atividade laboral simples.

Vale ressaltar que as atividades de trabalhos, nas quais Taylor se pautou, foram os trabalhos domésticos e os da medicina, pela capacidade de otimização de tempo na execução de tarefas que permitiam manter uma rotina e protocolos.

Contudo, a monotonia, a alienação e a superfragmentação do trabalho fizeram com que o modelo entrasse em decadência. Trabalhadores criaram resistência a ele, e, com o passar dos anos, as empresas tiveram que modificar sua estratégia de controle para adaptar-se ao modelo de produção capitalista.

No Fordismo, foi mais sofisticada a tendência para a formação do trabalho, que exigia um perfil especializado, geralmente semiqualificado. Mas esse trabalhador também estava voltado para a execução de tarefas simples, parceladas e repetitivas.

Dentro da perspectiva clássica, a formação se daria por meio de cursos no formato de treinamento, que objetivavam a especialização do trabalhador para uma determinada etapa da produção específica. A formação educacional deixou de ser, essencialmente, básica, exigindo um modelo tecnicista que abarcasse a tecnologia desenvolvida.

Portanto, o conhecimento permanecia fragmentado e pontual, não se necessitando de um trabalhador com desenvolvimento de iniciativa, de concepção ou geração de ideias referentes ao processo de gerenciamento ou planejamento da produção.

Por conseguinte, o trabalhador continuava afastado das decisões e em poucas ocasiões poderia ser ouvido, no que concerne ao processo produtivo como um todo ou sobre os rumos da produção e gestão da empresa. Dessa forma, no cotidiano do trabalhador, permanecia apenas a execução de tarefas, a depreciação pela autonomia desse sujeito portador de conhecimento.

A diferença entre o Modelo de Acumulação Flexível e as tendências Taylorista/Fordista está na qualificação do trabalhador, visto que a lógica desse modelo de produção está baseada na relação intrínseca entre formação e posto de trabalho, bem como entre qualificação e trabalho especializado.

Contraditoriamente, na nova tendência, valoriza-se a exploração cultural, apreendendo informações por meio do conhecimento cognitivo e colaboração do trabalhador, além de se

fomentar a criatividade e a competição entre as equipes ou células de produção para efetivamente buscar melhorias.

O Modelo de Acumulação Flexível carrega os padrões de subjetividade incorporados pela cultura da empresa ou indústria, valorizando determinados atributos pessoais ligados à individualidade, tais como: espírito de liderança, capacidade de relacionar-se em grupo e/ou, “espontaneidade” dentro de padrões pré-estabelecidos. Nesta perspectiva, abre espaço para avaliações que para os trabalhadores são arbitrárias, e apreciações baseadas em critérios nada objetivos, que se referem à determinação de perfil do trabalhador para determinada realidade da empresa, como os relatos da pesquisa de Oliveira (2004) demonstraram.

A articulação da formação com a qualificação profissional para ocupar um posto de trabalho busca suprir a necessidade de mercado. Essa foi uma das estratégias para reter a emancipação sociocultural do trabalhador por meio da limitação do conhecimento, pois a ênfase na cultura valoriza apenas parte de uma face do processo, cultura esta entendida como a educação formal e aquela forma “extrapedagógica” construída nas relações sociais humanas (famílias, religiões, comunitárias entre outras).

Segundo Adorno (1996), ao discutir-se o conceito de cultura se produz um caráter objetivo, que é sedimentar uma sociedade; ao mesmo tempo, subjetivamente, constitui uma:

(...) semiformação socializada, na onipresença do espírito alienado, que, segundo sua gênese e seu sentido, não antecede à formação cultural, mas a sucede. Deste modo, tudo fica aprisionado nas malhas da socialização (...) é a apropriação subjetiva da cultura. (ADORNO, 1996, p. 346)

São esses conceitos da formação cultural e a semiformação, que, ao mesmo tempo e contraditoriamente, propiciam a adaptação e a conformação à vida real e a autonomia e liberdade do sujeito. Segundo o autor, quando o campo de forças, denominado como Formação, se paralisa em categorias fixas, cada uma delas isolada, coloca-se em contradição com seu sentido original e fortalece a ideologia.

A educação técnica e tecnológica, sendo mantida apenas no contexto instrumental, apesar de ser importante, impossibilita o surgimento de um espaço formal de formação de consciência política e crítica. Essa discussão busca refletir sobre a formação e o conhecimento, na área da saúde, especificamente, de novos trabalhadores da(s) vigilância(s) no modelo de Vigilância em Saúde, tendo em conta a discussão de Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) sobre a necessidade de implantação desse modelo:

A possibilidade de que análises mais abrangentes da situação de saúde conduzissem a propostas de reorganização dos serviços é discutida por Paim, com base em um diagrama que ilustra o processo de transição para um novo modelo assistencial, no

qual a oferta organizada de serviços viesse a suplantar as ações dirigidas ao atendimento da chamada “demanda espontânea”, bem como as ações realizadas a partir da implantação dos chamados “programas especiais” - dirigidos a grupos populacionais específicos. (...) “A organização da oferta”, ou oferta programada, seria o espaço de articulação do enfoque epidemiológico, na medida em que a programação e execução das ações e serviços deveriam partir da identificação dos problemas e necessidades da população em territórios delimitados, a exemplo do que vinha ocorrendo em vários Distritos Sanitários em processo de implantação. (ID., p.14)

Do modelo assistencial APS ao Modelo de Vigilância em Saúde no Brasil houve uma longa ausência de formação específica do ACE. Tais agentes, apesar de terem começado sua ocupação no final do século XIX, conquistaram sua profissionalização só no século XXI com os trabalhadores de nível médio na área da saúde.

O reconhecimento político de uma educação profissional voltada para esse segmento de trabalhadores retoma a discussão de Adorno (1996) que considera a educação, dentro de uma perspectiva dialética, como práxis humana; sendo os conceitos de Formação Cultural e Educação indissociável no processo de conscientização do homem na sua realidade e no seu cotidiano por meio da sua história, constituindo-se num movimento dialético de um mesmo processo.

1.2.2 Influência das tendências na formação de um novo tipo de trabalhador

De modo a facilitar a compreensão do processo político de formação de trabalhadores, o recorte temporal utilizado nesse estudo foi o primeiro quinquênio da década de 2000. Para tanto, é preciso lembrar o que ocorreu no Brasil, quando o país estava sendo governado pelo Presidente Collor de Mello. Nessa ocasião, houve a tentativa de reformas nas superestruturas, que só se efetivaram de fato nos mandatos do Presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) - como a Lei 8.987 de 13/02/1995, que reorientou as estratégias do governo, desvinculando políticas públicas como Educação e Saúde como atividades exclusivas de Estado. Tais reformas tinham as seguintes finalidades no campo das políticas públicas:

1. A implantação de uma nova política sistemática de formação para o trabalho simples, investimento na educação básica;
2. Um novo “sistema nacional” de formação técnico-profissional;
3. O desmonte progressivo do aparato jurídico-político da formação para o trabalho complexo – esse processo foi continuado pelo governo do então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva.

Lima (2005), em seu estudo centrado na área de enfermagem, apontou a qualidade duvidosa dos cursos oferecidos pelo setor privado de ensino, na década de 1980. Tais cursos produziam uma grande massa de trabalhadores com uma formação aligeirada e superficial.

Além disso, no setor público na área de enfermagem atuava trabalhador sem qualquer formação específica. Essa situação era agravada pela necessidade de expandir a cobertura do SUS “decorrente do processo de municipalização da saúde”. Tudo isso estimulou a organização e abertura das Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS), na década de 1980. O autor exemplifica com o Projeto Larga Escala⁴, capacitação de trabalhadores na área de enfermagem (LIMA, 2005, p.10).

O Estado passa a assumir progressivamente a responsabilidade pela educação profissional em saúde no país, e permite que o setor privado também atue. Lima (2005) ressalta, ainda, que “a prática dominante dentro do setor público era o ‘aprender-fazendo’ na prática cotidiana e/ou por meio de treinamentos organizados por núcleos de formação”, abrindo espaços dentro dos próprios hospitais “para treinar/formar os seus trabalhadores” (id., *ibid.*).

Segundo Lima, o Movimento de Reforma Sanitária (MRS), que ampliou a concepção de saúde e lutou pela consolidação do SUS durante os anos 1990, mostrou que o processo de formação baseado apenas na experiência de trabalho e limitado a um treinamento já não bastava. O fortalecimento das ET-SUS permitiu a “formação e ampliação da consciência sanitária dos trabalhadores e dos futuros profissionais de saúde sobre os princípios da reforma e do projeto societário que ela enseja” (op.cit., p.10). O processo de formação tinha que contemplar a coparticipação na gestão/serviço/controle social pautados nos princípios do SUS.

A perspectiva democrática de formação e a participação do processo de gestão do trabalho em saúde, embora nessa década fosse uma necessidade, encontrou entraves burocráticos, visto que as ET-SUS tiveram seus processos de afirmação e consolidação mais dificultados por estarem em sua “maioria vinculadas às secretarias estaduais de saúde e que viveram ao longo desse tempo ao sabor das conjunturas políticas, clientelistas etc.”. E ainda

⁴ Segundo Lima, Projeto Larga Escala tratou-se de uma estratégia de formação com “(...) uma perspectiva democrática, que associa formação e participação (...) por meio de sua proposta de integração ensino-serviço. Um dos pressupostos dessa concepção pedagógica é a necessidade de uma ‘relação permanente’ entre a atividade didática e a prestação dos serviços, que sirva não só como substrato ao processo de formação, como a própria integração da escola com os serviços de saúde deve ser realizada na perspectiva de reorganização desses serviços com a participação dos trabalhadores” (2005:10). O Projeto Larga Escala constitui uma estratégia de formação para pessoal de enfermagem do setor saúde. Foi fundamental por atingir um grande contingente de trabalhadores, sem qualificação profissional específica, inseridos nos serviços de saúde. Tratou-se de uma opção acordada interministerial (da Saúde, da Previdência, da Assistência Social e da Educação), desenvolvida por meio da modalidade de educação do sistema formal do ensino nacional (supletiva). Estabeleceu-se como uma experiência pedagógica, por norma legal a Portaria de 11/03/1980, publicada pelo MS/Brasília. Responsabilidades institucionais no desenvolvimento do Projeto "Larga Escala"- Grupo Assessor Principal em 1983, alterada pela Portaria Ministerial de 27/04/1984, ratificada pela Resolução CIPLAN n° 15 de 11/11/85 (BRASIL, 1985), por força de Lei do Ministério da Saúde/Brasília.

se “verifica uma redefinição da concepção de educação do SUS” (id., *ibid.*).

1.3. Breve panorama da política de formação: Educação Profissional em Saúde no Brasil

Durante o segundo mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso, foi dada ênfase à Educação Profissional pautada no tecnicismo, com a devida apropriação tecnológica que o modelo internacional exigia. O mesmo ocorreu após a eleição do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que manteve essa política embora de forma diferenciada, no que tange à amplitude de acesso dos trabalhadores. Segundo Lima (2005), na formação na área da saúde estava em disputa a “perspectiva democrática de formação [e] a concepção restrita, de cunho individualista e voltado prioritariamente para o local de trabalho, muito longe da perspectiva de intersectorialidade, proposta por Arouca (2003)” (ID., *IBID.*).

Lima (2005), em seu estudo centrado na área de enfermagem, apontou a qualidade duvidosa dos cursos oferecidos pelo setor privado de ensino, na década de 1980. Tais cursos produziam uma grande massa de trabalhadores com uma formação aligeirada e superficial, além do fato de acesso diferenciado dos trabalhadores a esse tipo de formação, limitada aos que já atuavam na área, como atendentes e auxiliares de enfermagem – e que além disso, no setor público, atuavam como trabalhadores sem formação específica, como os “práticos”. Essa situação foi agravada pela necessidade de expandir a cobertura do SUS “decorrente do processo de municipalização da saúde” (p.9). Tais situações estimularam a organização e abertura das Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS), na década de 80. O autor exemplifica com o Projeto Larga Escala, para capacitação de trabalhadores na área de enfermagem.

O Estado passou a assumir progressivamente a responsabilidade pela educação profissional em saúde no país, ao mesmo tempo em que permitiu que o setor privado também atuasse. Lima ressalta ainda que “a prática dominante dentro do setor público era o ‘aprender fazendo’ na prática cotidiana e/ou por meio de treinamentos organizados por núcleos de formação”, abrindo espaços dentro dos próprios hospitais “para treinar/formar os seus trabalhadores” (Id., p.10).

Segundo Lima (*op.cit.*), o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) ampliou a concepção de saúde e lutou pela consolidação do SUS nas décadas de 1980/1990, mostrando que o processo de formação baseado apenas na experiência de trabalho e limitado apenas a treinamento já não bastava. O fortalecimento das ET-SUS permitiu a “formação e ampliação da consciência sanitária dos trabalhadores e dos futuros profissionais de saúde sobre os princípios da reforma e do projeto societário que ela enseja”. O processo de formação tinha que contemplar a co-participação na gestão/serviço/controlado social pautados nos princípios do SUS.

A perspectiva democrática de formação e a participação do processo de gestão do trabalho em saúde, embora fossem uma necessidade, encontraram vários entraves burocráticos. A consolidação das ET-SUS foi dificultada por estarem, em sua “maioria, vinculadas às secretarias estaduais de saúde e que viveram ao longo desse tempo ao sabor das conjunturas políticas, clientelistas etc.” (Id. Ibid.). Segundo o autor, ainda se “verifica uma redefinição da concepção de educação do SUS”.

Neste período, vários acontecimentos importantes e mudanças legais na Educação Profissional incidiram de forma contundente na formação do segmento do ACE:

A deliberação da 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) aprovada em plenário e transformada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na Resolução n.º 30, de 04/11/2003. A Resolução indicava a necessidade de um novo documento que veio a ser produzido pelo CNS, os Princípios e Diretrizes da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH/SUS). No ano seguinte, foi elaborada a NOB-RH – Norma Operacional Básica - (MS/2003).

A implantação da Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde (2002/2003), que passou a desenvolver uma Política de Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (RH do SUS) aplicada dentro e fora das ET-SUS, com impacto nos serviços de saúde. Contudo, não produziu avanços significativos em grande parte dos mais de cinco mil municípios do país, devido à pouca ou inexistente infraestrutura para efetivá-la. A proposta da política de recursos humanos da SEGTS se apoiava na Teoria das Competências, perspectiva que foi acolhida pelas instituições ligadas à educação em saúde.

A III Conferência de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (2005), que apontou a necessidade do desenvolvimento de uma política de formação do trabalhador de nível médio no SUS para os que atuavam sem ter tido acesso a tal formação específica de saúde. A conferência adotou a terminologia “trabalhador do SUS”⁵.

Nessa perspectiva, o trabalhador incorporou que deve ser portador de conhecimento técnico para o desempenho das funções de interesse do empregador, mas sem alterar as condições estruturantes do trabalho – condições físicas, financeiras e de formação. Em relação a essa formação, deve estar pronto para um plano da requalificação.

Essa formação procura prepará-lo para o trabalho de forma tecnicista, e restringe-se

⁵ “Trabalhadores do SUS: são todos aqueles que realizam ações e exercem as suas funções em serviços públicos de saúde e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados pelo SUS”, segundo Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS (Ata da III Conferência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, 2005:31)

ao conhecimento necessário. Dessa forma, o trabalhador é tido como um instrumento ideal, pois a gestão/gerência conta com a experiência individual e a capacidade de lidar com a imprevisibilidade, superando os problemas cotidianos.

Nesta perspectiva, a Educação Profissional em Saúde tecnicista atende a vários interesses, no que diz respeito à formação dos agentes de saúde pública e, no caso do estudo, dos ACE:

1. A sociedade, de um modo geral, pleiteia uma formação rápida de trabalhadores, para torná-los aptos a dar conta de sua necessidade imediata de lidar com situações de “crise e/ou epidemia”.
2. Para o Estado, esse tipo de formação é ideal, menos onerosa, pois reduz o tempo de ausência no campo de trabalho, além de proporcionar uma intervenção focal em áreas consideradas de risco, como as menos favorecidas e mais vulneráveis; diminui de maneira pontual/focal os riscos e agravos à saúde, pois seu maior objetivo é manter o equilíbrio socioeconômico.
3. E, finalmente, no que diz respeito aos trabalhadores, esse tipo de formação é encarado como uma forma mais apropriada para permanecer ou se inserir no mercado de trabalho, por ser rápida e ter uma íntima relação com sua prática do cotidiano. No caso específico do ACE, o trabalhador é levado a assumir a responsabilidade político-social das ações do território aonde atua, mas esse estímulo, que parte do empregador, não possibilita ao trabalhador o desenvolvimento de um espaço para reflexão da sua prática, e, portanto, inviabiliza a práxis.

É notório que um tipo de (semi) formação não se contrapõe ao processo de coisificação do Homem, com uma falsa sensação de tomada de decisão desse Homem. E, segundo Adorno (1996), a cultura possui um antagonismo social que tem um equilíbrio momentâneo e transitório: “(...) cultura tem um duplo caráter: remete à sociedade e intermedia esta semiformação (p. 345)”.

Para ele, a cultura é entendida enquanto adaptação à vida real, evitando que os homens se eduquem (uns aos outros), pois mostra apenas o momento da adaptação. Esse processo é preciso para reforçar a socialização e evitar a desorganização na qual está estabelecida uma tradição de cultura (moral e espiritualmente autônoma) cujo objetivo é domesticar/dominar o Homem e resguardar o convívio social e a natureza. O autor ainda enfatiza que o campo de forças (a formação) se congela, cada uma delas isolada se coloca em contradição com seu sentido e fortalece a ideologia, além de promover a formação regressiva.

A hipervalorização de parte de segmentos sociais traz na cultura um conhecimento amplo, mas sem profundidade. Torna-se nesse contexto um componente capaz de compreender e criar na sociedade contemporânea, e assim tenta-se justificar os parques investimentos na educação. Esse processo impede, na verdade, a busca de novas potencialidades humanas de realização consciente de criação, realização e transformação social.

Ramos (2005) afirma que a partir de um corpo de conteúdos disciplinares existentes, com base no qual se efetuam escolhas para cobrir os conhecimentos considerados mais importantes, parte-se de situações concretas, recorrendo-se às disciplinas na medida das necessidades requeridas por essas situações. Significa o investimento numa formação instrumental favorecendo um conhecimento massificado e raso, tal situação a que o PROFORMAR se opôs.

O Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância de Saúde (PROFORMAR), curso idealizado e administrado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, nos anos 2000, teve o objetivo de requalificação em massa dos agentes de endemias, como uma proposta curricular para a formação desse segmento de trabalhadores de saúde⁶. Utilizando o conceito de formação cultural de Adorno (1996), o PROFORMAR trouxe a responsabilidade de promover a cultura no sentido mais amplo e favoreceu o desenvolvimento de uma identidade autocrítica para o trabalhador.

O PROFORMAR, no período de 2000 a 2006, foi uma experimentação de uma modalidade de formação em educação profissional que, em grande parte, utilizou uma pedagogia ensino/serviço privilegiando a experiência concreta da vigilância em saúde, mas que ultrapassou a expectativa de treinamento com prática meramente tecnicista. Essa importante discussão sobre esse curso será aprofundada no próximo capítulo, com objetivo de tê-la como estratégia de emancipação por meio da formação.

⁶ Essa terminologia foi cunhada para descrever “(...) todos aqueles que exercem as suas atividades ou funções em serviços de saúde, públicos ou privados”, como motoristas, administrativos e outros, que se diferenciam daqueles que têm formação específica para a área de saúde. Segundo Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS (2005:31).

1.4. Da qualificação do Campo do Trabalho à competência do Campo da Educação

Para Mertens (1996), o conceito de qualificação assume a natureza abrangente do sucesso alcançado por uma pessoa no processo de socialização no que diz respeito a uma profissão ou posto de trabalho, no qual o sucesso é concretizado por meio de obtenção de um conjunto de diplomas e/ou certificados, dentro dos esquemas de formação acadêmica e/ou profissional. Por outro lado, o conceito de competência se refere a determinados conhecimentos adquiridos na experiência da prática. Esses conhecimentos são estritamente necessários à obtenção dos resultados exigíveis em determinadas circunstâncias no ambiente de trabalho. Neste aspecto, a competência se diferencia do conceito da qualificação.

Istria (2002) considera a qualificação como um conjunto de recursos e capacidades necessárias para exercer determinada profissão, sendo o percurso a percorrer da qualificação à competência, correspondente à passagem de um potencial a uma realização concreta. Dessa forma a denominada qualificação profissional se libertaria dos modelos taylorista e fordista.

O processo de redefinição dos conceitos de competência e qualificação foi estudado por Ramos (2006b). Esta autora menciona que a reformulação teórica foi necessária para desenvolver a noção de empregabilidade, que se tornou crucial na mudança de mentalidade na década de 90 quanto à condição do trabalho formal e suas relações na sociedade contemporânea. Tais discussões deram substância ao presente estudo no campo da Vigilância em Saúde, junto aos trabalhadores que a compõem.

Shiroma & Campos (1997) realizaram uma discussão dos principais tópicos que, em diferentes momentos, marcaram este debate, em especial: politecnicidade e polivalência; inovação nos sistemas de produção e demanda por qualificações; centralidade da educação básica; qualificação e competências. E no que tange a este último tópico, realizaram um levantamento de textos acadêmicos que apontaram que o conceito de qualificação profissional se liberta da lógica taylorista no que tange à especialização da tarefa, vinculada a um posto de trabalho e pressupondo desempenho autônomo e solitário.

Observa-se que, nesse novo contexto, o homem passa, cada vez mais, a desempenhar novas funções de natureza cognitiva. Quem desenvolve o trabalho é dotado de maiores responsabilidades, sem a vigilância de capatazes ou supervisores, é estimulado a desenvolver a capacidade de vigiar a máquina e intervir na resolução de problemas, além de organizar o próprio trabalho.

Essa perspectiva influencia o trabalhador a acreditar que, tendo uma ampliação de conhecimentos técnicos e tecnológicos, passará da dimensão instrumental de execução de

tarefas para a uma dimensão conceitual de articulação dos objetivos globais da empresa, nos diferentes cenários operacionais, e de fato isso não ocorre.

Estudos de Hirata (1996), Antunes (1998), Coriat (1999), Arruda (2000) e Oliveira (2004) apontam que, mesmo com essa mudança na produção do trabalho, o objetivo central continua sendo o aumento da intensidade do trabalho, não permitindo que trabalhadores controlem o processo de trabalho nem seu produto final. O aumento do trabalho enquanto produtor de valor passa a ser diretamente proporcional à maior complexidade do trabalho concreto – produção de mercadorias e serviços. Podem-se estabelecer neste contexto dois grupos de trabalhadores distintos no processo produtivo, no que diz respeito à qualificação profissional.

O primeiro grupo de trabalhadores “periféricos” com educação básica necessita de complementação e/ou capacitação profissional para desenvolver determinadas tarefas, e são passíveis de serem substituídos a qualquer momento. Esse grupo realiza um trabalho que responde à necessidade e atende à expectativa da gestão e gerência do empregador, que detém os meios de produção. Entretanto, não há enriquecimento no conteúdo do trabalho, nem autonomia na realização de tarefas. Permanecem, assim, subordinados ao tempo de mercado (empresa ou instituição), mesmo com o avanço tecnológico e da robótica. Mantém-se a essência da organização Taylorista do trabalho. Em lugar da formação o que acontece são, basicamente, capacitações e treinamentos em serviços. O incentivo ocorre de forma subjetiva – a escolha do melhor funcionário do mês, por exemplo;

O segundo grupo de trabalhadores reúne aqueles com uma educação formal mais ampla e que desenvolve funções que exigem maior capacidade de intervenção nos diferentes níveis de execução e gestão, e que, em tese, teriam maior participação, autonomia e criatividade. Na verdade, implica em um grau de abstração maior devido à complexidade no conteúdo do trabalho executado. Esses trabalhadores são mais valorizados por serem necessários à gestão e organização do Modelo de Acumulação Flexível, em função da sua estratégia corporativa (empresarial). São incluídos nos projetos de incentivo, de motivação à formação profissional ao longo da vida, com outros tipos de premiação financeira diferente do primeiro grupo.

Dentro da perspectiva do Modelo de Acumulação Flexível, na gestão contemporânea, a competência profissional é defendida, sob a alegação de que existe uma ruptura com a perspectiva taylorista/fordista de organização e gestão do trabalho. Em função disto, apostaram nesta “nova” lógica produtiva. Os argumentos supervalorizam as capacidades

individuais dos trabalhadores para alcançar uma forma mais eficaz de maximizar lucros. A partir de tais argumentos, o conceito de competência profissional foi sendo solidificado.

Shiroma & Campos (1997) *apud* Frigotto (2009) partem de uma visão contrahegemônica da educação, e advertem que:

(...) as visões apologéticas da tecnologia e das demandas de qualificação crescente para todos escondem que, se de fato a mudança da base técnica do processo produtivo mudou o conteúdo do trabalho e a organização do trabalho, não mudou *ipso facto* a relação social que os comanda. Ora, sem entender isso, muitos já anunciaram o fim do trabalho, a liberação do tempo livre para atividades criativas inscritas no mundo da 'liberdade humana' quando, para milhões de desempregados e subempregados, este 'tempo livre' sob relações sociais capitalistas significa degradação das condições de vida, tensão e desespero. (SHIROMA & CAMPOS, 1997, p. 3)

No Modelo da Acumulação Flexível, a competência profissional não só qualifica o trabalhador como eleva a adaptabilidade, sob novas perspectivas da estruturação da economia moderna. A lógica deste modelo fomenta a mobilidade horizontal da força de trabalho, mantém a função, e a recompensa se dá por meio de gratificações. Tal situação enfraquece a percepção do trabalhador enquanto sujeito coletivo, frustra a capacidade de mobilização com objetivo de reverter o quadro da precariedade de vínculo de trabalho.

Na esfera do mercado (empresarial/industrial), a identificação e a sistematização das competências têm um formato subjetivo que também influencia a esfera pública, e esse modelo edifica o ideário das organizações, como uma identidade de mercado pela responsabilidade social. O zelo por essa “imagem da empresa no mercado” tem um grande apelo na formação de seus trabalhadores, que desenvolvem as competências no geral e no individual, tanto em instituições de ponta na área de pesquisa quanto no mercado – como foi demonstrado na pesquisa de Oliveira na Toyota (2004).

Ramos (2005) discute justamente a tentativa de tornar tal competência um sinônimo para o desenvolvimento do progresso humano, e o conceito de qualificação um caráter complementar a esse processo. O discurso pós-moderno fomenta a solidificação do Modelo de Acumulação Flexível. Mertens (1996) e Istria (2002), com a discussão teórica da substituição da qualificação pela competência profissional, amplia os conhecimentos do trabalhador na perspectiva da polivalência e da flexibilização contratual. Segundo Coriat (1988), trata-se de uma estratégia de reatualizar os princípios centrais da gerência científica com objetivo de controle do trabalhador, maximização da ocupação de máquinas e consumos intermediários.

A qualificação tecnológica seria a capacidade de gerir ou organizar processos de trabalho, mas não esgota o conceito da qualificação, visto que esta é capaz de conferir a identificação das competências necessárias para determinada função. De fato, trata-se de

conduta laboral na qual as ações e atitudes devem seguir uma conduta automatizada no sentido de obter maior produtividade, e flexibilizada no que tange a executar várias funções, contrapondo-se às antigas competências duras – capacidade de desempenhar uma função.

Na perspectiva da educação técnica-profissional, a competência é entendida como um conjunto de capacidades que possibilitam ultrapassar as atribuições para exercer o posto de trabalho ou a função desempenhada, situando-se no âmbito individual e no contexto atual das relações sociais em geral e das relações de trabalho em particular. A manutenção das relações de trabalho atuais tem a necessidade de preservar as competências de trabalho, inclusive a de lidar com as novas tecnologias. Esse conjunto de capacidades, habilidades e atitudes forma as competências profissionais, cujo objetivo é alcançar compreensão e desenvolvimento dos processos de trabalho parciais.

Todavia, o processo de formação dessas competências deixa de fora outras relações sociais, como as diferenças de classes e o poder entre elas. Estes formam a complexidade dos processos de trabalho e impedem a igualdade social, pois, apesar dos discursos do “sonho americano” e “sim, nós podemos”, apenas poucos, ou melhor, muito poucos trabalhadores terão realmente sucesso financeiro e social.

Shiroma & Campos (1997) *apud* Deluiz (1997) consideram que trabalhar a questão da formação técnica-profissional pelo prisma das competências envolve uma série de riscos:

a) visão de uma formação profissional adequacionista voltada para o atendimento exclusivo das necessidades empresariais, em detrimento da formação do sujeito político; a formação pauta-se, neste caso, numa abordagem restritiva das competências, tornando-se instrumental e tecnicista; b) uma perspectiva de abordagem individualizada e individualizante tanto na compreensão da construção das competências quanto na sua avaliação; favorecem-se os acordos particulares entre empregado-empregador, enfraquecendo a negociação coletiva em prol do aproveitamento individual e da desmobilização da ação sindical; c) a preocupação com os produtos (resultados) sem considerar-se os processos de construção das competências. (SHIROMA & CAMPOS, 1997, p. 6)

Conforme a vasta discussão acadêmica, a competência é uma categoria polissêmica, e sua utilização tem se dado, principalmente, no sentido de fortalecer o Modelo de Acumulação Flexível. Assim, o conceito de competência, adequando-se às intenções de quem o utiliza. Na academia e no mercado, essa categoria não consegue consenso, devido à fluidez e relatividade pretendida para a formação técnica-profissional contemporânea. Deluiz (1995 e 1996), na tentativa de esclarecer os conceitos de qualificação de competência, alegou que:

A qualificação real dos trabalhadores é muito mais difícil de ser observada e constitui-se mais no "saber-ser" do que no "saber-fazer". O conjunto de competências posto em ação em uma situação concreta de trabalho, a articulação dos vários saberes oriundos de várias esferas (formais, informais, teóricos, práticos, tácitos) para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade, a

mobilização da inteligência para fazer face aos desafios do trabalho constituem características desta qualificação real. Este conjunto de competências amplia-se para além da dimensão cognitiva, das competências intelectuais e técnicas (capacidade de reconhecer e definir problemas, equacionar soluções, pensar estrategicamente, introduzir modificações no processo de trabalho, atuar preventivamente, transferir e generalizar conhecimentos), para as competências organizacionais ou metódicas (capacidade de auto planejar-se, auto-organizar-se, estabelecer métodos próprios, gerenciar seu tempo e espaço de trabalho), as competências comunicativas (capacidade de expressão e comunicação com seu grupo, superiores hierárquicos ou subordinados, de cooperação, trabalho em equipe, diálogo, exercício da negociação e de comunicação interpessoal), as competências sociais (capacidade de utilizar todos os seus conhecimentos - obtidos através de fontes, meios e recursos diferenciados - nas diversas situações encontradas no mundo do trabalho, isto é, da capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa) e as competências comportamentais (iniciativa, criatividade, vontade de aprender, abertura às mudanças, consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, implicando no envolvimento da subjetividade do indivíduo na organização do trabalho). (DELUIZ, 1995, p.17-18).

A autora classifica as competências em:

a) técnico-intelectuais: habilidades básicas como aprender a pensar; b) organizacionais e metódicas: organizar o próprio trabalho, estabelecer meios próprios, gerenciar o tempo e o espaço; c) comunicativas: capacidade de se comunicar com o grupo; d) sociais: saber ser, transferir conhecimentos; e) comportamentais: que advêm da necessidade de incorporação da subjetividade do trabalhador nos processos produtivos. (ID.,IBID.)

Os termos discutidos acima, tanto quanto o entendimento da discussão da diferenciação entre os conceitos de qualificação e competência, embasam a Educação Profissional, Politécnica e a Técnica e Tecnológica, que edificam a formação profissional para os trabalhadores de nível médio sem formação – no caso dessa dissertação, formação específica na área de saúde. De acordo com o embasamento pelo qual se opte, tende-se à adoção de análises de defesa do capital ou do trabalhador. A seguir, a discussão a ser desenvolvida quer evidenciar as tendências que embasaram os modelos de Gestão de Atenção à Saúde na formação dos seus trabalhadores.

1.4.1. Modelos assistenciais: o impacto das tendências nos modelos de gestão do trabalho em saúde

Para melhor entendimento da Educação Profissional foi necessário o estudo da construção histórica dos modelos de Atenção Primária à Saúde (APS) e Vigilância em Saúde (VISAU) no Brasil, no município de Niterói. O modelo de APS é entendido:

(...) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. (MOROSINI & MATTA, 2009, p.44)

Segundo Matta & Fausto (2007), a APS era definida como um modelo preventivo,

coletivo, territorializado e democrático; expunha a integração das ações preventivas e curativas. A proposta europeia de APS manifestou-se pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920, diferentemente da proposta do modelo flexneriano, formulado na América do Norte, em 1910, que priorizava a área curativa com excesso de especialização na formação em medicina e fragmentação das ações e dos serviços (MATTA & MOROSINI, 2009).

Teixeira & Solla (2006) discutem o modelo de APS descrevendo a construção histórica, a origem e o desenvolvimento das estratégias de cuidados oferecidos pelo SUS. E, ainda, analisam o processo e os resultados em níveis operativos do sistema, tais como os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e as Unidades de Saúde da Família (USF).

A estratégia de APS foi aprovada na conferência de Alma-Ata, em 1978, e possibilitou uma nova forma de organização para a rede de saúde, incluindo ações ligadas tanto aos aspectos biológicos quanto aos fatores sociais. O modelo em questão influenciou os programas de atenção integral à saúde no Brasil, tendo como referência o lema “Saúde para todos no ano de 2000”. O referido lema foi criado na XXX Conferência Mundial de Saúde, em 1977, e desdobrado na XXXII Conferência Mundial de Saúde, em 1979.

O lema “Saúde Para Todos no Ano de 2000” tornou-se um objetivo maior, no qual o acesso à saúde a todos os cidadãos do mundo foi proposto e aceito pelas nações como meta social para os governos e a Organização Mundial de Saúde (OMS). As discussões e as proposições para o investimento no nível primário de saúde ressurgiram e embasaram o documento da Conferência de Alma-Ata, que se tornou um marco na reorientação do enfoque dos problemas dos sistemas de saúde, principalmente em países em desenvolvimento. Cabe mencionar, no entanto, que ainda não foi alcançado o objetivo traçado pela Conferência de Alma-Ata de permitir o acesso total às populações mais vulneráveis.

Os estudos desenvolvidos por Teixeira (2003) apontaram os três principais modelos de atenção à saúde que fizeram parte da história assistencial no Brasil, são eles: o modelo médico-assistencial privatista, centrado na figura do médico e na doença; o modelo sanitarista, voltado para os fatores de risco e pautado pelas campanhas sanitárias; e o modelo da vigilância em saúde, este último, sendo entendido:

(...) como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, [que] indica um caminho fértil para consolidação do ideário e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Apoiada no conceito positivo do processo saúde-enfermidade, ela [a Vigilância em Saúde] desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas. Entendida como uma ‘proposta de ação’ e uma ‘área de práticas’, a vigilância em saúde apresenta as seguintes características: intervenção sobre os problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial;

ação sobre o território; e intervenção sob forma de operações (PAIM & ALMEIDA F^o, 2000). Fundamentada em diferentes disciplinas (epidemiologia, geografia crítica, planificação em saúde, ciências sociais, pedagogia, comunicação, etc.), a vigilância em saúde recorre a uma ‘associação de tecnologias (materiais e não materiais) para enfrentar problemas (danos e riscos) necessidades e determinantes sócio-ambientais da saúde. Como combinação tecnológica estruturada para resolver questões postas pela realidade de saúde, a vigilância em saúde tem sido reconhecida como um ‘modelo de atenção’ ou como um ‘modo tecnológico de intervenção em saúde’ (PAIM & ALMEIDA F^o, 2000) ou uma via para a construção e implementação da diretriz da integralidade. (MONKEN & BATISTELA, 2009, p. 474)

Mendes (1996) ressalta que neste último modelo haveria a “ênfase na montagem de sistemas de vigilância da saúde cujas ações fossem operacionalizadas a partir do ‘mapeamento inteligente’ de danos e riscos que afetam a população ao nível local, em regiões, municípios e distritos sanitários delimitados” (TEIXEIRA, 1999, p. 289).

O ACE foi uma força de trabalho organizada no final do século XIX, ainda com a nomenclatura de Mata-Mosquito, para as ações preventivas de saúde pública, anteriores aos modelos de gestão e assistência (APS) e Vigilância em Saúde (VISAU). No primeiro momento, essa ocupação tinha o objetivo específico e claro de melhoria do saneamento dos portos e do perímetro urbano. Progressivamente, foi-se dando uma nova conformação do trabalho até alcançar o status atual da Vigilância em Saúde no final do século XX. O perfil do trabalhador da vigilância também foi se redefinindo para resolver novos e velhos problemas do sistema sócio-político-econômico num momento histórico específico, segundo Paim & Almeida (2000) *apud* Monken & Batistella, (2009):

A formação para o trabalho na ‘vigilância em saúde’ deve ter a pesquisa como eixo central para a realização da prática estratégica- informação/decisão/ação, através do reconhecimento do território/população, do domínio do planejamento como ferramenta capaz de mobilizar os diversos atores na resolução dos problemas identificados e da ação comunitária. (p. 476)

No final do século XIX, o foco principal na área da saúde era a teorização da classificação de doenças e de controle das moléstias. Foucault (1990) discute o nascimento do hospital e da clínica, no que tange aos aspectos do disciplinamento dos corpos e dos espaços, com a utilização da formação de um corpo de agentes de saúde pelo Estado. Nesses textos, o autor discute a profissionalização dos trabalhadores de saúde e como se constrói os (micro) poderes no interior de uma instituição, pautados na construção de seus saberes e a utilização desse processo pelo Estado.

O Estado tinha dois objetivos em relação à saúde: o primeiro era exercer a função de desenvolvimento da perspectiva da medicina clínica, observando as doenças e os doentes, para o controle do espaço e dos corpos – quarentena e exclusão; o segundo era a utilização do discurso científico microbiológico e sanitário dos seus agentes para propor a efetivação do

processo higienizante e de saneamento da cidade.

A perspectiva positivista influenciou a formação do corpo de trabalhadores de saúde, inclusive das “Brigadas dos Mata-Mosquitos”, nome que explicita a tendência militarizada da ação. O Estado incentivou a constituição de novas ocupações. Foucault (1990) estudou os fenômenos decorrentes da formação desses trabalhadores e profissionais de saúde, e conseguiu apreender e compreender os elementos articulados do processo e de que forma hierárquica, disciplinar e controladora as instituições, com essa influência, continham tanto os doentes quanto seus trabalhadores.

A formação profissional tem duas importantes tendências: 1) a da Educação Profissional Politécnica na perspectiva de defesa do trabalhador, que tenta dar conta de uma nova demanda social. A história recente dos atuais Agentes de Vigilância Locais revelou uma realidade contraditória pautada em avanços técnicos, tecnológicos e ideológicos importantes, pois não foram menosprezados os aspectos da formação geral (conhecimento científico), da formação profissional (conhecimento técnico) e da experiência de trabalho e social (qualificações tácitas); 2) a da Educação Técnica-Profissional na perspectiva do capital, que se limita a responder tecnicamente às demandas do mercado, focal e voltado para a produtividade. Esse ensino técnico-profissional, direcionado apenas para objetivos definidos em termos de competências necessárias a serem adquiridas ao término da formação, é explicitamente detalhado e descrito em termos de saberes e ações.

Ramos ressalta o cuidado na apreensão da reestruturação do trabalho:

A transformação do trabalho em mercadoria sob o modo de produção capitalista, entretanto, também reconfigura o trabalho em saúde como produtor de um bem-estar definido pelos padrões de produção. À medida que o ser humano se coisifica, sendo obrigado a transformar sua força de trabalho em fator de produção, é reduzido em sua humanidade. Nessas condições, o trabalho em saúde se reduz a produção e a manutenção de vidas objetivadas e reduzidas também a fatores de produção. (RAMOS, 2007, p.28-29).

A identificação do trabalho assalariado na área de saúde reforça a “coisificação” do trabalhador, em qualquer tipo de atividade laborativa, acirra com isso a reestruturação do processo de trabalho: o desemprego estrutural, a redução do posto de trabalho, a terceirização/trabalho informal com relações de trabalho precarizadas; e afeta a construção do novo trabalhador da Vigilância em Saúde.

A discussão da lógica dos modelos produtivos na área de saúde aponta que as políticas públicas não ficaram indiferentes às mudanças do campo do trabalho.

A tendência de produção flexível para o trabalho fabril se iniciou, modificou e ampliou a partir do parque industrial automobilístico para outros ramos industriais, abrangendo o

comércio e serviços, que influenciaram, por conseguinte, as políticas públicas.

É relevante lembrar que o sistema de saúde nacional brasileiro foi formado por esferas públicas e privadas. Ambas sofrem a forte influência do discurso pós-moderno e neoliberal. A utilização de serviços complementares do mercado privado é cada vez maior. Criam-se cada vez mais demandas tecnológicas incentivadas por conglomerados, formados por grandes indústrias transnacionais, que investem pesado em pesquisas científicas e lobistas que defendem seus interesses politicamente.

A gestão dos serviços, os profissionais, os trabalhadores e os usuários de saúde absorvem esse processo, e tornam-se parte importante da engrenagem que sustenta esse mercado. Não se trata de desqualificar nem menosprezar o investimento técnico e tecnológico em saúde, mas observar se isso ocorre utilizando a vinculação do atendimento ou tratamento ao uso de equipamentos/medicamentos de última geração, sem de fato interagir com o usuário. Essa postura sinaliza apenas a necessidade do sistema mercadológico, e impede o acesso aos bens sociais que realmente são necessários.

Mehry & Batista estudaram a especificidade do trabalho em saúde, e defendem a seguinte definição para o trabalho vivo em ato:

A produção na saúde se realiza, sobretudo, por meio do “trabalho vivo em ato”, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram num certo sentido no modo de produzir o cuidado. (MEHRY & BATISTA, 2005, p.3)

Os autores discutiram a especificidade do trabalho em saúde, por se tratar de um trabalho coletivo que desencadeia a interdependência dos atos de trabalhadores e profissionais de saúde, além da peculiaridade de que os “produtos na saúde trazem a particularidade de materialidade simbólica” e da utilização ampliada das tecnologias (leves, leve-duras e duras)⁷ que estão nas diversas ações (identificação/monitoramento), etapas e tratamentos terapêuticos/clínicos em diferentes níveis de atenção à saúde. E, ainda, absorve as influências das demandas de mercado. Seus trabalhadores recebem uma bagagem oriunda dos “produtos” culturais, veiculada pelas instituições formadoras e produtoras de conhecimentos, reforçada

⁷ Para Merhy (2002), o trabalho em Saúde “(...) caracteriza uma forma de reestruturação produtiva, pois altera os processos de trabalho e impacta no modo de realizar atos de saúde, construindo a assistência. As mudanças dos processos produtivos na saúde podem ser verificadas se olharmos a partir da incorporação de novas tecnologias de cuidado, nos processos produtivos, nas outras maneiras de organização do processo de trabalho e, até mesmo, nas mudanças das atitudes dos profissionais, no modo de cuidar do outro. Isto é, processos de subjetivação dos profissionais, também, podem determinar uma certa reestruturação produtiva, desde que impactam o modo de se produzir o cuidado. A reestruturação produtiva, como é processo, pode ocorrer de forma desigual e em diversos graus de mudança, no interior dos processos de trabalho.” Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>>.

pelas indústrias farmacológicas: empresas laboratoriais e produtoras de tecnologias. Dessa forma, os veículos de comunicação acabam por formar opiniões, influenciando as relações interpessoais familiares e comunitárias, em suma, a sociedade.

Na esfera da saúde, o Modelo de APS na estratégia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, inseriu e potencializou o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como um “novo” posto de trabalho, a partir da Portaria 1.886/1997. Essa estratégia reorientou o modelo assistencial e se agregou ao Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde (PSF/MS), em 1994, que surgiu para a atuação na área de vigilância em saúde (MOSOSINI, 2010, p.31).

As principais atribuições do ACS, na década de 90, eram: o cadastramento/diagnóstico das famílias, o mapeamento das residências, identificação das áreas de riscos, realização das visitas domiciliares com prioridade de atenção dirigida para as gestantes e crianças, ações coletivas e intersetoriais. Era exigido do candidato a exercer essa ocupação; ter mais de 18 anos, ser alfabetizado (ler/escrever), residir na comunidade há pelo menos dois anos e estar preparado para identificar problemas, sensibilizar e orientar as famílias e as comunidades com relação à saúde. A Portaria 1.886/1997 previa a capacitação desses trabalhadores.

Já o conjunto dos ACE realiza as atividades de ações complementares de vigilância epidemiológicas e combate a endemias, segundo a Lei 8.080/90. São suas atribuições, segundo a Portaria 11.350/2006:

Vistoria de residências, depósitos, terrenos baldios e estabelecimentos comerciais para buscar focos endêmicos. Inspeção cuidadosa de caixas d'água, calhas e telhados. Aplicação de larvicidas e inseticidas. Orientações quanto à prevenção e tratamento de doenças infecciosas. Recenseamento de animais. Essas atividades são fundamentais para prevenir e controlar doenças como dengue, chagas, leishmaniose e malária e fazem parte das atribuições do agente de combate de endemias (ACE), um trabalhador de nível médio que teve suas atividades regulamentadas em 2006, mas que ainda tem muito o que conquistar especialmente no que diz respeito à formação (p. 2).

Cabe esclarecer que só com a publicação da Lei 11.350/2006, as ocupações de ACS e ACE foram regulamentadas. Esse texto diz que “o trabalho dos agentes deve se dar exclusivamente no âmbito do SUS”, e que “a contratação temporária ou terceirizada não é permitida” (a não ser em caso de surtos endêmicos). Quanto ao vínculo, deve ser realizado por meio de seleção pública – alguns municípios já vêm realizando seleções, como Niterói, que realizou um concurso em 2001. Essa Lei ainda ressalta os requisitos para o exercício da atividade do agente de endemias, como a conclusão de um curso introdutório de formação inicial e continuada. A portaria identifica a necessidade da qualificação para o exercício da função, mas não define como esta ocorrerá, nem cria parâmetros para os municípios, o que

pode explicar por que apenas alguns estados e municípios oferecem os cursos de formação.

O Estado vem atribuindo paulatinamente ao conjunto dos trabalhadores da(s) Vigilância(s) em Saúde (ACS e ACE) a responsabilidade, entre outras atribuições, da identificação de problemas comunitários. A real proximidade da realidade comunitária não está atrelada a entendimento da prática profissional em saúde, daí “a preocupação e o investimento” na mediação do processo educativo e do processo de trabalho.

Todavia, a formação desses trabalhadores visa a capacitá-los para a função de evidenciar o problema, com intuito de indicar ou dar sugestões para uma possível resolução, potencializando recursos das próprias comunidades. Na maioria das vezes, esbarram em entraves institucionais e de estrutura do órgão que representam, e reproduzem a lógica pós-moderna neoliberal de jogar a responsabilidade para a sociedade civil, sem mudança estrutural do contexto socioeconômico.

É válido lembrar que o exercício das ações da(s) vigilância(s) está em grande parte nos contextos sociais/políticos/econômicos e ambientais vulneráveis, com situações desfavoráveis e altos riscos acrescidos pela pobreza, violência de diversas formas e degradação ambiental.

As metrópoles, em crescimento desordenado, têm territórios habitados por população economicamente desfavorecida, sem investimentos na infraestrutura e disputados por invasões imobiliárias. Esses territórios passam a ser co-habitados por diferentes classes sociais, numa ocupação com pouco ou nenhum investimento público, no sentido de ações de planejamento do Estado. Por vezes, os territórios recebem ações e serviços públicos após a formação dos bolsões de pobreza e degradação socioambiental.

No caso específico do município de Niterói, o serviço de zoonoses tinha por objetivo o controle de vetores causadores de agravos de saúde, dentro da perspectiva de Vigilância Ambiental. Para tanto, absorveu os dois segmentos de trabalhadores, os ACS e os ACE, por concurso público desde a década de 90. Todavia, em situações epidêmicas como a dengue, por exemplo, esse serviço aumentou provisoriamente o quantitativo de pessoal, necessitando de mão de obra terceirizada.

Quanto à gestão desse trabalho dentro dos parâmetros do exercício da função dos ACE, percebe-se uma prática prescrita, um exercício de atividades operacionais normatizadoras com ações fragmentadas e militarizadas (disciplina e controle do espaço e dos corpos), deslocada da gerência e do planejamento. A prática educativa de seus funcionários ocorre por meio de treinamento. Esse treinamento é pautado na orientação de ação planejada para educar, formatar e qualificar, com o objetivo de controlar e padronizar ao máximo as

ações desses trabalhadores.

É importante ressaltar que a IV CMS, no que diz respeito à discussão sobre Recursos Humanos do SUS, aponta para a necessidade de formação acelerada para o pessoal auxiliar de nível elementar, contando com um programa de informação e treinamento. E cita como exemplo positivo os “mata-mosquitos”, em situações emergenciais, enquadrando-os como “mão de obra com mínimo de qualificação”.

O Estado brasileiro, hoje, exige um exercício complexo desse conjunto de trabalhadores da(s) vigilância(s) em Saúde; necessita de uma atividade que articule ações das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental. Requer muito mais que a capacidade, habilidade ou flexibilidade criativa para lidar com problemas sociais e comunitários, visto que o ACE não tem poder de decisão. Tal situação leva a acreditar que se trata de um trabalho mais complexo, no qual o perfil exigido dos trabalhadores precisaria de conhecimento mais amplo, dinâmico, técnico e tecnológico.

Os editais dos concursos públicos realizados a partir da década de 90 na cidade de Niterói mantiveram esse perfil para ACS e ACE, que ocupavam ações sobrepostas no Serviço de Vigilância Sanitária da FMS - Niterói e em grande parte do território nacional.

Na verdade, em grande parte dos municípios, ainda nos dias de hoje os ACE são arregimentados para trabalho simples, com pouco reconhecimento financeiro e social, assim como os trabalhadores administrativos de nível médio do SUS. Sofrem com a precarização das relações do trabalho, falta de regulamentação do sistema de ingresso nos serviços e alta rotatividade nos postos de trabalho (VIEIRA, 2005b, p.104). E sua formação não tem o investimento necessário em nível local.

Sendo assim, o Estado determina um trabalho ético, técnico e político do conjunto de trabalhadores públicos de nível médio, sem de fato propiciar uma formação. Pode-se observar os trabalhadores da(s) vigilância(s), especificamente, colocados no bojo dos demais trabalhadores de saúde, que foram munidos de educação formal aligeirada.

Todo o conjunto de contextos desfavoráveis forma uma realidade que agrega a ausência de formação profissional específica para os trabalhadores da vigilância em saúde – como o caso brasileiro – e uma educação básica prejudicada pela vinculação histórica de dualidade educacional no Brasil.

Cabe ressaltar a influência política e ideológica dos organismos internacionais nas ações e práticas das políticas públicas nacionais, principalmente as políticas de saúde e educação nos países em desenvolvimento.

Tais orientações internacionais tendem a promover saídas focais e paliativas no campo das políticas sociais. Em determinado momento volta-se para o envolvimento emergencial; em outro, para responder às necessidades do mercado.

As políticas sociais, sob a ótica pós-moderna neoliberal, atuam na resolução de problemas socioeconômicos de forma focal. Podem ou não serem efetivas, visto que nesta atuação abrem espaço para discussão mais ampla na sociedade. A educação profissional poderia possibilitar ultrapassagem dos impasses e das implicações nas formas de enfrentamento das questões sociais – diferentemente do que ocorre na educação básica, com complementaridade técnica e pontual voltada para o trabalho simples no contexto da globalização.

Ainda como concepção de superar as crises do sistema, a tese de Celso Furtado (2008) defende a aplicação de outro tipo de capitalismo: o Capitalismo Humanizado, que seria a proposição de um processo de globalização mais amplo e completo, com a queda de barreiras, como a identidade nacional. No qual o processo criaria uma regulação do processo produtivo e a gestão de trabalho mais homogêneo. O autor aponta que a noção de Estado autônomo acaba sendo um empecilho ao desenvolvimento econômico.

É coerente perceber que as crises econômicas, desde os anos 1970 até 2000, ocorreram de forma violenta para o trabalhador, acirrando a desregulamentação do trabalho e a falta de liberdade econômica dos países em desenvolvimento. Tais países aceitam imposições econômicas dos organismos internacionais para poder receber seus recursos e investimentos, que se sobrepõem à necessidade e dignidade humana, como a poluição ambiental.

Nesse contexto, é preciso reconquistar o espaço que recupere o auto-reconhecimento e a autonomia do trabalhador, para que esse desvele o estranhamento do próprio trabalho, (re)criando, de fato, uma identidade do trabalhador, e não apenas condições de se inserir e permanecer no mercado de trabalho conforme o discurso na perspectiva pós-moderna e neoliberal, mas enquanto possuidor de cidadania.

A utilização do trabalho enquanto espaço educativo na área da educação profissional tem condições de ser utilizada em dois modos distintos: para emancipação dos sujeitos ou para repressão dos homens. Todavia, existe a discussão de Frigotto (2009b), entre outros educadores, como Saviani (1994), sobre consideração do trabalho como princípio educativo, e se isso pode ser inviável no capitalismo.

A formação para o conjunto do ACE, nos moldes da perspectiva tecnicista e

tecnológica, visa apenas à tentativa de instrumentalizá-los para exercer suas funções e seguir as diretrizes do SUS, mas de forma superficial. O objetivo do Estado seria apenas o convencimento social, com ações paliativas de prevenção, promoção e assistência à saúde de eficácia e à eficiência discutível, visto que são desenvolvidas de forma descontinuada e desarticulada das demais políticas públicas e acrítica pelos trabalhadores de saúde, que não têm poder de decisão política. A interação entre os ACE e as comunidades dá a estas uma falsa ilusão de proximidade ao Poder Público na resolução de seus problemas epidemiológicos e ambientais, visto que as ações desempenhadas num território, deslocadas das demais ações políticas intersetoriais, impactam de forma transitória, e de fato, não alteram a realidade comunitária.

1.4.2. Exigência de uma nova formação na área de saúde

No contexto contemporâneo, a disputa por projetos hegemônicos na área de Educação Profissional leva a uma contradição na formação para o trabalho. Esse estudo se pautou, dentre várias perspectivas marxistas, naquela que se alicerça na defesa da formação politécnica profissional; que acredita que o processo formativo pode desenvolver um espaço para leitura crítica da realidade que ajude a compreender, contextualizar e responder suas indagações neste processo; e o instrumentalize, sobretudo, a lutar por mudanças e adoção de políticas públicas distributivas e de caráter emancipatório, com projeto de desenvolvimento nacional popular que articule a elevação da escolaridade, formação profissional técnica e a geração de emprego e renda. Autores como Ciavatta (2009), Frigotto (1997 e 2001), Ramos (2005, 2006 e 2007), realizam essa discussão e defendem como pano de fundo a perspectiva marxista que preconiza um papel libertador do trabalho.

Essa concepção de ensino, tributária da tradição socialista, tem por objetivo permitir o domínio dos fundamentos das diversas técnicas utilizadas na produção, e não o mero adestramento em técnicas produtivas. “A noção de politecnia diz respeito ao domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que caracterizam o processo de trabalho produtivo moderno”. Diz respeito aos fundamentos das diferentes modalidades de trabalho. (SAVIANI, 1987, p. 17)

Contrariamente, nas perspectivas do ensino técnico profissional, a educação tende a ser mais focal, respondendo à necessidade específica do mercado, pois defende o ensino complementar em serviço, com ênfase no papel de padronização e de controle do trabalhador por meio da racionalidade de tempo. Também é escasso o recurso financeiro para o processo formativo para o trabalho, em contraposição à idéia de desenvolver políticas de educação e de formação profissional como estratégias de emancipação do cidadão.

Essa discussão favorece o entendimento do que ocorreu na formação na área de saúde. O contexto socioeconômico dos anos 70 era favorável à contestação crítica, devido à crise mundial (crise do petróleo). A APS tinha como eixo central a elevação da qualidade de vida da população e a contribuição do setor saúde na diminuição das desigualdades sociais e eliminação da pobreza extrema. Tais aspirações seriam viabilizadas por meio da medicina comunitária e dos cuidados primários de saúde. Neste panorama, foram definidas três áreas prioritárias:

1. Grupos humanos: populações de extrema pobreza em áreas rurais e urbanas e, nelas, as crianças menores de cinco anos, mulheres e trabalhadores. Os indicadores de saúde já apontavam para o envelhecimento mundial, sendo necessário priorizar a população idosa;

2. Nível e estrutura de saúde: aumento da esperança de vida ao nascer, por meio da diminuição e mudança do padrão de mortalidade;

3. Melhoramento dos níveis nacionais de bem-estar: aumento da disponibilidade e acessibilidade de toda população a serviços de saúde, educação, ambiente, alimentação, moradia e lazer, bem como melhoria dos níveis de renda e emprego.

Alma-Ata foi um marco na reorientação do enfoque dos problemas e sistemas de saúde, com o objetivo de “(...) alcançar para todos os cidadãos do mundo no ano 2000 um grau de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente ativa” (OMS, 1977 *apud* OPS/OMS, 1980), sendo proposto e aceito como meta social para os governos e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Quanto na questão de formação de seus agentes, profissionais e trabalhadores em saúde.

No final da década de 80, o Brasil sofreu as influências das políticas de educação profissional em saúde. Tanto a Conferência de Alma-Ata quanto as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) produziram documentos que tratavam da organização de uma infraestrutura que viabilizasse, em escalas de eficiência, todos os insumos, que vão de tecnologias necessárias a “recursos humanos”, com ênfase na formação de pessoal.

O referido modelo APS teve sua origem em experiências desenvolvidas no âmbito de Distritos Sanitários (DS) implantados no final dos anos 80 e início dos 90, por iniciativa de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e Cooperação Italiana em Saúde, pensando inclusive na formação.

A proposta do modelo VISAU parte de um enfoque sistêmico, que fundamentava a noção de SILOS, e absorveu rapidamente as propostas do planejamento estratégico-situacional de Carlos Mattus e da reflexão de epidemiologistas como Castellanos¹¹, acerca da

análise das situações de saúde. Incorporaram, ainda, as contribuições da “nova geografia” do geógrafo Milton Santos como referencial para a delimitação dos territórios circunscritos pelo DS (os territórios administrativos, sanitários e epidemiológicos).

De acordo com Teixeira (1999), quanto à operacionalização do modelo VISAU, esta implica na valorização dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços, aplicados à delimitação de diversas áreas, e à incorporação de mapas de risco. O surgimento da noção de “problemas de saúde” no processo de planejamento e programação das ações, por sua vez, permite a valorização de uma visão policêntrica e democrática na definição dos objetos de intervenção; articula ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação.

No final do século XX e no início do século XXI, outro programa ganhou importante espaço no desenvolvimento da condução da política de saúde: Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este novo “modelo” disputa a hegemonia no campo da atenção, adota uma concepção voltada para a reorganização da prática médica clínica a partir da ampliação do objeto de trabalho (dos indivíduos à família, e daí à comunidade), sendo paulatinamente associado aos princípios da Medicina Comunitária.

Teixeira (1999) apontou que existem outras articulações e conceitos no campo da saúde pública com APS e da saúde coletiva, como na Atenção Básica de Saúde (ABS). Buscam conformar um modelo de atenção pautado pela sistêmica dos serviços (complementaridade e hierarquização), dado pelo caráter multiprofissional das equipes de trabalho, pela utilização da informação epidemiológica para o planejamento e programação das ações de saúde e pela busca de integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) no âmbito da atenção básica no SUS e formação profissional.

Cohen (2001), que discutiu o modelo assistencial no SUS-Niterói, enfatizou que o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1991, foi uma proposta da FUNASA e “tinha por objetivo a cobertura de áreas de riscos selecionadas a partir do mapa de fome” (p. 27).

Teixeira (1999) aponta que a Estratégia de Saúde da Família, programa vertical implantado nas regiões Norte e Nordeste, foi redefinida por um conjunto heterogêneo de atores, ao nível estadual e posteriormente federal, que viram no PACS uma oportunidade de promover a mudança do modelo de atenção à saúde em larga escala.

Concepções interessantes foram desenvolvidas por Teixeira & Vilasbôas (2007) no documento “Diretrizes para a Integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde”. O interesse científico e o debate político sobre o tema resultou em vários instrumentos

normativos, estímulos para uma discussão mais ampla que levou à Portaria n.º 1.007, de 4 de maio de 2010.

Os modelos de atenção à saúde foram discutidos e apresentam diferentes concepções para a assistência, convergindo e divergindo em vários pontos. O foco do presente estudo está na formação dos trabalhadores, considerando o que move ou modifica o processo de assistência, dentro da ótica de cada um desses modelos. Está intimamente ligado à formação do trabalhador e ao modo como o mesmo passa a lidar com o processo de trabalho. Além disso, está relacionado à identificação referente à forma como as noções contemporâneas se disseminam na transmissão de conhecimentos e como as práticas metodológicas se articulam no meio educativo, em particular no ensino em serviço, com os objetivos formativos definidos, incluindo suas ligações com o processo de gestão do trabalho em saúde.

Os modelos de Atenção Primária de Saúde e a Vigilância em Saúde têm como foco a atuação no combate a doenças transmissíveis e não transmissíveis que acometem a(s) comunidade(s) como um todo. Além disso, buscam impedir a exposição a riscos, a partir da análise da situação de saúde das populações.

Escorel (2002), Teixeira & Solla (2008), Escorel & Teixeira (2008), debruçaram-se sobre a importância da discussão de mudança de modelo assistencial e suas repercussões no segmento de trabalhadores⁸ da(s) vigilância(s) de saúde. A ênfase maior era direcionada à subjetividade das concepções e das práticas, no cotidiano desses trabalhadores, de combate às endemias, ou como descrito em texto normativo, de prevenção e controle (Portaria n.º 44/GM, de 03/01/2002).

A partir dos estudos de Vieira (2005a), observa-se a discussão a respeito da importância da educação em saúde na comunidade, que deve ser desenvolvida e trabalhada por ACS no campo. O mesmo também enfatiza a valorização política desse novo ator social nas ações de prevenção e promoção à saúde.

Gurgel (1998) e Haikel (2005) destacam-se no que tange ao debate das questões laborais e suas repercussões sobre a saúde do trabalhador ACS. Ressaltaram o campo das atividades cotidianas durante o desenvolvimento das atividades de prevenção a doenças nas comunidades. A prática de trabalho desenvolvida pelos agentes comunitários de saúde, entretanto, é específica, praticada de acordo com a doença que se quer combater.

⁸ Cabe ressaltar que se entende como “trabalhadores do SUS (...) todos aqueles que realizam ações e exercem as suas funções em serviços públicos de saúde e em serviços de saúde privados, conveniados e contratados pelo SUS”. Segundo Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS (2005, p.31)

Apesar das discussões que deram origem ao texto normativo da Portaria n.º 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), percebe-se uma tendência ao fortalecimento da ESF e das ações dos ACS, o que parece priorizar a mudança e/ou a substituição dos agentes de combate às endemias pelos ACS. A estes são direcionadas novas funções e atribuições, na tentativa de ultrapassar a singularidade de práticas prescritivas de outrora.

Percebe-se uma tendência nas discussões de sobreposição de práticas e ações dos ACE e ACS, e a indefinição de atribuições permaneceu até 2010. Existiu um esforço na formação dos profissionais de saúde de acordo com a tendência à educação profissional técnica-tecnológica, porém o mesmo não ocorreu com tanta ênfase para o ACE. A proposta permaneceu na complementação de conhecimento em serviço, com formação de curta duração e de forma aligeirada. O ACE foi mantido à parte na organização da gestão setorial da saúde, com exceção do que ocorreu na experiência do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR).

Foi a partir do PROFORMAR que ganhou ênfase a discussão para a formação dos ACS e ACE. Contudo, essa modalidade de formação profissional parte majoritariamente de uma pedagogia ensino/serviço que privilegia um caráter técnico profissionalizante e que guarda a relação entre o processo de trabalho e a construção de conhecimentos de forma crítica.

O processo de formação no sentido de fortalecer a própria capacidade formativa do SUS foi oriundo da existência de um debate acadêmico crítico, que garantiu a alteração significativa sobre os sistemas de estruturação do cuidado, lembrando que o conhecimento produzido está inserido na política da sociedade contemporânea. Esse debate ficou explícito no relatório final da XII Conferência Nacional de Saúde, realizada no período de 7 a 11 de dezembro de 2003. Identificou-se a dificuldade de ampliar o controle social sobre o setor da saúde (na gestão administrativa e no campo operacional, especificamente), princípio fundante do modelo oficial de saúde brasileiro.

Nesta linha, os trabalhos de Vieira (2005b), Alves (2009) e Morosini (2009) se dedicaram ao assunto na tentativa de esclarecer o desenvolvimento político e ideológico, na constituição da política de formação específica para trabalhadores da vigilância em saúde, voltados para ACS. Enquanto as pesquisadoras Freitas (2006), Meira (2008) e Machado (2008) discutiram a capacitação dos ACS em meio a uma equipe de PSF, dentro da proposta de Educação Permanente da ESF.

E, finalmente, os pesquisadores Gomes (2009), Malfitano (2004), Gomes (2004) e Albuquerque (2005) abordaram a avaliação e gestão de serviço e de trabalho, nos quais as práticas dos ACS são pautadas em parâmetros, para quantificar ou qualificar a produtividade desses serviços ou gestão.

Deste modo é possível entender a dinâmica do pensamento de parte desses pesquisadores, tanto para o entendimento de Homem, de Estado, da política e das relações quanto para entender o processo de formação dos trabalhadores (ACS) que embasam a discussão da ESF.

Observa-se, ainda, que os autores pesquisados que examinaram a política de Estado, fizeram-no enfatizando o modelo ESF como instrumento principal para a reforma de práticas. Isso possibilitou a reafirmação do modelo APS, surgindo, entre outros profissionais de saúde, o ACS como um dos atores principais do processo, principalmente em pequenos municípios do país.

Todavia, segundo Teixeira & Vilasbôas (2007), que revisaram o documento “Diretrizes para a Integração entre a Atenção Básica⁹ e a Vigilância em Saúde”, percebe-se que os trabalhadores da(s) vigilância(s) são fundamentais e identificados como coautores do processo das ações de vigilâncias ambiental, epidemiológica e sanitária. E no que tange à organização, do processo de trabalho e da atenção, Teixeira et al (2006) alegam que os agentes de saúde (ACS e ACE) são um “elo” com a comunidade.

Nessa perspectiva, o “elo” pode vir a ser revertido a favor dos trabalhadores, tornando-se um canal de denúncia por priorizar a saúde como um bem social. O Estado enfatiza as ações dos trabalhadores da(s) Vigilância(s) em Saúde como representantes deste “elo” de comunicação com as comunidades, objetivando diagnosticar problemas, minimizar conflitos e propor soluções pontuais à comunidade. Essa política, no contexto contemporâneo, focaliza as ações assistenciais públicas, nas quais o entendimento do papel da saúde se apresenta como uma mercadoria, e não um direito.

⁹A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a habilitação e a manutenção da saúde, desenvolvidos por equipes multiprofissionais que executam suas atividades com responsabilidade sanitária sobre a comunidade adstrita aos territórios delimitados. Deve considerar as características socioculturais e a dinamicidade populacional, e, de maneira programada, organizar atividades voltadas ao cuidado longitudinal das pessoas, das famílias e da comunidade (BRASIL, 2006).

2. Formação do trabalhador em saúde e o ACE

2.1 Do Movimento Sanitário ao SUS: valorização do trabalhador da saúde

A quinta Carta Magna (1988) promulgada no Brasil representa certamente um grande avanço no sentido de busca por medidas de proteção social para a população brasileira. As políticas elaboradas, discutidas e aprovadas em sua redação deveriam ser suportes legais para se estabelecer uma nação mais justa, equânime, com menor diferença entre brasileiros. Mas, no processo de construção da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB), houve limites e impasses causados pela disputa entre projetos societários diferentes e contraditórios.

Vianna (2005) enfatizou que por esse processo de democratização do país se deu de forma conturbada e não garantiu a implementação de um sistema de Seguridade Social (previdência, saúde e assistência social) de fato, devido à inexistência de uma estrutura institucional-administrativa, ao comprometimento socioeconômico brasileiro com os vários acordos internacionais e à fragilidade de infraestrutura dos municípios. As suas funções foram legisladas de maneira compartimentalizada, diante da falta de um órgão de gerência único que possibilitaria que as receitas pactuadas fossem designadas de acordo com a necessidade, num dado momento, de cada pilar que compunha a Seguridade Social.

A CRFB, em sua Seção II, nos artigos 196 aos 200, trata das formas em que a saúde deverá ser implementada no país, estando bastante influenciada pelo movimento sanitarista da década de 80 e pelas discussões da VIII CNS, ocorrida em 1986. Daí em diante, a saúde tornou-se direito constitucional de todos (universalização) e obrigação do Estado, que a regulamenta, fiscaliza e controla, estando a execução facultada a terceiros (BRASIL, 2000).

Considera-se, nesta dissertação, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) como um produto do processo iniciado pela política desenvolvimentista, da década de 60: o Regime Militar (RM) e o Movimento de Reforma Sanitária (MRS). Em ambos focava-se uma estratégia de formação mais abrangente para o trabalho, pois esse fator era essencial para o novo projeto societário que se buscava e que teve apoio de organismos internacionais.

Enquanto o RM estava voltado para o capital e buscava um novo tipo de trabalhador para a mudança estrutural calcada no modelo vigente para a industrialização, o MRS voltava-se para o trabalhador e buscava direitos por meio de uma política de saúde ampla. Além disso, esse movimento ampliou e proporcionou uma política e uma ideologia para o processo de democratização do Brasil.

Conforme Oliveira (1988), “o ‘*Movimento Sanitário*’ apontou um novo setor das

‘*elites técnicas*’ da área da saúde” (em setores da administração da saúde pública e das empresas privadas em franco crescimento na década de 70), que estavam em disputa com outros grupos burocráticos que foram se sedimentando no interior das instituições durante o período de repressão política do RM.

O Movimento Sanitário começou em instituições ou departamentos marginais, fossem eles do setor saúde ou não, como na Fundação Oswaldo Cruz¹⁰, no Instituto Butantã, nos departamentos de medicina e nos hospitais universitários e públicos, no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, na Financiadora de Estudos e Projetos, dentre outros.

Scorel (2008b), quando realizou sua análise, dentro do recorte no período de 1964 a 1990, demonstrou a necessidade de abranger o contexto social/político/econômico e as consequências na historicidade das políticas de saúde. A autora enfatizou a intensa repressão associada ao milagre econômico, que levou à utilização da saúde como instrumento de convencimento. Para conter esse processo, o instrumento do Regime Militar foi a utilização das Conferências Nacionais de Saúde como fórum de consenso e repressão.

Contraditoriamente, no cenário político, o contingente que se concentrava nesses fóruns acabou por fortalecer as resistências ao RM, ampliando as discussões do MRS, que não só defendia uma reforma setorial, mas a transformação de uma sociedade, segundo a autora.

O processo de abertura política conduzido pelo RM a partir da segunda metade da década de 70 optou pelo que foi chamado distensão lenta, gradual e segura, para garantir ao regime uma condução do processo sem alterar a condição favorável ao sistema capitalista. A área de saúde, enquanto bandeira para a democratização do regime de Estado, engrossou as fileiras contra o regime totalitário do RM. E essa temática foi emblemática para os movimentos de redemocratização (Movimento Estudantil, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde¹¹ - CEBES).

O MRS participou dos processos de universalização, regionalização e municipalização da saúde, por meio do Programa de Ações Integradas de Saúde - Pais (1982), do Sistema Único Descentralizado de Saúde - Suds (1987) e da CRFB (1988), e chegou ao clímax com a

¹⁰ Fundação Escola Nacional de Saúde Pública, dirigida por Prof. Dr. Edmar Terra Blois, participante da IV CNS, em 1967.

¹¹ Segundo Carvalho (1995), os marcos do movimento sanitário com identidade programática foram proporcionados pelos grupos de intelectuais do Centro Brasileiro dos Estudos Sociais - em Saúde (1976) - CEBES e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979) - ABRASCO, durante o período histórico da Nova República (1985), que favoreceram os argumentos e encadeamentos para uma importante discussão na VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS (1986).

Lei Orgânica da Saúde - LOS (Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990) que deram a base para o Sistema Único de Saúde - SUS.

Escorel (2008b) cita Eugênio Villaça Mendes, que nomeia o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) como “Tratado de Tordesilhas da Saúde”. A mesma autora (1999) afirma que esse plano propiciou “estímulos oficiais” à estruturação/articulação do movimento sanitário: o setor Saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Ampliada (CNRH/IPEA), Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT) e a Financiadora Nacional de Estudos e Projetos (FINEP). Essas instituições financiaram pesquisas e formação dos pesquisadores, cientistas, ativistas e pensadores, que a partir da década de 80 estariam em locais de destaque na política nacional.

Grande parte dos recursos que financiaram as pesquisas dessas instituições foi oriunda de investimentos internacionais para formação de trabalhadores qualificados a fim de alavancar o ensino superior para o mercado privado. No entanto, serviu também para desenvolvimento de uma política de formação para saúde, dando suporte teórico às práticas transformadoras, como exemplificadas por Escorel (2008b): Plano de Localização de Serviços de Saúde (PLUS), Projeto Montes Claros (PMC) e Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde (PIASS).

Tratava-se de:

(...) uma novidade na luta política brasileira. Em primeiro lugar, porque nasceu ligado à tragédia sanitária brasileira e nas profundas necessidades de mudanças das condições de saúde de nosso povo; e em segundo lugar, porque também nasceu na luta contra o regime autoritário e pela Democracia. (AROUCA, 1992, p. 94)

Os ativistas e os simpatizantes do MRS acreditaram que, para almejar melhores condições de saúde para a população, era preciso conquistar um patamar de liberdade. E, de fato, o processo desencadeado extrapolou o âmbito da saúde, conquistando outros setores da sociedade brasileira e se caracterizando como bandeira de luta política contra a ditadura/autoritarismo.

Outra característica relevante do MRS foi apresentar “(...) um pacote articulado de noções, conceitos e categorias, desenvolvidas a partir de instituições internacionais da área, como a OMS e a OPS” (OLIVEIRA, 1988, p. 328). Esse caráter de “projeto planetário”, segundo Arouca (1992), possibilitou a disseminação de ideias e ideais por meio da criação de revistas e de eventos (seminários, congressos, simpósios) na América Latina e, posteriormente, em nível internacional.

Para Campos (2007), o movimento sanitário foi fator determinante na criação e

implementação do SUS, bem como, na criação de uma nova concepção de saúde no Brasil, visto que os integrantes do MRS participaram ativamente na elaboração de uma nova política pública de saúde para o Brasil. A participação de vários atores (grupos populares, deputados constituintes e gestores públicos) permitiu uma grande articulação, promovendo um cenário favorável à mudança.

Apesar de diferentes aportes teóricos, o RM e MRS apoiavam o investimento na formação dos “Recursos Humanos”¹² na área de saúde, pautados em discussões internacionais. O RM visava um desenvolvimento econômico do país na perspectiva do capital, vislumbrando a necessidade de qualificar a mão de obra técnica, tanto para o nível médio quanto para o nível superior. No campo da saúde, procurava seguir a orientação da OMS.

A IV Conferência Nacional de Saúde, realizada entre 30/08/1967 e 04/09/1967, justificou a necessidade de formação técnica na área de saúde, voltada para todos os níveis de escolaridade e pautada em estudos do “Comité dos Expertos en Formación Profesional e Técnica Del Personal Médico y Auxiliar – Tercer Informe – Ginebra, OMS, 1956”. Para esse estudo, uma das contribuições à IV CNS foi a diferenciação entre os trabalhadores de saúde em pessoal auxiliar de nível médio (ensino secundário) e pessoal auxiliar de nível elementar (instrução primária) e a indicação de que tipo de formação deveriam ter.

O MRS defendia uma educação geral e ampla em que o trabalhador da saúde pudesse analisar criticamente a reprodução social de sua vida individual e coletiva, conforme o documento de Alma Ata¹³. Este incentivava a formação de trabalhadores para “Cuidados de Saúde Primários”; a redução da estratificação social; a redução de vulnerabilidades; a proteção contra a exposição aos perigos para a saúde; a mitigação das consequências do resultado de saúde desigual.

Cabe ressaltar, segundo Neves & Vieira (2008), que a tendência iniciada na década de 30 tratava de um processo de implantação de um programa de educação básica voltado à preparação para o trabalho de uma população menos favorecida. O Estado Novo tinha por objetivo introduzir a consciência industrial e, por meio de um Estado “forte”, garantir a reprodução do capital.

¹² Os Anais da IV CNS, em 1967, tratam da questão do conceito de Recursos Humanos dentro da perspectiva que se acentuou no pós-Segunda Guerra Mundial, mas somente na década de 50 teve um status científico de Administração de Recursos Humanos necessário para auxiliar na organização e direção de trabalho grupal, primeiro no setor produtivo primário. Em meados da década de 60 utilizou-se a expressão Recursos Humanos para designar um campo da Administração com objetivo de estudar e realizar as atividades relativas ao elemento humano nas organizações.

¹³ Os 134 membros participantes pautados na APS discutiram e adotaram uma política internacional conhecida como “Saúde para todos no Ano 2000”, definindo como orientação principal os cuidados primários de saúde (BRASIL PEREIRA, 2009).

Essa educação dual seguia a partir de uma orientação internacional para a formação profissional para o trabalhador, e uma educação ampla e geral para o segmento populacional de dirigentes. Tal política foi fortalecida na década de 60, privilegiando o ensino técnico-profissional para os trabalhadores e com possibilidades de acesso a cursos superior para a classe média.

A necessidade da preparação para o trabalho aumentou a demanda para o contingente de trabalhadores de nível básico, e levou, a partir da década de 40, à privatização da educação técnico-profissional.

Romanelli (1993), ao fazer o resgate da construção histórica da Educação no Brasil, trouxe a criação do Sistema “S” na década de 40; a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 4.024 de 20 de dezembro de 1961, a LDB) estabeleceu um currículo básico para todo o território nacional e manteve a estrutura tradicional de ensino das legislações anteriores; a Lei 5.692/71 promoveu alterações importantes na estrutura organizacional da educação nacional. Difere da anterior por ser mais clara quanto à determinação e ordenação dos períodos, séries, faixas ou etapas a serem vencidos pelos alunos para completar seus estudos, em todos os graus de ensino.

Quanto ao conteúdo da Lei 5.692/71, o currículo tem como pressuposto proporcionar uma formação necessária ao desenvolvimento de potencialidades exigidas pelo mercado naquele momento, mas com um discurso de autorrealização, qualificação para o trabalho e preparo para o exercício consciente da cidadania e sucesso social.

Tanto Romanelli (1993) quanto Neves & Pronko (2008) discutem a criação da rede de escolas técnicas no período do RM. Evidenciam a construção histórica que os governos brasileiros almejam, pois essa rede (pública e privada) recebeu atribuições claras e necessárias para reformular o campo da formação dos trabalhadores, e assim, redimensionar a educação (fundamental, primária, secundária, técnico-profissional e superior) em favor do desenvolvimento do mercado. O que mais chama atenção nessa época é a possibilidade de acesso ao ensino técnico-profissional e ao ensino secundário e médio, possibilitando à classe média e à dos trabalhadores aspirarem ao ensino superior, mesmo que não existissem vagas suficientes.

Vieira & Farias (2007) descreveram como as sucessões de governos militares, na década de 60, iniciaram a modernização do país por meio das versões dos Planos Nacionais de Desenvolvimento e dos vários planos setoriais para a área de educação.

O objetivo era forjar uma nova consciência para o trabalhador contemporâneo, pautada

na perspectiva do Capital Humano¹⁴ na década de 60 e na perspectiva da polivalência da Educação Técnica-Profissional a partir da segunda metade da década de 70; e ao mesmo tempo conseguir legitimidade, o que conquistou apoio da classe média e trabalhadora.

Por envolver necessidades de amplas massas da população brasileira, a questão da saúde mobilizou, mesmo a partir de 1964, novos atores que atuavam no Poder Legislativo, nos movimentos sociais e em diferentes experiências institucionais. Tais atores geraram conhecimentos embasados em uma perspectiva libertária, constituindo fonte do Movimento Sanitário Brasileiro e formando uma força política que viabilizou alterações e mudanças no contexto nacional. Tratava-se de “(...) uma proposta de Reforma Democrática do Estado Brasileiro, e a partir de uma reforma processual articulada” (AROUCA, 1992).

Entre os autores que influenciaram decisivamente o contexto democratização do país podem-se destacar Maria C. F. Donnangelo e Sérgio Arouca, cuja produção teórica e política repercutiu em fóruns públicos sobre a área da saúde, enfocando questões relativas ao modelo de saúde, à necessidade de saúde da população e à formação dos profissionais de saúde.

2.2. Da VIII Conferência Nacional de Saúde a XI Conferência de Saúde: aporte para uma política de Educação Profissional e Permanente em Saúde

Artigo de Sayd, Vieira e Velandia (1998) analisou os registros das Conferências Nacionais de Saúde, destacando a questão dos recursos humanos, assim como as conjunturas políticas e econômicas que ambientaram a dinâmica da saúde no contexto político de cada momento no Brasil. Por meio da trajetória política da discussão do setor de saúde, os autores realizaram a leitura dos textos das conferências dedicados especificamente ao tema, terminando na I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (I CNRH).

Tanto a VIII CNS quanto a I CNRH, ambas realizadas em 1986 em Brasília-DF, constituíram-se em marcos importantes na formulação e implantação das políticas públicas de saúde no Brasil. No que tange ao recurso humano, segundo essa Conferência, foi diferente das demais ocorridas até então, tendo pela primeira vez incorporado, de fato e de direito, a participação da sociedade civil organizada na composição dos delegados. A partir daquela, as conferências de saúde passam a ter ‘vida própria’ e afirmam a “abertura” democrática (LIMA e col., 2005).

¹⁴ “Trata-se de uma noção que os intelectuais da burguesia mundial produziram para explicar o fenômeno da desigualdade entre as nações e entre indivíduos ou grupos sociais, sem desvendar os fundamentos reais que produzem esta desigualdade: propriedade privada dos meios e instrumentos de produção burguesa ou classe capitalista e a compra, numa relação desigual, da única mercadoria que os trabalhadores possuem para proverem os meios de vida seus e de seus filhos – a venda de sua força de trabalho” (FRIGOTTO, 2009, p. 67).

González (2000) apontou duas modificações fundamentais significativas para o trato da saúde da década de 60 e 90: a primeira na IV CNS, durante o RM (centralizadora e tecnocrática), e a segunda na Assembléia Nacional Constituinte de 1987 (participação da comunidade). No que tange aos treinamentos em serviço, a IV CNS propôs que:

Os auxiliares de nível elementar devem ser preparados ao mínimo, pelos próprios órgãos interessados, dada a grande diversidade de pessoal exigido, o qual deve, ademais, ser recrutado localmente. (IV CNS, 1967, p.106)

O interessante é que esse documento apontava a municipalização dos serviços, responsabilizando o poder local pela formação do seu pessoal, visto que detinha o conhecimento mais real da sua população e risco de saúde, apesar de a autonomia dos municípios ser, então, restrita.

O autor afirma que as Conferências Nacionais de Saúde no período do RM tinham o caráter performático de controle e de consenso, pois a participação popular era restrita e legalizava as determinações do poder governamental. González (2000) enfatiza que o País nunca teve uma tradição de participação política e de controle social, mas não se pode menosprezar as possibilidades e limites desse espaço. O objetivo maior das Conferências anteriores era discutir, por parte do Ministério da Saúde, a situação da saúde em nível estadual e local com vistas à orientação administrativa e financiamento do serviço de forma vertical – conforme estabelecido na Lei n.º 378, de 13/01/1937.

O caráter democrático da VIII CNS possibilitou a participação da sociedade civil, participação que, na época, não era regulamentada. Isto só veio a ocorrer com a Constituição de 1988 e, posteriormente, com a sanção da LOS. A conquista da VIII CNS teve grande contribuição do MRS brasileiro e suas articulações. Esse movimento respaldou a criação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) que, por sua vez, sustentou a formulação do capítulo relativo à saúde da Constituição e da LOS (LIMA e col., 2005; PEREIRA, 1996; RADIS, 2002).

Cabe ressaltar que o Título VIII - Da Ordem Social, capítulo II, artigo 194 da CRFB descreve que:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (p.p. 193–232)

Sendo assim, nova configuração política assume um ideal de um Estado de Bem-Estar, pelo menos na área de saúde, com décadas de atraso em relação aos países centrais do capitalismo. Os novos direitos são conquistados pela população do ponto de vista formal, e

nem sempre têm sido garantidos do ponto de vista real. Cabe ao Poder Público, segundo essa legislação, organizar a seguridade social fundamentada na universalidade da cobertura e atendimento; equivalência de benefícios e serviços prestados às populações urbanas e rurais; irredutibilidade do valor dos benefícios; e outros. Em outubro de 1988, são estabelecidos grandes possibilidades, desafios e limites para a implantação das políticas públicas pelo governo, sob nova concepção. O conceito de proteção social é, pela primeira vez, incorporado à CRFB (BRASIL, 2000; VIANNA, 2005).

A discussão de uma proteção social ampla foi defendida na VIII CNS com a participação significativa da sociedade civil. Dos mais de quatro mil participantes do evento, mil eram delegados, e 50 por cento destes, representantes da sociedade civil. Essa Conferência, sob o tema “Democracia e Saúde”, teve como premissa que a “saúde é dever do Estado e direito do cidadão” e discutiu a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial (BRASIL, 1987; RADIS, 2002).

O panorama apresentado foi fundamental para o estabelecimento de políticas públicas no sentido de responder à necessidade coletiva de formação de recursos humanos qualificados no atendimento de saúde.

As políticas públicas são instrumentos da democracia para consecução de objetivos de governo, são ações definidas no âmbito do Estado e da sociedade, que visam atender uma necessidade específica, que se expressa no plano coletivo, mas exige sua conscientização no plano dos indivíduos e sua organização social primária que são as famílias e as comunidades. (MENDONÇA, 2007, p. 602)

As diretrizes específicas e forma de organização da saúde foram estabelecidas a partir das Leis 8.080/90 e 8.142/90, ambas influenciadas amplamente pela atuação do MRS e VIII CNS. Todavia, não deram conta de quatro problemas fundamentais para a implantação e implementação do SUS: a descentralização, o financiamento, o controle e a gestão do trabalho.

As discussões que se seguiram à promulgação dessas leis levaram os diferentes atores políticos a criar estratégias bem amplas na tentativa de sanar os problemas dos diversos trabalhadores dos três níveis e de instituições prestadoras (filantrópicas com e sem fins lucrativos) de serviços, que convivem com regimes, estatutos (direitos e deveres) diferentes e trabalhadores sem qualquer proteção social como os comissionados, terceirizados, precarizados, cooperativados, entre outras situações. Todo esse movimento acabou por dar origem à Norma Operacional Básica – Recursos Humanos do SUS (NOB-RH/SUS).

A Portaria GM n.º 830, de 20/06/1990 do MS constituiu uma Comissão Especial para Planos de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) do SUS. Isso foi um incentivo para a tentativa

de equiparar os trabalhadores. Uma luta coletiva dos trabalhadores foi incorporada na agenda política, sendo inclusive aprovada em reunião extraordinária em outubro de 1991 pelo Conselho Nacional de Saúde, que estabeleceu as orientações para o PCCS-SUS.

Essa questão foi amplamente discutida nas Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos para o SUS, principalmente a realizada na II CNRH, em 1993, o que levou à elaboração dos “Princípios e Diretrizes para Gestão do Trabalho no SUS”. É interessante destacar que, na década de 90, existiam dois grupos – que não eram monolíticos: um deles em defesa da polivalência de formação técnica-profissional, com ênfase no tecnicismo e voltada para requalificação; o outro, da perspectiva técnico-tecnológica com formação policêntrica e democrática, voltada para o desenvolvimento de uma consciência crítica do trabalhador, mesmo se pensando na complementaridade da formação.

No Brasil, desde a década de 30 privilegiava-se a educação para o trabalho, ora pautada na sociologia das profissões, de orientação francesa, ora na vertente dos economistas de orientação norte-americana, ambas dentro dos princípios liberais intrainstitucionais que colocavam a formação em um patamar dual – para uma elite, educação ampla e geral; para trabalhadores, utilização de conhecimentos de disciplinas básicas ou técnico-profissionais, de formação e requalificação profissional, com a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho, num contexto desfavorável para si mesmos:

A ameaça de desemprego em um mercado de trabalho desregulamentado e instável confere à empresa o poder de negociação (e/ou imposição) em relação às formas e condições de trabalho à margem da mediação sindical, favorecendo a cooptação dos trabalhadores e a quebra de sua resistência. (DELUIZ, 2001, p.12)

Hoje, no entanto, existe uma proposta da Educação Profissional, “com diferenciações na concepção e na forma de implementação do modelo das competências para a formação do trabalhador” (ID., IBID., p. 6). Nessa nova perspectiva existe uma disputa pelo poder e condução do processo pautada em concepções já citadas e com diversos interesses envolvidos. A incorporação, com uma visão mais progressista, deste modelo ao SUS, foi desenvolvida por pelo menos uma das ET-SUS, o que será tratado a seguir.

A perspectiva crítica de formação partiu do movimento de democratização do país, em 1985, com retorno de figuras ilustres do MRS do exílio, como Sérgio Arouca, que ainda tomou posse do cargo de presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e participou da criação da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV). Essa segunda instituição voltou-se para um ensino e formação de trabalhador com ensino politécnico no sentido marxista do

termo, no qual a visão de Homem Omnilateral, que não descola o sujeito da sua dimensão sócio-histórica.

A política de saúde teve grandes ganhos políticos no arcabouço jurídico a nível geral da saúde. A NOB 96, Portaria GM/MS n.º 2.203/1996, ampliou as ações no âmbito municipal tanto na operacionalização quanto no investimento na formação; e a nível mais específico, diante do surto de dengue que pressionou o Governo FHC e o Conselho Nacional de Saúde a aprovarem a Portaria n.º 1.399/1999 e o Plano Diretor de Erradicação do *Aedes Aegypti*, que também propõe maior investimento na mão de obra dos ACE.

Segundo o segmento político mais progressista, tais fatos ocorreram após inúmeras reuniões e encontros que envolveram a sociedade civil, trabalhadores e Secretários Estaduais e Municipais de Saúde¹⁵. A partir desse contexto, a Atenção Primária como um todo foi privilegiada, assim como os ACE e outros trabalhadores, cujo campo de ação recebeu investimentos e reorientação do tratamento dado tanto no processo de trabalho quanto na formação dos trabalhadores de vigilância em ações de Epidemiologia e Controle de Doenças. Um exemplo foi o fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos, nessa área.

O tempo institucional é diferente do tempo real. Dada a dimensão territorial do Brasil, o tempo para que uma ação pública se efetive é maior, além dos entraves políticos e interesses partidários. No caso das reformas necessárias à política de Recursos Humanos, que envolve muitos interesses, é difícil romper resistências. No caso da política em questão, foram necessários oito anos para ocorrer uma Oficina Nacional de Recursos Humanos, em Goiana/GO, na qual se estruturou a NOB/RH-SUS que foi divulgada em dezembro de 1998.

Em 2000, foram definidos encaminhamentos e estratégias, por meio de seminários macrorregionais (Florianópolis, Goiana, Manaus, Rio de Janeiro e Fortaleza) visando à elaboração da versão preliminar para um documento final, que foi apresentado no Conselho

¹⁵ Segundo os secretários municipais de saúde, foram as reuniões e encontros listados abaixo que fortaleceram o movimento de saúde pós-Constituinte e o processo de politização e formação dos trabalhadores: Encontro de Secretários de Saúde da Região Sul-Sudoeste do Pará (Marabá, 1997); Encontro Estadual dos Secretários Municipais de Saúde de Mato Grosso (Cuiabá, 1997); Encontro Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Santarém/PA, 1997); Seminário sobre o SUS para Prefeitos e Secretários de Saúde (Porto Alegre/RS, 1997); Reunião Nacional da CUT (São Paulo/SP, 1997); Seminário da Contag, com a participação de 17 Federações (1997); Reunião da Direção Nacional da ABEN e CONABEN, com a participação de representantes de 27 estados (1997); V Fórum de Gerontologia (Fortaleza/CE, 1997); Reunião da Diretoria da ABRASCO (1997); Reunião do Conselho Nacional de Saúde (1997); Encontro de Secretários de Saúde do PT (Belo Horizonte/MG, 1997); Oficina de Trabalho do CONASS (Curitiba/PR, 1997), estando previstos para as próximas semanas: Encontro Estadual de Secretários Municipais de Saúde (São Paulo/SP, 1997); Encontro de Secretários Municipais de Saúde (Belém/PA, 1997); Reunião com o Presidente da Contag, Sr. Francisco Urbano Pereira Filho (1997) e o agendamento de reuniões com: ABI, MST, FENAJ, COPAB e SBPC (Plenária Nacional de Saúde, 1997c) BRASIL (2006).

Nacional de Saúde, sob a coordenação da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRRH). Posteriormente, essas diretrizes foram aprovadas em plenária na XI Conferência Nacional de Saúde (CNS).

O item “Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS” torna claras as noções teóricas que embasam esse documento, conforme o fragmento abaixo:

Recursos Humanos: é uma expressão utilizada, normalmente, para designar e especificar os trabalhadores, em relação a outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, uma operação, um projeto, um serviço etc., tais como os recursos físicos, recursos materiais, recursos financeiros, dentre outros. (MS, 2005, p. 31)

A utilização do termo recursos humanos está marcado por um discurso sociológico, característico da década de 50, que via necessidade de reposição de “bens” necessários, humanos ou não, e que efetivassem a lógica patrimonial de empresa/indústria, vislumbrando a manutenção de funcionamento da reprodução social de serviços, neste caso específico da saúde. Oliveira (1988) discute esse conceito, “advindo da ciência da administração e [que] se subordina à ótica de quem exerce algum tipo de função gerencial ou de planejamento (...). Ele é colocado ao lado de outros recursos, como materiais e financeiros, igualmente suscetíveis de uma utilização ‘mais racional’ ” (p.12).

E, conforme a XI CNS, foi enviada deliberação ao Conselho Nacional de Saúde e, por meio da Resolução n.º 330, de 04/11/2003, mudou-se a concepção de gestão de pessoal, o que se refletiu nos serviços de saúde como uma nova política de RH para o SUS¹⁶. Foram avanços significativos, mas que pouco mudaram a percepção, a forma de inserção, a vinculação e as condições de trabalho dos trabalhadores SUS e nas modalidades institucionais. Todavia, esse documento, denominado Princípios e Diretrizes da NOB-RH/SUS (2002), encara o desenvolvimento do trabalhador para o SUS como estratégia chave para a mudança de política pública.

Para discutir esse documento será importante entender os conceitos utilizados na construção deste, no qual se percebe que a temática da competência foi pautada na sociologia francesa. Essa influência está na questão da formação profissional no desenvolvimento do “RH” na área de saúde:

Desenvolvimento do trabalhador do SUS: para efeitos desta NOB, fica entendido como ‘desenvolvimento do trabalhador’ as atitudes, circunstâncias, ações e eventos que assegurem ao trabalhador o crescimento profissional e laboral que possibilite o

¹⁶ Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS aprovada em sessão da 21ª Reunião Extraordinária, Brasília/DF, de 27/02/2002.

pleno desenvolvimento humano, a sua satisfação com o trabalho, o reconhecimento, a responsabilização com compromissos pelos direitos de cidadania da população e a prestação de serviços com acolhimento, qualidade e resolutividade à população usuária do sistema. O ‘desenvolvimento do trabalhador’ terá repercussão direta no seu engajamento institucional e na sua consciência de cidadania. (p.15)

Neste fragmento, a condução formativa eleva os trabalhadores a uma suposta autonomia e criatividade, até mesmo, afirma a condição individual e seu esforço de superar a instabilidade das condições do trabalho em saúde. Pautado na Teoria das Competências atribui ao trabalhador a condição de sobrepular o contexto geral da realidade social dos usuários. Nessa perspectiva, a competência remete à criatividade; à capacidade comunicativa que se ancora no acolhimento; à educação continuada. Ressaltasse aí a competência individual em desenvolver a capacidade de conciliar novos conhecimentos. Entretanto, a formação se dá em condições adversas.

A proposta democrática do SUS prevê o atendimento ampliado para desenvolver a formação dos seus trabalhadores com uma percepção de mundo para montar um “novo” perfil, e a partir se edifica teoricamente uma formação e uma educação técnica profissional, que é entendida como (...) o processo que sistematiza os conhecimentos técnicos e científicos por meio da educação profissional de nível básico, técnico e superior, como o objetivo de propiciar ao indivíduo o permanente desenvolvimento de aptidões, habilidades.

A formação do trabalhador, na perspectiva contemporânea, passa a ser trabalhada em dimensões dos conhecimentos: tácito, científico e corpóreo; este último distingue a inteligência prática do raciocínio lógico. A percepção conduzirá à ação, direcionando a inteligência, de modo a proporcionar um espaço para desenvolver o raciocínio rápido diagnosticando e intervindo com sucesso. O interessante é a valorização desse processo intuitivo ou pragmático que evidencia a verificação, operacionalização e a propagar a prática, e somente num momento posterior o raciocínio científico com a observação, a análise e a síntese. Pois a: Qualificação Profissional: é o processo no qual o trabalhador adquire conhecimentos qualificados para o desempenho de determinada função visando ao seu melhor aproveitamento no exercício do trabalho. (p.15)

A política de RH apoiada nos Princípios e Diretrizes da NOB-RH/SUS (2002) disputa por hegemonia de modelo dentro da gestão do SUS, desencadeando a discussão sobre o tipo de formação para o trabalhador SUS e como esse trabalhador deveria ser educado. Isso de fato está intimamente ligado à condução das políticas públicas no país, com ênfase na Educação. E esse processo não está deslocado das condições do contexto do mercado internacional, perpetua-se pelos diferentes governos, como será evidenciado a seguir.

2.3. Políticas de Educação no Brasil contemporâneo: valorização da Educação Profissional em Saúde

Cabe ressaltar que, na década de 2000, o país estava sob forte pressão internacional iniciada na década de 80, seguindo o pensamento neoliberal, sob a alcunha de Globalização. Exigia uma reforma de base produtiva brasileira, iniciada pelo Governo Collor de Mello e

concretizada nos dois governos Fernando Henrique Cardoso (FHC) e continuada pelos governos Luiz Inácio Lula da Silva (LULA) ¹⁷.

Na verdade, enquanto o SUS avançou de forma significativa política e ideologicamente, apesar dos avanços e dos retrocessos na década de 90, a área de educação teve conquista do direito restrito pela formação mínima. Visualizou-se com a substituição dos princípios norteadores de uma política de educação profissional integrada à educação básica. Quanto à regulamentação dos cursos, sob a vigência do Decreto n. 2.208/97, foram abrigados sob o denominado “nível básico” da educação profissional.

A oferta desses cursos, como parte da política de educação profissional do governo anterior, objetivava atender a demandas por qualificação e requalificação profissional da população adulta de baixa escolaridade, por intermédio de uma rede específica de cursos de curta duração, completamente dissociados da educação básica e de um plano de formação continuada.

Enquanto o Ministério da Educação e Cultura (MEC) se ocupava especialmente da educação profissional técnica – sem uma política consistente que atentasse para as demandas sociais dos trabalhadores jovens e adultos que realizam cursos supletivos de nível fundamental –, o Ministério do Trabalho e Emprego desenvolveu seu plano de formação sem atenção à recuperação da escolaridade e à organização de itinerários formativos. Os setores economicamente mais expressivos da sociedade – como industriais, comerciais e de serviços – afirmavam, então, a necessidade de se programar uma política pública de formação profissional, integrada ao sistema público de emprego e à educação básica.

A qualificação e a requalificação, seja na forma de cursos ou de módulos, deveriam estar organizadas e se constituir em itinerários formativos correspondentes às diferentes especialidades ou ocupações pertencentes aos setores da economia, e promover, simultaneamente, a elevação de escolaridade dos trabalhadores. Nessa medida, seria fundamental que esses cursos obtivessem aprovação legal por meio do fornecimento de créditos e certificados escolares reconhecidos pelo MEC e pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e, dessa forma, fossem vinculados aos processos regulares de ensino –

¹⁷ O fato de a regulamentação da educação profissional formulada a partir da LDB (Lei n. 9.394/96), especialmente com o Decreto n. 2.208/97 e as Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino técnico e o ensino médio (Brasil, CNE, 1998a, 1998b, 1999a, 1999b), ter sido contestada pelas forças progressistas da sociedade brasileira e assimilada pelos segmentos conservadores, sempre de forma contraditória, não levaria a esperar que a política de democratização e de melhoria da qualidade da educação profissional se institísse a partir da implementação dessas regulamentações. Ao contrário, de 1996 a 2003, lutou-se por sua revogação, apontando-se para a necessidade da construção de novas regulamentações, mais coerentes com a utopia de transformação da realidade da classe trabalhadora brasileira.

reconhecidos e considerados pelas empresas em negociações, convenções e contratos coletivos.

Essas preocupações orientaram a formulação das premissas que a educação profissional deveria atender, descritas no artigo 2º do Decreto n. 5.154/2004, a saber: a organização, por áreas profissionais, em função da estrutura sócio-ocupacional e tecnológica; e a articulação de esforços das áreas da educação, do trabalho e emprego, e da ciência e tecnologia.

Apesar de reconhecer a forma integrada como um curso único, com matrícula e conclusão únicas, o parecer considera que os conteúdos do ensino médio e os da educação profissional de nível técnico são de “naturezas diversas”. Restabelece, assim, internamente ao currículo, uma dicotomia entre as concepções educacionais de uma formação para a cidadania e outra para o mundo do trabalho, ou de um tipo de formação para o trabalho intelectual e de outro tipo para o trabalho técnico e profissional.

No currículo que integra formação geral, técnica e política, o estatuto de conhecimento geral de um conceito está no seu enraizamento nas ciências como “leis gerais” que explicam fenômenos. Um conceito específico, por sua vez, configura-se pela apropriação de um conceito geral com finalidades restritas a objetos, problemas ou situações de interesse produtivo.

A tecnologia entendida como meio e instrumentos que facilitam o objetivo de um determinado trabalho, nesses termos, pode ser compreendida como a ciência apropriada com fins produtivos. Em razão disto, no currículo integrado, nenhum conhecimento é só geral, posto que estrutura seus objetivos, enfatizando o específico, pois nenhum conceito apropriado produtivamente pode ser formulado ou compreendido desarticuladamente da ciência básica. (RAMOS, 2005, p. 120)

A tecnologia demonstra a capacidade humana no desenvolvimento do conhecimento nos inúmeros campos científicos e em vários setores da sociedade contemporânea, mas é inegável, também, que seu uso aumenta a mais-valia, a submissão e a exploração do trabalho em geral, visto que aos trabalhadores, na sua maioria, são apresentados conhecimentos restritos à atuação de suas atividades afins e à utilização da tecnologia na grande maioria das vezes também.

E segundo Ramos (2006a), a manutenção da validade das Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino Médio e para a Educação Profissional, após a edição do novo decreto, deu continuidade à política curricular do governo anterior, marcada pela ênfase no individualismo e na formação por competências voltadas à empregabilidade.

Reforça-se, ainda, o viés adequacionista da educação aos princípios neoliberais. Neste

particular, reafirma-se um dos fetiches ou uma das vulgatas, insistentemente afirmada nos oito anos de Governo Fernando Henrique Cardoso, de que no Brasil não havia falta de empregos, mas de “empregáveis”, discurso que permanece até os dias de hoje.

O relator, de forma inteligente e competente, por conhecer bem o pensamento do governo passado e dos empresários, acomodou o Decreto n. 5.154/2004 (trata do ensino integrado entre o ensino médio e a Educação Profissional) aos interesses conservadores, anulando o potencial que está em sua origem sob as Diretrizes Curriculares Nacionais vigentes e um parecer que sedimenta a separação das modalidades dos ensinos (médio e Técnico-Profissional), as perspectivas de mudanças substanciais de ordem conceptual, ética na política da Educação Profissional.

A política de Educação Profissional no Governo Lula pode ser considerada uma forma política e pedagógica que afastou ainda mais a formação técnica/tecnológica da Educação Profissional Crítica. Enquanto aquela formação meramente técnica e tecnológica visa uma educação focal e voltada para responder à necessidade do mercado (capital); a segunda, com potencial crítico, está voltada para a formação politécnica e objetiva uma educação ampla e geral dirigida ao fortalecimento da força de trabalho, preparando o educando para a cidadania no sentido mais amplo.

A formação técnica profissional defendida neste contexto político globalizado seria uma forma de responder às exigências de novos requisitos e atributos de qualificação profissional e competências individuais, para ampliar a ação por meio de incentivos da capacidade de inovação e criatividade; desenvolvimento de habilidades teóricas e práticas; de hábitos e atitudes e valores éticos. Porém, se esse processo não for apoiado numa formação geral e dialética, simplesmente responderá à modernização do sistema produtivo do país dentro da exigência das políticas do mercado internacional.

Exemplo disso é um fragmento de um documento do Ministério da Saúde (2004), segundo o qual uma proposta de formação ou requalificação pode, sem o devido cuidado com a metodologia, incorrer no risco de ser focal.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços de saúde, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. A implantação desta Política implica em trabalho intersetorial capaz de articular desenvolvimento individual e institucional, ações e serviços e gestão setorial, e atenção à saúde e controle social. (ANEXO II, p. 4)

Nota-se neste fragmento de texto a tendência à requalificação e à revalorização do trabalho setorial, com a tendência de viabilizar um processo de integração gradual e contínua

de conhecimentos gerais e específicos. Ou acreditar que apenas a formação-participação do trabalhador em espaços parceiros pode lhe dar condições de desenvolver a práxis.

A proposta do MS/SEGTS por meio da PEPS visa a responder um padrão racional de desenvolvimento de um padrão multiprofissional capaz de articular as políticas públicas para a redução de custos e maior eficiência, o que é louvável se não se detiver nisso; se unir as dimensões política, profissional e técnico-intelectual significar a capacidade de compreender a vida e as relações sociais criticamente, além de “(...) identificar, reconhecer e definir problemas, formular alternativas, equacionar soluções e avaliar resultados” (DELUIZ, 1994, p. 20).

A contradição da formação se evidencia no currículo – seu processo de criação, seleção e distribuição do conhecimento, escolar ou não –, que ressalta o caráter estritamente relacionado aos processos sociais mais amplos de acumulação e legitimação da sociedade. Nesse sentido, a determinação dos conteúdos curriculares para a formação e requalificação torna-se instrumento para transmissão do conhecimento, permitindo, de fato, a reafirmação do pensamento ideológico dominante e a condição de manutenção do “status quo”. Percebe-se a assimetria do poder entre as classes fundamentais e o caráter dual da educação e seu ensino.

Na tentativa de superar a aplicação de procedimentos prescritos ou de superação de imprevistos com criatividade individual, foi necessária uma formação mais abrangente. Segundo Deluiz (1996), as empresas ou as escolas desenvolvem conhecimentos que estão restritos ou ligados às necessidades do mercado de trabalho ou à satisfação das novas exigências tecnológicas. Atendendo às necessidades do mercado, a formação obedeceria a esse movimento de conhecimentos adquiridos de forma imediata e sem aprofundamentos, enfraquecendo uma “formação valorizadora” e a consciência coletiva dos trabalhadores de uma educação profissional.

Essa “nova” concepção de mundo, de economia e de novos conhecimentos tem o objetivo de formar novas competências, que regem a gestão do trabalho e gerenciam a produção. Nestas novas competências, os conhecimentos dos trabalhadores são administrados pela empresa/indústria/serviço num trabalho globalizado, flexibilizado, com tendência à desregulamentação do mercado e, conseqüentemente, dos contratos de trabalho.

E nesse contexto que se pode compreender a necessidade de formação. Esse processo ocorreu com grande parte do corpo funcional da FUNASA, que desempenhava as funções do Agente de Controle de Endemias, mas da forma politécnica proposta pela EPSJV, ao invés da tecnicista, exigida pelo mercado.

2.4. Questões de pano de fundo: breve relato do contexto histórico e político

Em 1986, após a VIII CNS, ocorreu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos, que norteou a diretriz da descentralização¹⁸ dos trabalhadores da rede SUS. Vários pesquisadores, inclusive da EPSJV/FIOCRUZ, estudaram os desafios e dilemas do SUS na atualidade e o processo de formação de trabalhadores da(s) vigilância(s) em saúde e suas atribuições do controle de endemias para os municípios.

A FUNASA – Fundação Nacional de Saúde foi criada pela Lei n.º 8.029, em 12/04/1990, e regulamentada pelo Decreto n.º 100, de 16/04/1991, basicamente pela fusão da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) e a Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP):

A FUNASA teria sido assim o caminho encontrado par solucionar uma delicada tensão entre forças políticas e possibilidades administrativas, diante da dificuldade de no contexto político da época se extinguir essas duas instituições. Uma tensão que se mantém e se atualiza nos discursos dos funcionários e nas mudanças que ocorreram ao longo de seus poucos anos de existência. (TEIXEIRA, 2007, p.3).

A FSESP exercia as seguintes atividades:

- Controle de doenças transmitidas por vetores;
- Implantação e operação de unidades de saúde e de Sistemas de Saneamento;
- Desenvolvimento de pesquisas operacionais e epidemiológicas.

No entanto, a Emenda Interministerial n.º 42/2002 apontava que a FUNASA exercia funções que outros órgãos já operacionalizavam, como Programa Nacional de Imunização, Plano de Erradicação da Poliomielite, Programa Nacional de Zoonoses, Sistema de Vigilância Epidemiológica, Sistema de Informações sobre Mortalidade, Sistema de Laboratórios de Saúde Pública, Programa de Pneumologia Sanitária e Programa de Dermatologia Sanitária.

A reestruturação do Estado agravada pela dificuldade de articulação com o SUS levou

¹⁸ “No SUS, a diretriz da descentralização corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Ou seja, estamos falando de uma desconcentração do poder da União para os estados e municípios, tendo como objetivo a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Em cada esfera de governo há uma direção do SUS: na União, o Ministério da Saúde; nos Estados e Distrito Federal, as secretarias estaduais de saúde ou órgão equivalente; e nos municípios, as secretarias municipais de saúde. A legislação do SUS e suas Normas Operacionais (NOB-SUS) definem as atribuições comuns da União, distrito federal, estados e municípios, bem como o papel e as responsabilidades de cada esfera do governo na organização e operacionalização do SUS. Os mecanismos e estratégias que organizam e regulam a descentralização como diretriz do SUS estabelecem instancias de representação, monitoramento e pactuação política e administrativa envolvendo as três esferas de governo”. BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. de (Org.) Políticas de saúde: a organização do sistema único de saúde. Livro 3, Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 29-60.

à reestruturação da FUNASA, por meio do Decreto 3.156, de 27/08/1999. Dessa forma, deu origem a sua nova missão: a assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do SUS.

O Decreto 3.031, de 22/04/1999, extinguiu a Coordenação Regional da FUNASA do Distrito Federal, e a Portaria MS n.º 1.399/1999 regulamentou o processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças.

Nesse processo de descentralização, a FUNASA cedeu aos Estados, Distrito Federal e Municípios seus equipamentos, bens móveis e imóveis e seu pessoal efetivo e contratado, dispensando 85,3% de seus trabalhadores.

Em 2001, ocorreu de fato a implantação do Programa de Formação para Agentes Locais de Vigilância em Saúde para trabalhadores (PROFORMAR) da área da FUNASA descentralizada aos estados e municípios. Foi o primeiro curso na modalidade de ensino-serviço desfocado da doença e enfatizando para os determinantes sociais da saúde, para subsidiar a política de Educação Permanente do Ministério da Saúde para transformar as práticas sanitárias desses Agentes de Controle de Endemias (ACE).

De fato, foi a única experiência de educação profissional uma perspectiva crítica que abarcou uma proposta de formação estruturada, vivenciada por uma parcela significativa de ACE no país, com ênfase no Estado do Rio de Janeiro. Trouxe à tona, além do caráter inovador do PROFORMAR, a necessidade de requalificação técnica e profissional do segmento que vinha sendo trabalhado sem planejamento e sem avaliação por seu empregador (nas três esferas pública), posto que era somente lembrado em situações emergenciais (casos de surtos e epidemias).

Baptista (2007), ao discutir a história das políticas de saúde no Brasil, apresenta como eixo condutor de análise o direito à saúde. A autora analisa “como” e “por que” o direito à saúde era concedido num determinado período histórico. Discute, ainda, como e quando o conceito de direito à saúde mudou, avançando em numa direção crítica.

É preciso lembrar que a construção da histórica de Saúde Pública, herdada do Brasil do século XIX, era exclusividade das ações de controle das endemias em todo o país e responsabilidade do Governo Federal. A implantação do SUS teve como consequência a reforma das instituições de saúde do século XX, e a FUNASA deixou a atribuição de vigilância primária.

Nos anos 2000, houve dois marcos legais envolvendo os ACE, além da implementação do PROFORMAR em todo o território nacional, formando cerca de 40 mil trabalhadores. O primeiro marco foi a Emenda Interministerial n.º 42/2002, assinada pelos ministros Martus

Tavares, da pasta de Planejamento, Orçamento e Gestão, e José Serra, da pasta da Saúde, que reintegrou parte dos ACE por meio de Medida Provisória.

O segundo marco foi a promulgação da Lei 10.667/2003 para reintegração desses trabalhadores, que teve vigência por dois anos até que, finalmente, em 2006, fossem efetivados na função por contrato com base na CLT e (re)lotados nos municípios e estados da União, passando à figura jurídica de “empregados públicos”.

A perspectiva de mudança jurídico-institucional do ACE se apresentou durante a década de 2000, além da projeção da experiência do PROFORMAR, por meio das portarias abaixo:

- 1) Portaria 11.350/2006: definiu as atribuições e competências dos ACS e ACE, sendo o primeiro passo para o reconhecimento profissional, sugerindo o contrato por seleção pública sob o regime de CLT. E garantiu os direitos adquiridos pelos empregados públicos que já estavam inseridos no serviço público. Nesta portaria foi explicitada a necessidade de formação observando o disposto na LDB vigente.
- 2) Portaria 3.252/2009: o documento buscou induzir processos de trabalho que contribuíssem para a efetivação do Pacto Pela Vida e a construção da integralidade na ação de saúde. Por meio da aprovação de diretrizes e execução de financiamentos de ações da(s) vigilâncias no território nacional, essa portaria permitiu integração da VISAU e APS.
- 3) Portaria 1.007/2010: houve a proposta concreta e real de inclusão do trabalhador ACE nas ações da Atenção Básica e na ESF. Definiu assim os critérios para regulamentar a incorporação do ACE, incluindo outros agentes que desempenham as mesmas atividades – aqueles trabalhadores com outras denominações na atenção primária à saúde – a fim de fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família.

Depois de várias discussões e aproximação da FUNASA e EPSJV/FIOCRUZ, a proposta do PROFORMAR foi uma estratégia de duplo viés: a primeira era responder à necessidade da municipalização dos trabalhadores pela instituição que se reestruturou; a segunda seria requalificar para manter postos de trabalho, absorvendo novos conhecimentos e os desdobramentos da nova conjuntura do modelo assistencial.

A preocupação do PROFORMAR era a formação complementar (educação subsequente), que fortaleceu politicamente esse conjunto dos trabalhadores de saúde pela valorização social individual e coletiva. Essa proposta curricular para formação de

trabalhadores de saúde e para qualificação em massa dos agentes de endemias foi uma modalidade de formação em educação profissional; em grande parte, utilizou uma pedagogia ensino/serviço privilegiando a experiência concreta da vigilância em saúde, no que tange à questão apresentada por Gondim & Monken (2003).

De fato, o curso se propunha a abranger nacionalmente todos aqueles trabalhadores de nível médio, utilizando a modalidade de educação à distância por meio de estruturas modulares, intercaladas por fase presencial. Isso seria possível devido a sua configuração organizacional em forma de rede. O público-alvo eram os trabalhadores da(s) vigilância(s) em saúde das esferas federal, estadual e municipal que desenvolvem atividades de campo no controle de doenças e em epidemiologia (Gondim e Monken, 2003).

A utilização de um equipamento e dos recursos da EPSJV/FIOCRUZ influenciou e formulou uma política formativa, como veremos a seguir.

2.4.1. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), é uma das unidades técnico-científicas da FIOCRUZ, instituição de ensino e pesquisa em Saúde, Ciência e Tecnologia do Brasil, reconhecida nacional e internacionalmente pelo seu compromisso humanitário.

A EPSJV foi implantada em 19/08/1986. Desde então, vem constituindo, há 25 anos, em um espaço de excelência na construção de modelos de formação profissional para o nível médio e profissional em Saúde, buscando consolidar propostas didático-pedagógicas coerentes, respeitando as diferentes formulações teóricas, conceituais e metodológicas de professores e pesquisadores. A proposta pedagógica tem como eixos estruturantes os campos da saúde e da educação.

Seu modelo educacional segue a proposição de construir o conhecimento nas áreas de sua competência, e se alicerça no trabalho em equipe e multiprofissional; com enfoque interdisciplinar do saber; com base na análise crítica e reflexiva da realidade; buscando a construção de cidadania.

Na década de 90, as transformações decorrentes das mudanças socioeconômicas determinaram os avanços tecnológicos, e as “novas” formas de gestão interferiram diretamente e indiretamente na forma de organização dos processos de trabalho nos setores público e privado, atribuindo grandes desafios em relação à formação dos trabalhadores e suas instituições de ensino.

O grande desafio seria responder à demanda das novas tecnologias incorporadas na

prática cotidiana, que implicou: no aumento da produtividade; no surgimento de novos serviços e ocupações e extinção de postos de trabalhos; e na busca de maior qualificação profissional que respondesse com qualidade, eficiência, efetividade e eficácia à diversidade das demandas nos diferentes setores de sua atuação.

A complexidade do trabalho do processo exigiu mais autonomia, impondo aos trabalhadores a habilidade de análise de situações, de resolver os problemas, de adotar decisões viáveis, de intervir no processo de trabalho para melhorar a produtividade, de trabalhar em equipe, e, finalmente, “auto” organizar (a si e a equipe) com objetivo de enfrentar criativamente situações, mudanças (ou eventos) constantes.

Em 1996, a EPSVJ implanta o Curso técnico de Vigilância Sanitária e Saúde, Ambiental, após alguns anos se tornou Vigilância em Saúde. Oito meses depois a X CNS, cujo tema “SUS Construindo um Novo Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de vida”, apontava para o investimento no Modelo de APS, de forma mais ampliada. A EPSJV já havia incentivado seus profissionais a se debruçarem sobre essas questões o que proporcionou o germe para o PROFORMAR, no qual o segmento do ACE que se constituiu na sua clientela prioritária.

O segmento de trabalhadores ACE na Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) foi campo de estudo e seu pessoal tornou-se objeto de inúmeras pesquisas, segundo Barroso (1990). Esse campo foi escolhido por ter como propósito a execução de programas de controle e erradicação das endemias de repercussão nacional e de outras ocorrências de interesse do país, no campo da saúde pública.

É importante salientar que o estudo aborda a construção da assistência à saúde no Município de Niterói, ocorrida na década de 90, com objetivo de mostrar que essa estrutura administrativa sofreu as influências contemporâneas, absorveu as novas tendências e as incorporou em seu planejamento, sua organização de seus serviços e, sobretudo, nas práticas da saúde coletiva, priorizando a ordenação a partir do modelo da Vigilância em Saúde.

2.4.2. Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância Saúde - PROFORMAR

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e a PEPS tinham proposta de reorientação dos trabalhadores da área de saúde. Essa política criticava a proposta da Educação Continuada da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), de meados da década de 70, em primeiro lugar devido à fragmentação da educação e por não respeitar a especificidade real de saúde dos diferentes contextos municipais; e em segundo, pela metodologia aplicada, que partia de uma forma verticalizada.

A PEPS encarou a Educação Profissional em Saúde de forma descentralizada. Não só se focava no desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) a Educação Continuada, mas estabelecia que “(...) as mudanças nas práticas concretas de trabalho derivam de uma crítica ao estruturalismo que ao colocar grande peso nos determinantes econômicos que condicionam o trabalho, acabou por limitar a possibilidade de superação da crise na saúde” (DURÃO, 2006, p.118).

Em 1998, ocorreu uma tentativa exitosa, fruto da preocupação com a descentralização dos Agentes de Controle de Endemias (ACE), por parte do Ministério da Saúde (MS) e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que buscaram na EPSJV/FIOCRUZ uma proposta de formação para esses trabalhadores. Nesse sentido, os Núcleos de Vigilância em Saúde e de Saúde Coletiva (que em 2002 se fundiriam formando o LAVSA - Laboratório de Vigilância em Saúde), já com um *know how* e com um grau de reflexão crítica da política nacional de formação para os trabalhadores do SUS, possibilitaram o surgimento do questionamento das equipes de como “fazer” um curso para formar 85.000 trabalhadores do SUS (GONDIM, 2001).

O surgimento da proposta do PROFORMAR vislumbrou a realidade do país continental e, com a concepção na modalidade presencial e à distância, dentro das prerrogativas da LDB (1996), visava atender à diversidade dos mais de cinco mil municípios, e ainda, incentivar a educação profissional na área das vigilâncias sem ser pontual, no que tange ao cumprimento de pactos administrativos e pedagógicos.

Para isso o programa previa a formação de Núcleos de Apoio à Docência (NAD), distribuídos estrategicamente, para permitir a acessibilidade e proximidade dos alunos/trabalhadores possibilitando um processo de ensino-aprendizagem fosse à distância, fosse presencial, tendo como eixo estrutural para a formação a Vigilância em Saúde, além da especificidade do curso em módulos, alterando os momentos de concentração e dispersão, facilitando o exercício da práxis dos alunos/trabalhadores, apoiando, inclusive, seus professores e preceptores.

O PROFORMAR foi o primeiro curso na modalidade de ensino-serviço com uma peculiaridade que ultrapassava a mera formação pragmática. Esse programa surgiu para subsidiar a Política de Educação Permanente de Saúde (PEPS) do MS para transformar as práticas sanitárias desses ACE. Cabe ressaltar que desde o MRS, dentro de um processo mais amplo de democratização da saúde, essa deveria ser integral, descentralizada e municipalizada. Com isso passou a ser urgente a desconstrução de uma prática deslocada,

com entendimento do comportamento coletivo de saúde e doença, no qual se devem compreender os determinantes sociais da saúde em detrimento da doença.

O curso tinha por objetivo fazer com que o aluno/trabalhador pudesse absorver os conhecimentos técnicos que deem aporte para suas práticas cotidianas no seu próprio território. E, ainda, o curso incentivava um espaço para refletir e discutir suas práticas cotidianas em grupo, propiciando aos alunos/trabalhadores espaços para desenvolver propostas de resolutividade, ampliando sua resposta para o contexto intersetorial. O curso contemplava as disciplinas de arte, geografia, sociologia, português, ambiente, entre outras questões, aquelas específicas do campo saúde.

Pode-se afirmar que proposta do PROFORMAR superou as expectativas daqueles que participaram do processo de idealização e implantação. Já os alunos/trabalhadores se surpreenderam com a estrutura montada, material didático, apoio logístico e acompanhamento da EPSJV. Também se surpreenderam os gestores das diferentes esferas de governos que compraram a ideia mas que, no primeiro momento, tinham receio da possibilidade de insucesso, pois se tratava de um investimento de certo modo duvidoso devido ao grau de complexidade do campo e adesão dos trabalhadores. Sem falar na forma que seus formuladores utilizaram, um modelo pautado na competência como eixo norteador, mas sem se deixar levar pela ideologia que o termo carrega.

A equipe do PROFORMAR, dentro do conjunto de professores da EPSJV, para construir um currículo mais apropriado para o segmento de trabalhadores partiu da discussão maior da escola de pressupostos teóricos e metodológicos: a noção da Educação Politécnica com intuito de perceber o Homem na sua integralidade (autônomo, sócio-ético e político) distanciando-se da ótica do modelo neoliberal. Um trabalhador capaz de contribuir de forma reflexiva para transformar a realidade na perspectiva do bem-estar coletivo.

Formação Integrada seria propiciar a construção de um currículo com conhecimentos técnicos e humanísticos, objetivando uma totalidade integrada, ou melhor, reforçando o indissociável, o manual e o intelectual, de forma a sustentar uma opção pedagógica na qual os aspectos epistemológicos, psicológicos e sociológicos tivessem interdependência e coerência para o aluno/trabalhador/tutor, favorecendo um processo de ensino-aprendizagem.

A opção pela Interdisciplinaridade tinha o objetivo de garantir a construção de um conhecimento totalizante, rompendo com os limites das disciplinas. Buscava-se uma síntese dialética entre a formação geral e profissional.

A utilização dessas opções teórico-metodológicas, segundo Deluiz (2003) *apud*

Gondim (2001), visava uma:

(...) formação multilateral do indivíduo: a educação científica, moral, estética, tecnológica e política – e possui duas dimensões fundamentais: uma dimensão profissional, que se amplia, abrangendo as competências técnicas e intelectuais, as competências organizacionais e/metodológicas, comunicativas, sociais e comportamentais e uma dimensão política, que pressupõe a capacidade de refletir e atuar na esfera pública. (GONDIM, 2001, p.6).

Barroso (2005) sinalizou em que sentido a competência entrou no currículo do curso do PROFORMAR, visto que essa discussão estava dentro da própria política de Educação, na época. Era então necessário que a proposta partisse da estruturação de competências para esse Agente Local de Vigilância em Saúde, determinando o seu papel no País, configurando um novo perfil profissional:

De acordo com os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico — Área Profissional Saúde (MEC, 2000), para fazer face às atuais exigências do setor, o trabalhador precisa ser capaz de *identificar* situações novas, auto-organizar-se, tomar decisões, interferir no processo de trabalho, trabalhar em equipe multiprofissional e, ainda, ter capacidade de resolutividade diante de problemas emergentes. Tais exigências remetem à questão das competências, um dos eixos orientadores da proposta do PROFORMAR. (BARROSO, 2005, p. 53)

O risco da abordagem das competências na formação dos trabalhadores da(s) vigilância(s) foi apontado por Deluiz (1996), que enfatiza: “(...) a aprendizagem é orientada para a ação, e a avaliação das competências é baseada em resultados observáveis (p.5)”. Contudo, o curso PROFORMAR desenvolveu um trabalho no qual a competência não era eixo central nem o aspecto mais importante do processo, mas deveria fazer parte dele, vistas a variedade do segmento de trabalhadores e suas diversas formações.

O que se percebe na história de formação recente direcionada ao ACE, ou melhor, requalificação do segmento dos trabalhadores da(s) vigilância(s), foi o cuidado com a abordagem pedagógica, com exercício constante para “aprender – a pensar” – abstrair, associar e analisar dados e informações; do “saber-fazer” e “saber-ser” para a compreensão da evolução técnico-científica, da dinamicidade da vida cotidiana suas relações sociais e as implicações no mundo do trabalho. O tratamento dado aos alunos/trabalhadores foi zeloso, devido ao cuidado metodológico produzido pela equipe do PROFORMAR, utilizando o conjunto de competências¹⁹.

¹⁹ Para Deluiz (1994), (...) competência técnico-intelectual compreende as habilidades básicas que, do ponto de vista formal, abrange o domínio dos conceitos equivalentes ao núcleo de conhecimentos gerais da 1ª a 8ª séries do 1º grau, para determinadas funções, e do 2º grau para outras, e que em última instância, o exercício de ‘aprender a pensar’; (...) competências organizacionais/metodológicas que se traduzem na capacidade do indivíduo organizar-se no seu trabalho, estabelecer métodos próprios, gerenciar seu tempo e seu espaço de trabalho, exercer autonomamente a direção de suas atribuições e diante de diferentes alternativas, adotar procedimentos adequados para sua solucionar os problemas e tomar decisões (saber- fazer); (...) competências

Pode-se afirmar que o curso ultrapassou o horizonte dos alunos/trabalhadores, que se detinham na mera repetição de técnicas e uso de tecnologias, que tinham conhecimentos restritos na dimensão do mundo do trabalho. Com o curso, puderam experimentar a possibilidade de vislumbrar a totalidade da vida social – *indissociando* a dimensão profissional e política na perspectiva educacional para a formação profissional.

Conclui-se que, na perspectiva adotada pelo PROFORMAR, este produziu e executou uma metodologia para compreensão mais ampla da realidade, utilizando elementos físicos, antropológicos, culturais e políticos imbricados e associados ao movimento humano de conhecer (enquanto práxis humana).

comunicativas se traduzem pela capacidade de se expressar e se comunicar com seu próprio grupo, com superiores hierárquicos ou subordinados são imprescindíveis em uma perspectiva de administração participativa; competências sociais traduz-se no saber-ser, na capacidade de utilizar todos os conhecimentos – obtidos através de fontes, meios e recursos diferenciados – nas mais diversas situações encontradas no mundo do trabalho, na capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente do trabalho e vice-versa (p. 21-22).

3. Formação e trabalho do ACE em Niterói

3.1. Contexto Histórico da cidade de “Nitheroy”: organização da saúde

Niterói integra a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, dentro de um conjunto de 19 municípios que, com a capital, compõe o Grande Rio. Na cidade existem 52 bairros distribuídos em cinco regiões de Planejamento – Praias da Baía, Norte, Pendotiba, Oceânica e Leste, segundo o Plano Diretor – Lei 1157/92. Ocupa uma área de 133.916 km², com uma população de 487.562 habitantes, segundo dados do Censo de 2010.

O município de Niterói se divide em 5 grandes regiões, sendo que as regiões Norte e das Praias da Baía de Guanabara se sub-dividem, conforme demonstra o quadro abaixo:

QUADRO 1. QUADRO DAS REGIONAIS NA ÁREA DE SAÚDE DE NITERÓI

REGIÕES DE PLANEJAMENTO	POLICLÍNICAS REGIONAIS	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	PMF/ MÓDULOS
Pendotiba	Largo da Batalha	UBS Cantagalo	Cantagalo I e Cantagalo II; Ititioca; Grotta I e Grotta II
Leste e Oceânica	Itaipú	UBS Várzeas das Moças UBS Piratininga	Eng. do Mato I; Eng. do Mato II; Maravista; Cafubá I e Cafubá II
Norte	Norte I/Fonseca Dr. Guilherme Taylor March	UBS Caramujo	Jonathas Botelho; Lagoinha I e Lagoinha II; Bernardino; Morro do Céu
	Engenhoca/Norte II	UBS Engenhoca UBS Barreto UBS Baldeador	Nova Brasília I e Nova Brasília II; Marítimos; Vila Ipiranga; Maruí Grande; Leopoldina
Norte/ Praias da Baía	Centro Carlos Antônio da Silva	UBS St. ^a Bárbara UBS Centro UBS Morro do Estado	Morro do Ingá; Gragoatá
	Ilha da Conceição		Morro do MIC
Praias da Baía	Sérgio Arouca		Cavalão; Viradouro; Vital Brazil e Souza Soares

Dados atualizados com nomenclaturas atuais (2010) ²⁰

As regionais Norte (I e II) e a do Centro e Praias da Baía são as mais antigas e densamente povoadas (por classes C, D e E) com inúmeros investimentos imobiliários, nas quais é maior a degradação ambiental com produção de resíduos (de todos os tipos). As regionais Leste/Oceânica e Pendotiba são as mais recentes, e nestas a expansão imobiliária, principalmente a partir da década de 90, teve crescimento planejado, no que remete ao

²⁰ O mapa do município de Niterói (Anexo I) oficial ainda não contempla todas as unidades descritas.

investimento do governo local. Contudo, muitas das construções irregulares se apropriaram de áreas de preservação ambiental, nas quais coexistem as residências e condomínios para classes A e B e os bolsões de pobreza. Mas, para compreender a atual organização e o modelo de atenção à saúde da cidade, será necessário entender a construção histórica da cidade.

Em 1565, pela necessidade de prevenir a ocupação estrangeira, o povoamento ocorreu às margens da Baía de Guanabara, em regime de sesmarias, na ocupação de terras hoje conhecida como Niterói. As ocupações (sesmarias) mais importantes aconteceram no Século XVII – o Engenho de Antônio de Matriz Coutinho e do Cacique Araribóia, chefe dos Temiminós (PMN, 1999).

A aldeia de índios de São Lourenço foi o ponto inicial do centro urbano, as terras do entorno tornaram-se chácaras, progressivamente sendo apropriadas pelos colonizadores brancos e mestiços na forma de engenhos. As regiões colonizadas eram as de Praia Grande, São Domingos, Icaraí e Maruí. A economia estava relacionada ao extrativismo e à agricultura escravocrata.

A cidade desenvolveu-se a partir de São Domingos, estendendo-se para Praia Grande e Icaraí, bem como do Saco de São Francisco até a Santa Rosa. Conhecida, até então, como Vila Real, foi visitada por Dom João VI, pelo Imperador Dom Pedro I e Dom Pedro II (no período da República), recebendo as primeiras edificações para organização político-administrativa (PMN, 1977, p.12).

No século XIX, a cidade recebeu alguns hospitais e cemitérios – Lazareto de Jurujuba, que tinha um cemitério e em 1853 se tornou Hospital Marítimo Santa Isabel – a formação dos trabalhadores ocorria na prática. A Vila Real da Praia Grande chegou à condição de cidade em 1834, quando foi escolhida como capital provisória da Província do Rio de Janeiro e recebeu o nome Nictheroy, do tupi Água Escondida.

Mesmo antes de se tornar capital do Estado do Rio de Janeiro, em 1902, Niterói recebeu muitos equipamentos de formação para o trabalho, como: o IEPIC, Instituto de Educação Professor Ismael Coutinho (1835, sob o nome de Escola Normal) para formação de professores; e o Liceu Nilo Peçanha (1883), formação técnica para trabalhadores, com uma organização de cultura urbano-industrial.

Com isso, a cidade cresceu política e economicamente. No final do Século XIX, devido ao período de industrialização no Brasil, a cidade sediou grandes estaleiros e indústrias de pescados, aumentando consideravelmente a população e o crescimento de bairros e localidades, impondo ao poder local a urbanização, a partir de 1906 (PMN, 1999).

O Governador do Estado do Rio de Janeiro Nilo Peçanha indicou para a prefeitura da cidade Paulo Ferreira Alves (1904), que permaneceu à frente do governo municipal por apenas um ano. Implantou o Serviço de Higiene Defensiva e a Polícia Sanitária, a prática de isolamento com apoio do Estado, o Hospital Ary Parreiras para cuidado da tuberculose, além de Centro de Serviços Municipais, seguindo as orientações do DGSP da 1ª República.

A população do município, em 1920, era de cerca de 82.000 habitantes, triplicou na década de 60 para 242.078 habitantes e quadruplicou na década de 70 para 324.246 habitantes. A cidade teve grandes investimentos, como a inauguração da Ponte Presidente Costa e Silva, em 1974, equipamentos de saúde e equipamentos de educação, pós-Golpe Militar (1964). Um ano depois ocorreu a Fusão do Estado da Guanabara com o Estado do Rio de Janeiro, que intensificou a ocupação das áreas litorâneas – Regionais de Pendotiba e da Região Oceânica.

Na década de 70, algumas situações contribuíram para a mudança do modelo de atenção à saúde na cidade, influenciada pela falência do modelo societário pautado no Estado Ditatorial, e pela “crise do Milagre Econômico”, que provocou movimentos operários e populares e estremecimento e criação de novas alianças políticas e de setores da sociedade civil. Com isso o MDB, partido de “oposição”, chegou ao poder na cidade, dentro de uma política “(...) que articulava as exigências governamentais às necessidades dos movimentos sociais, propondo alianças em torno de um projeto democratizante” (COHEN, 2001, p.48).

Dentre os documentos do Município analisados, destaco o Plano Diretor, datado de 1977, que mostra a herança deixada pelo período de capital de estado, apresentando uma estrutura (física e pessoal) que poucas cidades tiveram, principalmente, em relação às áreas de saúde e educação.

O 1º Plano de Ação de Saúde do Município (1977/1980) priorizou o âmbito da saúde. Sua condução foi do Dr. Hugo Tomassini²¹. Reestruturou a Secretaria de Saúde, tornando-a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência, que passou a gerir as duas políticas públicas – Assistência Social e Saúde.

A rede pública se apresentava com equipamentos gerenciados pelas três esferas de

²¹ Secretário Municipal de Saúde na gestão, Dr. Hugo Coelho Tomassini idealizou uma proposta preliminar de um Plano de Ação no período de 1977/1980 que foi encaminhado pelo Prefeito Moreira Franco (MDB). Tinha o objetivo de elevar os níveis de saúde da população com a utilização de equipe multiprofissional e de formação interdisciplinar e com a participação da comunidade. Esse movimento foi uma resposta ao Decreto Lei n.º 0.056, de 30/12/1976, que dispunha sobre a organização do Ministério da Saúde. Ressaltando que, nesta época, “a SMS tinha sob sua gestão administração de cemitérios, capelas e serviços funerários e desenvolvia esporadicamente ações campanhistas de saúde pública” (COHEN, 2001:48).

governo, devido ao período na condição de capital do Estado do Rio de Janeiro, como aparece no fragmento do texto abaixo:

a) Federal:

Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense;
Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que mantém 1 hospital e 5 outras unidades de atendimento :

- 2 Postos de Assistência Médica;
- 1 Posto de Urgência;
- 1 Posto de Perícia Médica;
- 1 Posto de Acidente de Trabalho.

Além do convênio com 24 casas de saúde e/ou clínicas.

Legião Brasileira de Assistência – mantém 4 postos assistenciais:

- Centro Social n.º1 em Pendotiba;
- Centro Social n.º2 em Engenhoca;
- Centro Social n.º3 em Centro;
- Centro Social n.º4 em Jurujuba;

Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM – Ministério da Saúde

b) Estadual:

1) Hospitais:

- Hospital Ary Parreiras – Tisiologia;
- Hospital Infantil Getúlio Vargas – Pediatria;
- Hospital Azevedo Lima – Geral (em reformas);
- Hospital Heitor Carrilho – Psiquiatria;
- Hospital Psiquiátrico de Jurujuba - Psiquiatria;
- Hospital Penitenciário;
- Hospital da Polícia Militar do Estado – Geral.

2) Centros de Saúde:

- Centro de Saúde Dr. Carlos Antônio da Silva (São Lourenço);
- Centro de Saúde Santa Rosa;
- Centro de Saúde Itaipu;
- Centro de Saúde Dr. Rui Carlos Decnop (Ilha da Conceição);
- Centro de Saúde Barreto Caramujo;
- Sub-Posto de São Francisco.

c) Municipal:

- O município não possui nenhuma Unidade de Saúde para a população geral.
- Instituto de Benefícios e Assistência ao Servidor Municipal (IBASM), possui uma unidade ambulatorial e convênios com médicos credenciados. “Prefeitura Municipal de Niterói”. (PMN, 1977, p.46- 47)

Esse plano propunha, já nessa época, instituir maior racionalidade e funcionamento integrado no setor saúde, partindo da regionalização; hierarquização dos serviços; aumento da cobertura; coordenação interinstitucional; financiamento multilateral; relacionamento com o sistema informal; participação; uso de equipe de saúde e integralidade da atenção à saúde.

Depois de definidos os níveis de atenção, foi sugerido um quadro básico de pessoal para que as unidades de saúde municipais fossem inauguradas com: sanitarista, médico generalista, dentista, assistente social, auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo. Entretanto, já apontava a necessidade de trabalhadores em atuação mais ampliada, como no fragmento a seguir. “Pretende-se que a maior parte dos profissionais ligados aos serviços de saúde municipais tenha relativa polivalência” (PMN, 1977, p.64).

Em 1978, vislumbrando potencializar o Modelo de Atenção Primária de Saúde,

reestruturou-se a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social. Foi organizada uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeira, nutricionista, psicóloga e socióloga para ministrar um curso para ACS.

Já na década de 80, o Município de Niterói possuía uma rede assistencial considerável, visto ter os três níveis de complexidade, o nível quaternário representado pelo Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP)²² da Universidade Federal Fluminense (UFF). Hoje, o município se divide em cinco grandes regiões, sendo que as regiões Norte e a das Praias da Baía de Guanabara se subdividem, devido à grande extensão territorial e à complexidade da ocupação urbana desordenada.

Cohen (2001) e Senna (1995) analisaram o conflito existente na área de saúde, iniciado com o Projeto Niterói, que levou a reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde no momento de transição, com a implantação dos distritos sanitários e depois a implantação da FMS, em 1990. Essas duas estruturas passaram a coexistir enquanto a primeira administrava os cemitérios, capelas e serviços funerários e a segunda, a rede oficial e o PMF – considerado, na época um modelo alternativo.

A FMS consolidou-se com uma composição de três superintendências, três distritos sanitários e um Conselho Diretor, composto por três técnicos, profissionais de saúde e a comunidade, formada pelo Conselho Gestor de Saúde e com autonomia financeira via Fundo Municipal de Saúde (COHEN, 2001, p.52).

Nesse contexto de organização, a rede de assistência à saúde não teve ampliação ideal e necessária, devido ao crescimento populacional desordenado – originária de segmentos oriundos de emigração interna – de outros estados brasileiros e do próprio RJ, principalmente do município do Rio de Janeiro, neste caso por duas razões básicas que se acentuaram na década de 80: a especulação imobiliária e a violência urbana.

Essas populações, de diversas classes sociais, passam a flutuar tanto nas periferias quanto em áreas nobres do município, ocupando definitivamente locais sem infraestrutura, pressionando, posteriormente, o governo local por implantação de políticas de saneamento básico, saúde, educação entre outras.

²² Hospital Municipal inaugurado em 19/01/1951, cujo nome foi uma homenagem ao clínico geral Dr. Antônio Pedro Pimentel. A unidade sobreviveu com recursos municipais até 1957, quando fechou suas portas por oito meses. Em dezembro de 1961 o hospital foi reaberto devido a um incêndio do Gran-Circo, voltando a funcionar de maneira precária. O hospital foi cedido à Universidade Federal Fluminense logo depois, que o revitalizou com verbas federais, passando a atuar como campo de formação para os profissionais de saúde, para atendimento com maiores níveis de complexidade (terciário e quaternário) cobrindo a Zona Metropolitana II – Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Rio Bonito, Maricá, Silva Jardim e Tanguá.

O cumprimento político dessas demandas exigia a expansão de todas as áreas sociais e o incremento de suas políticas públicas, principalmente quanto a saúde e educação. Mas no que se refere a APS, neste quadro, tornou-se evidente o vazio assistencial em todas as regiões, principalmente nas regiões Norte e Oceânica de Niterói, nas quais ocorreram maiores povoamentos (antigo e recente).

O investimento do governo na APS, principalmente na área da(s) vigilância(s), ocorreu devidos às questões levantadas. Principalmente nos anos 90, a adequação da estrutura da FMS passou por vários modelos. No primeiro deles, a FMS teve quatro superintendências ligadas à presidência.

Para esse estudo apenas uma delas foi pesquisada, pois detém a estrutura de formação de atenção básica do segmento: a Superintendência de Ações Integradas (1991/1995), que se tornou Superintendência de Atenção Coletiva Ambulatorial (SUAAC - 1995/1996) e, posteriormente, chegou a Vice-Presidência de Atenção Coletiva Ambulatorial e da Família (VIPACAF-1997)²³, estrutura vigente até o momento. Ampliou o poder político e se concretizou enquanto estratégia de governo local. Abriga o Departamento de Vigilância Sanitária.

Em 1998, o CCZ tinha apenas 55²⁴ ACE e ACS distribuídos em setores em quatro setores: Controle de Vetores; IEC - Informação, Educação, Comunicação; Controle de População Animal e Laboratório, permanecendo com essa estrutura até o momento. Os chamados Agentes de Zoonoses em Niterói estão distribuídos por vínculo na seguinte forma:

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DOS AGENTES DE ZOONOSES EM NITERÓI

VÍNCULO	QUANTITATIVO
FUNASA – estatutário	116
FUNASA – celetista	208
Estatutário municipal	81
TOTAL	405

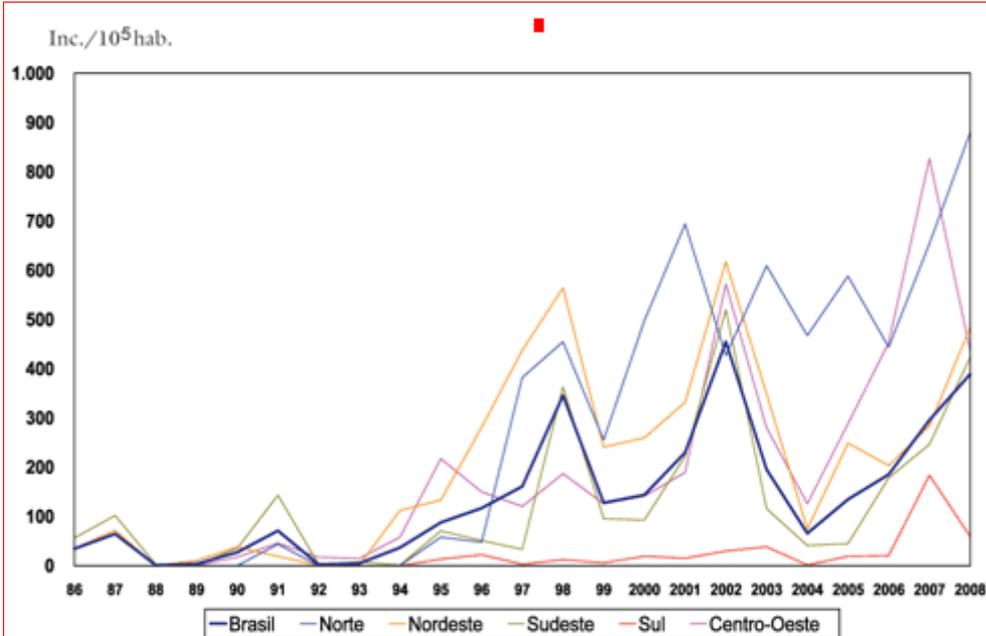
A Tabela 1, com dados coletados na Coordenação de Recursos Humanos/FMS – Niterói, em 2010, demonstra que houve um aumento de mais de 135% no número de trabalhadores. De fato, as mudanças na estrutura, mesmo com esses novos atores, não romperam com a lógica nem com a prática de formação, tampouco com os locais precários de trabalho desses trabalhadores.

²³ Conforme Anexo II, a reestruturação foi publicada em D.O. em 06/02/1999 e corrigida em 24/04/1999. Mesmo com a ampliação da rede, não se publicou nenhuma alteração até o momento.

²⁴ Resultado Preliminar de Recadastramento dos Recursos Humanos do SUS - Niterói de maio de 1998 (Anexo II), realizado pela DIDES-CORHU.

É importante salientar que as epidemias da dengue aumentaram muito no Brasil, entre as décadas de 1980/2000. Apoiado pela Portaria 1.399/99, que instituiu a justificativa do investimento financeiro na área da(s) vigilância(s), o quadro a seguir demonstra a necessidade de desenvolver ações, principalmente para o combate e prevenção à dengue.

FIGURA 1. INCIDÊNCIA ANUAL DE DENGUE POR REGIÃO DO PAÍS. BRASIL, 1986-2008



Fonte: SVS/MS.

* Dados parciais para 2008.

O impacto financeiro de uma epidemia influencia o mercado de produção de bens e de serviços, nos cofres públicos no setor saúde devido ao aumento de todos os insumos, sem contar com as possíveis complicações que um paciente/usuário de saúde pode desenvolver, além das reivindicações da sociedade civil para o controle da doença e conseqüências políticas negativas que uma epidemia pode causar. O adoecimento dos trabalhadores ainda provoca absenteísmo de dez a quinze dias – tempo determinado pelo impedimento sanitário – causando um desequilíbrio no mercado de trabalho.

A repercussão na cidade de Niterói (1998-2006) se pode verificar na Tabela 2.

TABELA 2. CASOS E TAXA DE INCIDÊNCIA DA DENGUE (100.000 HABITANTES) POR PERÍODO

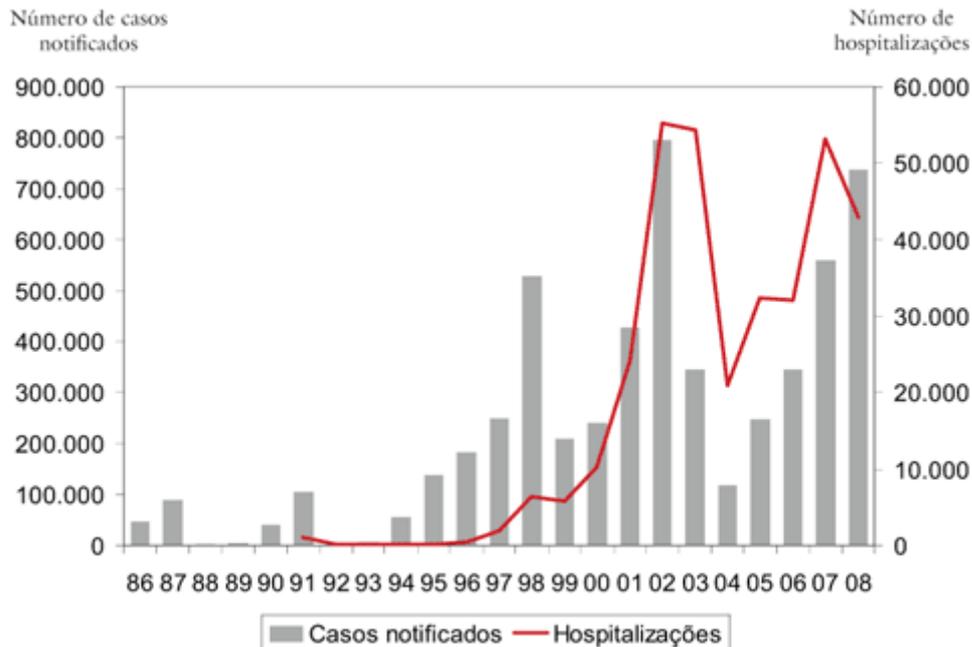
1998 – 2000 ^a		2001		2002		2003 – 2006 ^a	
Casos	Incidência	Casos	Incidência	Casos	Incidência	Casos	Incidência
4	29	12	2,7	20	4,3	1.	8
.015	3,03	.553	12,72	.326	57,08	579	2,4

(a) Taxa de Incidência Média

Fonte: Sistema Nacional de Agravos de notificação.(SINAN)

Por esta tabela verifica-se o impacto na gestão de qualquer modelo de atenção, e que se gastaria muito menos com ações preventivas do que as curativas.

FIGURA 2. CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE E HOSPITALIZAÇÕES. BRASIL E REGIÕES, 1986-2008



Fonte: SVS/MS.

* Dados parciais para 2008.

O maior desafio é o desenvolvimento de alternativas de controle do vetor da dengue, que depende principalmente de práticas de prevenção, e para isso o planejamento de recursos é essencial, voltando-se à gestão de pessoal, aumento no número de trabalhadores e sua formação.

Por esses motivos, a incorporação do efetivo dos empregados públicos da FUNASA foi o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), um setor da Vigilância Sanitária, com objetivo de, em conjunto, aprimorar as ações e atribuições de controle e prevenção de endemias.

3.2. Influência niteroiense no contexto da política nacional de saúde

Segundo Senna (1995), a articulação entre a Faculdade de Medicina da UFF e a presidência do CONASP²⁵ e a administração médica do INAMPS²⁶ em parceria com a SES e

²⁵ “Conselho Nacional de Saúde Previdenciária foi criado em 1981 para reorganizar a atenção médica, realocar recursos e controlar custos. O CONASP foi um marco na transição do modelo centralizado. Sua implementação foi "marginal" ao interior da Previdência, não assumida como proposta do Governo. Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social. Em 1982, o Plano CONASP dava ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial a porta de entrada do sistema. Visava a integração das instituições públicas da saúde, mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propôs a criação de sistemas de referência e contrarreferência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; o estabelecimento de níveis e limites orçamentários compatíveis; a descentralização da administração dos recursos; simplificação dos mecanismos de

SMSA deram origem à experiência pioneira de ações integradas de saúde de Niterói, o qual ficou conhecido como “Projeto Niterói” (1982/1988), e o êxito levou a experiência para todo o país, por meio das A.I.S. O objetivo deste era criar uma rede básica de serviços de saúde integrada, tendo repercussão nacional, levando-o adiante.

A Universidade Federal Fluminense, inaugurada em 1965, durante o RM, acolheu uma parcela importante dos participantes do MRS, que contribuíram para a discussão e a implantação da reestruturação dos serviços de saúde do município. E, segundo Cohen,

(...) visando a integração e descentralização dos serviços de saúde, através dos princípios de regionalização e hierarquização, foi formado o Projeto Niterói (1982/1988), a partir da iniciativa do Diretor da Faculdade de Medicina da UFF, articulados ao CONASP e ao Diretor de Administração Médica do INAMPS que fizeram reuniões com a participação de um grupo interinstitucional composto pela UFF, INAMPS, SES e SMS. (COHEN, 2001, p. 50)

A discussão do processo de municipalização do sistema de saúde em Niterói, entre outros autores, foi realizada por Pontes (1994), que focou no processo de transposição de gestão federal para municipal de uma unidade hospitalar; Senna (1995), que tratou do processo da construção e fortalecimento do SUS-Niterói por meio do Controle Social; e Cohen (2001), que discutiu a construção histórica e a implantação do Programa Médico de Família. Estes três estudos evidenciaram que a área da saúde tornou-se uma “bandeira de governo” e a sua mudança do modelo de assistência na cidade ocorreu com certa autonomia e manteve a sustentabilidade por alguns anos – de forma diferenciada da proposta pelo MS – visto o apoio político-ideológico local.

À frente do processo estava o Dr. Gilson Cantarino O’Dwyer, um ativista do Movimento Sanitário de Niterói, que se tornou Secretário Municipal de Saúde por quase dez anos. Como se pode verificar no Quadro 2:

pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos (portaria MPAS 3046/82)” (GRIGÓRIO, 2002).

QUADRO 2. GESTÃO DA SAÚDE EM NITERÓI (1989 – 2008)

PERÍODO	PREFEITO/PARTIDO POLÍTICO	SECRETÁRIO MUNICIPAL	REDE AMBULATORIAL	PMF
1989-1992	Jorge Roberto da Silveira/ PDT	Dr. Gilson Cantarino O'Dwyer	Período de transição	Colegiado de sanitaristas brasileiros e cubanos
			Marilena Cortes Bitencourt Silva	
1993-1996	João Sampaio /PDT		Dr. Ronaldo Arino Marques Santos (Distrito Norte) Dr. Aloísio da Silva Gomes Júnior A.S. Maria Célia Vasconcelos (responsáveis pelos Distritos Sanitários)	M ^a Célia Vasconcelos, com assessoria do cubano Dr. Filisberto e do Dr. Pedro Gilberto Alves Lima (1997/2001)
1997-2000	Jorge Roberto da Silveira/ PDT	Dr. Agnaldo Luiz Zagne	A.S. M ^a Célia Vasconcelos	
2001-2002	Jorge Roberto da Silveira/ PDT	Dr. Luiz Roberto Tenório	A.S. M ^a Célia Vasconcelos	A.S M ^a Angélica Duarte Silva
2002-2004	Godofredo Saturnino Pinto da Silva/PT	Francisco José D'Ângelo Pinto	A.S. M ^a Célia Vasconcelos	
2005-2008	Godofredo Saturnino Pinto da Silva/PT	Dr. Francisco José D'Ângelo Pinto (2004-2006) Dr Luiz Roberto Tenório (2006-2008)	A.S. M ^a Célia Vasconcelos	Dr. Verônica Duarte Silva

A estratégia de implantação dos Distritos Sanitários (DS) foi utilizada pelo município no final da década de 80. Segundo Mendes (1993), esse instrumento é um processo social que possibilitou à gerência do município conhecer a realidade dos territórios e avaliar a potencialidade de serviços para, estrategicamente, traçar ações mais rápidas de controle de doenças, proporcionando à área de saúde trabalhar a(s) vigilância(s) em conjunto com um serviço local, produzindo informações mais confiáveis.

No grupo à frente desse processo estava uma militante política do movimento de contrarressão do RM, ativista política e assistente social, que por cerca de 15 anos esteve na FMS, em local estratégico – na equipe dos DS, na superintendência e na vice-presidência – e que manteve a articulação política e ideológica entre o governo local e lideranças de oposição e das representações do movimento social da cidade. Teve seu reconhecimento político, mesmo em situações adversas – como mudança de legenda de partido político (PDT/PT) entre os anos de 2002/2008, levou à consolidação política da saúde no município de Niterói.

Essa representação ajudou a nomear outros profissionais não médicos nas gerências das unidades de saúde, que faziam a atenção básica de saúde, além de indicar

profissionais para outros postos estratégicos e de expressão para assegurar a condução da política de saúde extrapartidariamente. Isto levou a cidade a manter o controle em situações de crises devidas às grandes epidemias de dengue, com objetivo de manter uma margem de segurança para o tratamento e monitoramento dos casos.

Segundo Paim (2006), essa integralidade é uma noção procedente do movimento preventivista, que busca a articulação entre os níveis de aplicação de medidas preventivas (promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação de dano e reabilitação).

Em Niterói, a Vigilância em Saúde tornou-se um serviço dentro das unidades de saúde, bem como no PMF, no qual os supervisores de Saúde Coletiva e chefes de vigilância realizam o trabalho de atenção básica. Segundo Monken e Barcellos (2007) as ações de vigilância em um território é entendida como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de propostas que incorporem os pressupostos da vigilância em saúde, desenvolvendo a atuação sobre o território (coletivo social) em enfoque sobre os problemas e articulação intra e intersetorial.

Segundo Teixeira, Paim, Vilasbôas (1998), a perspectiva de redefinição das práticas, a necessidade de integralidade das ações das vigilâncias epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e sanitária, além do monitoramento/análise da situação de saúde do território, seriam essenciais para refundar democraticamente o direito – defesa dos direitos sociais e da vida. Tais ações proporcionaram a abertura para o desenvolvimento desses trabalhadores ACE, na rede e na ESF. A proposta de integração das práticas é contra-hegemônica de saberes e práticas e “(...) se constitui no trabalho que pode ser refletido, experimentado e modificado, além do escopo prescrito, em condições que implicam um processo de trabalho transformado”, englobando o ACS e ACE (MOROSINI, 2010, p. 138).

Pode-se afirmar que o Município de Niterói contribuiu para o avanço na discussão para a integração da Estratégia de Saúde da Família (Programa Médico de Família local) e o Modelo de Vigilância em Saúde, não de forma ideal, mas esse processo não diminuiu o estranhamento das suas ações. Os segmentos de trabalhadores da(s) vigilância(s) em Niterói foram inseridos na política de assistência à saúde de forma diferenciada do contexto brasileiro. Na inserção do ACE no SUS Niterói, na década de 90, houve duas formas: um grupo foi oriundo da FUNASA e outro foi absorvido por concurso público. O paralelismo de modelos de assistência (VISAU e ESF) vem convivendo e atuando no município. Os momentos históricos vivenciados na cidade demonstram as diferenças na relação prática do processo de trabalho, distanciamento que se agravou por variados motivos: tipo de ingresso no campo de trabalho, formação, qualificação exigida, carga horária, vínculo, proventos, nível hierárquico.

3.3. Fundação Municipal de Saúde de Niterói e sua estrutura para a Formação

A formação do ACE na FMS seguiu as orientações das discussões da questão educativa e a formação dos trabalhadores da saúde, conforme apresentada na Lei 8.080/90, nos Artigos 6, 14, 16 e 27. Esses artigos ressaltavam, sucessivamente, a necessidade de ordenamento, fiscalização e formação do RH da saúde; a necessidade de criação de comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor a Educação continuada para a formação dos recursos humanos e ou dos profissionais que atuam no SUS; além da organização de uma política de RH.

A observação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de Nível Técnico foi estabelecida pelo Ministério da Educação, conforme Parecer n.º. 16/1999, Resolução n.º. 04/1999 e Decreto n.º. 5.154/2004, que tratam da necessidade de qualificação profissional de nível médio.

A Educação Permanente passou a ter um o conceito político-pedagógico; para o setor de saúde, efetivou maior importância para as relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, ampliando as reivindicações da Reforma Sanitária Brasileira, que davam relevância para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde.

A pactuação da proposta do Ministério da Saúde “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde – Polos de Educação Permanente em Saúde” pela Comissão Intergestores Tripartite, em 18 de setembro de 2003.

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.º. 330, de 04 de novembro de 2003, resolveu aplicar os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - NOB/RH - SUS, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS. Posteriormente, o CNS, através da Resolução n.º 335, de 27 de novembro de 2003, aprovou a Política de Educação para a Gestão do Trabalho no SUS - NOB/RH – SUS, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS.

A Portaria n.º 2.474, de 12 de novembro de 2004, instituiu o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo, para a formação profissional dos ACS que se expandia ao ACE.

A FMS seguiu essas orientações normativas, além daquelas ratificadas na XI Conferência Nacional de Saúde, que retomou a discussão e estruturou conceitualmente a noção de Vigilância em Saúde, por meio do Projeto VIGISUS, Decreto 4.726/2003, que visava a garantir o que foi preconizado no SUS, além de ampliar e agregar os ganhos que o

modelo hegemônico havia desenvolvido nas suas práticas fragmentadas, que se somavam à construção política de uma abordagem orientadora do cuidado em saúde. O VIGISUS tinha outro objetivo bastante importante para a prática do ACE de desenvolver ações de Vigilância em Saúde.

Ressalta-se ainda a necessidade de integração desse processo específico ao Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), conforme as diretrizes e instrumentos definidos pelas Portarias MS/GM n.º 3.085, de 1º de dezembro de 2006, e n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006 e revoga as “Orientações Federais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS.” (BRASIL, 2009, p.19) Essas portarias definem três instrumentos básicos para o processo de planejamento no SUS: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.

Dessa forma, o processo de planejamento do SUS e os seus instrumentos deveriam abranger as questões e atribuições da Educação na Saúde, presentes nos respectivos Termos de Compromisso de Gestão do Distrito Federal.

O Plano Diretor para a Saúde vigente não contemplava as medidas necessárias à execução das responsabilidades dessa área, pois deveria produzir um plano específico para a Educação em Saúde. Esse plano deveria ser submetido à apreciação e aprovação dos fóruns apropriados, como adendo ao Plano Diretor para a Saúde, no respectivo Conselho Municipal de Saúde, até que o próximo processo de Planejamento do SUS pudesse incorporá-lo.

Toda essa regulamentação planejava não só modificar o modelo de saúde, como moldar o trabalhador que nela desenvolve suas funções. Segundo Thompson:

A experiência de classe é determinada, em grande medida, pelas relações de produção em que os homens nasceram – ou entraram involuntariamente. A consciência de classe é uma forma como essas experiências são travadas em termos culturais: encarnadas em tradições, sistemas de valores, idéias e formas institucionais. (THOMPSON, 1987a, p.10)

O texto acima ressalta que, para validar uma política, é necessário um comprometimento da gestão e do envolvimento de seus trabalhadores. Esses trabalhadores, quando aceitam a flexibilidade, o conformismo, a prontidão e a produtividade desmedida, respondem às demandas do capital, mas esse capital acaba por abarcar as necessidades de seus trabalhadores e cidadãos, mesmo que de forma precária.

O município de Niterói influenciou e foi influenciado pelo processo de integração de suas práticas na assistência de Atenção Básica, juntando a Vigilância em Saúde; e, forçosamente, os ACS, ACE e Programa Médico de Família desde a década de 90. Mas esse

pioneirismo só chegou às ações e práticas de saúde de fato após 2005 – e só recebeu um aporte legal em 2010 (Portaria 1.007/2010).

3.3.1. Programa Médico de Família (PMF) – novo modelo assistencial

O processo de implantação do Programa Médico de Família recebeu o apoio da sociedade civil organizada e proporcionou condições para em 1992, a FMS, ao optar pelo PMF – apoiado numa experiência consolidada e reconhecida de Cuba, que deu apoio técnico para a implantação. Cohen (2001) apontou “(...) como grande dificuldade para essa implantação o não rompimento da estrutura anterior, que mesmo com novo desenho institucional absorveu a velha configuração” (p. 81).

Essa experiência pioneira, desde 90, não recebeu apoio financeiro do MS por cerca de dez anos, sendo subsidiada pelo próprio município, e perdurou devido ao apoio político e da sociedade civil de Niterói.

Torna-se importante pontuar que o processo de controle social em Niterói, segundo Senna (1995), se constituiu de forma favorável para esses atores sociais na década 80/90, e, “(...) a partir dos conflitos institucionais e dos grupos de interesses no interior do Projeto Niterói” (p.68).

Os movimentos sociais niteroienses conquistaram espaços de poder de decisão na política local como na participação formal em Conselhos Comunitários de Saúde, “(...) uma estratégia política, a divisão da cidade em Distritos Sanitários (...) e participam da gestão dos mesmos” (p. 71). E, posteriormente, no Conselho Municipal de Saúde (1990), com ápice na I Conferência Municipal de Saúde em 1991.

Como um marco histórico, foi uma inovação na gestão dos serviços de atenção básica na cidade. O processo se deu em primeiro lugar na criação de novos equipamentos em localidades onde havia um vazio assistencial (comunidades com vulnerabilidade, como maior índice de processo de adoecimento). Essa nova composição no município, “(...) embora mantivesse o consenso sobre as metas gerais do sistema (SUS), apresenta diferenças internas em relação à forma de se alcançar as integralidades das ações” (COHEN, 2001, p. 81).

Era característica a metodologia de trabalho centrada no usuário e sua família, com objetivo de estabelecimento de vínculos, ou melhor, permitindo um conhecimento mais aprofundado daquela realidade. Outra questão importante refere-se à prática do conceito de responsabilidade sanitária, propiciando a construção de espaços para o exercício da cidadania.

Cabe explicar que no município existe esse paralelismo na estrutura de atendimento na Atenção Básica (PMF e a Unidade Básica de Saúde - UBS). A equipe formuladora do PMF se

estruturou para a articulação com a “Rede de Saúde Formal” da FMS, de forma regional e hierarquizada, com intuito de facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde de maior complexidade junto às policlínicas (Regionais e Comunitárias). Finalmente, a integralidade se daria por meio das relações intersetoriais, nas quais os módulos do PMF deveriam identificar e encaminhar as demandas relacionadas às condições de vida dos residentes nas comunidades atendidas.

O PMF tem em cada módulo uma equipe básica com um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, sendo que este último tem que morar na comunidade – modelo mantido até hoje, cujo objetivo é fortalecer o vínculo com a comunidade. Esse trabalhador é indicado pela comunidade, mas passa por uma seleção (prova escrita e entrevista).

O processo de dinâmica de implantação de módulos do PMF necessita que a Associação de Moradores da comunidade que pleiteie esse equipamento seja constituída de forma legal, reconhecida pela Federação das Associações de Moradores de Niterói (FAMNIT), que tem assento no Conselho Municipal de Saúde, onde se aprova a implantação desses módulos.

Um grupo de equipes forma um módulo, cada conjunto de módulos do PMF, por regional, conta com uma equipe de supervisão, equipes conhecidas como Grupos Básicos de Trabalho (GBT). Hoje existem seis GBT, cada grupo conta com sete supervisores e um coordenador, que supervisionam em torno de 20 a 25 equipes básicas.

Estas equipes se localizam nos territórios das Policlínicas Regionais, tendo-as como unidade de referência, o que o PMF reconhece como Unidade Polo de Gestão da Saúde, tendo como objetivo o planejamento e avaliação da atenção.

Entretanto, a rede formal da FMS formada pelas unidades básicas e policlínicas comunitárias absorveu o ACS, como propunha o Projeto Niterói (1982/1988). Portanto, o investimento e a formação para uma nova prática sanitária desses profissionais se perderam no tempo político e metodológico por essa opção de um novo modelo assistencial, visto que apenas 40% da população são cobertos pelo PMF.

Verifica-se que o PMF se diferencia do Programa de Saúde da Família (PSF) pela ausência da figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), trabalhador que faz o elo entre a comunidade e a equipe.

No município, os ACS são trabalhadores com vínculo estatutário e o nível médio de escolaridade é fundamental, no caso o técnico de enfermagem, enquanto a opção do PMF pelo auxiliar de enfermagem com vínculo celetista e indicado pela comunidade, sofre uma avaliação técnica pelo conhecimento específico. Esses trabalhadores de nível médio

vivenciaram uma experiência paralela, com as devidas especificidades de formação.

Na experiência em 1978, para a formação de trabalhadores que atuariam na APS em parceria com a ENSP/FIOCRUZ, a primeira turma teve 50 candidatos para a função de ACS, indicados pelas Associações de Moradores, nas localidades do Largo da Batalha e Ilha da Conceição. Tinham como pré-requisito ser da comunidade e saber ler e escrever. E, em 1979, as comunidades de Mariz e Barros, Viradouro, Ititioca e Santa Bárbara incluíram o pré-requisito de ter o ensino de Primeiro Grau, devido à necessidade de ministrar medicação. Após o curso foram formados cerca de 20 ACS com vínculo pela CLT. Posteriormente, em 13/05/1980, esses trabalhadores foram efetivados ao quadro permanente, tornaram-se estatutários no âmbito do município.

O mapeamento, em 1992, por meio de um estudo interinstitucional coordenado pela Prefeitura de Niterói, denominado "Diagnóstico Ambiental" (Silva & Lima, 1999), diagnosticou que em torno de 120.000 munícipes se encontravam em áreas de risco social e epidemiológico, alvo prioritário do PMF (Mascarenhas & Almeida, 2002). O PMF não conseguiu dar cobertura eficaz a essa população alvo identificada em 1992.

3.3.1.1. Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa

A segunda experiência a partir da década 90 foi a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no território nacional, que fomentou a necessidade da qualificação profissional para atuar nesse novo modelo. Essa necessidade provocou o Ministério da Saúde a incentivar e implantar os Polos de Capacitação, Formação e Educação permanente de Pessoal em Saúde da Família por todo o país (Cohen, 2000; Mascarenhas & Almeida, 2002).

A idealização desses centros de formação teria por base a articulação entre serviços e instituições de ensino superior, buscando, assim, ofertar treinamentos introdutórios e continuados para os profissionais e trabalhadores que ingressam as equipes da ESF nos Núcleos de Educação Permanente em serviço. A Proposta vinha ao encontro da mudança de currículo de graduação e pós-graduação, o enfoque na Residência em Saúde da Família e Comunidade segundo a "Carta de Fortaleza" (2001).

O primeiro centro no Estado do Rio de Janeiro identificado como Polo de Capacitação em Saúde da Família foi constituído em 1999, composto por Secretaria Estadual de Saúde (SMS), Fundação Municipal de Saúde de Niterói (FMS), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); posteriormente, agregaram-se Fundação Educacional Serra dos Órgãos, de Teresópolis; Universidade do Grande Rio, de Caxias; Universidade Severino Sombra, de Vassouras; e Faculdade de Medicina de

Petrópolis²⁷.

Desde a implantação do PMF, surgiu o Núcleo de Educação Permanente (NEP). Em 2002, pela inserção de estágios, residência e pós-graduação, passou a se chamar Núcleo de Educação Permanente e Pesquisa (NEPP). Graças aos recursos financeiros recebidos pelo REFORSUS do Banco Mundial, para reforçar a operacionalização da atenção básica de saúde (PACS e PSF), Plano Operacional Anual (POA) oriundos do Banco Mundial/Banco Internacional de Desenvolvimento para o Programa Municipal da AIDS e do Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES), concretizou o planejamento e reconstrução da área física e sua estrutura de equipamentos da Sala Multimídia, no Centro de Niterói, local onde se instalou o NEPP, transformado em Polo de Capacitação.

O NEPP promove treinamentos, cursos e encontros semanais entre profissionais e trabalhadores de saúde oriundos dos módulos do PMF. As equipes do PMF param seu atendimento nas áreas adstritas para ter capacitações, treinamentos, discussões de casos na forma de educação permanente.

Neste período semanal de quatro horas discutem-se questões pertinentes ao universo da atenção primária, reconhecidas como necessárias e complementares, a partir das dificuldades encontradas no cotidiano do atendimento. Desta forma, esse espaço propicia um intercâmbio entre a experiência cotidiana e a exigência de aprimoramento, em um contexto sistêmico e ampliado dos problemas de saúde encontrados.

Com esse processo de mudança, a equipe do NEPP busca ter capilaridade, a partir da clara percepção da necessidade de articular processos de trabalho conjuntos com as demais unidades da rede de serviços. Essa atualização de conhecimento técnico e específico, por meio de cursos rápidos, é realizada num processo dinâmico e crítico, aprendendo sempre em serviço, articulando teoria e prática. O corpo técnico dos módulos responde assim à necessidade metodológica do programa.

Todavia, essa metodologia não englobava outros segmentos dos trabalhadores da FMS - Niterói. Mesmo assim, as iniciativas permitiram a construção de parcerias, entendidas como alianças estratégicas entre os diferentes setores da rede e seus atores intersetoriais. Foram articuladas propostas de mudança nos limites do serviço já constituídos e viabilizadas ações de atenção à saúde as famílias, promovendo processos de trabalho integrados.

Aprender as diversas e complexas dimensões de qualificação para a formação do trabalhador neste “novo” tipo de relação buscava ultrapassar a simples resolução dos

²⁷ Sá (2003) discute a integralidade na atenção assistencial no Programa Médico de Família de Niterói/RJ.

problemas diários, mas trabalhar as novas competências para superar as limitações das qualificações da abordagem ocupacional e, também, apresentar em nível operacional a identificação de elementos de gestão de interesse comum do trabalho em equipe.

Os profissionais que atuavam como coordenadores e supervisores com mais experiência do PMF de Niterói foram convidados para ministrar aulas nos treinamentos introdutórios e nos diversos cursos de especialização em Saúde da Família oferecidos pelas instituições do Polo/RJ, devido à vivência prática acumulada, mesmo não tendo na época a formação em Saúde da Família ou Medicina de Família.

3.3.2. Coordenadoria de Recursos Humanos/ Divisão de Desenvolvimento (CORHU/DIDES)

Segundo Nogueira (1983 e 1996), a política apoiada na perspectiva dos “Recursos Humanos” pode se limitar a alguns afazeres como o Planejamento de Recursos Humanos (aspectos técnicos, quantitativos e qualitativos) – capacitação, seleção, Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) para o levantamento de necessidade de pessoal a curto e longo prazo – criando alternativas para atender a essas necessidades.

Essa concepção, pautada na teoria neoclássica, torna-se uma ‘visão incompleta’, pois não melhora os resultados da organização e se baseia na forma de gerenciamento do “(...) ‘fator de produção’ específico que é a capacidade de trabalho dos indivíduos” (NOGUEIRA, 1996, p.12). O autor aponta que a atividade desta área tem duas maneiras: uma objetiva tende a submetê-la a uma ação gerencial, enquanto a outra, de enfocar a realidade, visa a descrevê-la e interpretá-la teoricamente.

Nessas perspectivas, a CORHU da FMS foi constituída no início da década de 90, ligada no organograma da FMS à presidência, e sofreu a influência do mercado de trabalho, na estrutura de gestão e na dinâmica do trabalho. Tinha duas divisões, a de Pessoal (DIPES) e a de Desenvolvimento (DIDES). A DIPES atendia à visão gerencial de forma objetiva, e se adequava à flexibilização das relações do trabalho sem deixar de responder ao controle e à reprodução da força de trabalho. A DIDES, que até 2002 funcionava fora do espaço físico da CORHU/DIPES (que atuava dentro da Prefeitura de Niterói) é dividida em duas seções: uma tratava das questões relativas aos estágios e residências, além de desenvolver convênios entre a FMS e as instituições de ensino; a outra objetivava a questão da formação complementar dos trabalhadores da FMS, e essa seção de 1998 até 2002 teve foco de atuação no nível médio, mas para isso teve que definir e conceituar que trabalhador era esse.

Segundo Nogueira (1983), trabalhadores de saúde são todos aqueles que se “(...)

inserir direta e indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo ou não ter formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor” (p.13).

Essa divisão tinha o espaço físico, mas pouca infraestrutura de pessoal e material. Mesmo com essa precariedade, trabalhou num levantamento (censo) para saber a real situação dos trabalhadores e profissionais de saúde da FMS. Isso levou a conhecer a realidade de todas as unidades de saúde de atenção básica. Além disso, nas visitas se questionava diretamente aos trabalhadores qual era o assunto de seu interesse – e muitos demonstravam descontentamento com sua ocupação ou ramo de atividade e sentiam-se fora do contexto do SUS.

A equipe da DIDES, nessa época, tinha autonomia e liberdade de ação/decisão e respaldo institucional. A opção em trabalhar com parcerias e convênios foi a saída encontrada para proporcionar a formação/capacitação para os trabalhadores de nível médio. Essa estratégia estava pautada em macro-ações como as implantações do PCCS, Cartão Único do SUS (CADSUS) e na Mesa de Negociação. Para atender essas demandas as instituições foram escolhidas instituições que poderiam fornecer educação profissional complementar certificada, como FIOCRUZ/EPSJV, FESP/RJ, DIDES/MS, FAETEC/Escola Técnica Henrique Lage, Tribunal de Contas de Niterói e outras.

Todavia, esse processo deu a oportunidade de desenvolver uma atuação pautada na análise marxista, buscando interpretar e descrever a força de trabalho em saúde dentro das relações sociais que se inserem. Os profissionais da equipe da DIDES envolvidos no processo de formação queriam expandir a efetivação das mudanças de operação da rede básica de saúde para além dos ACS e PSF, que recebiam recursos financeiros por meio de investimentos nacionais e internacionais direto fundo a fundo.

O Projeto de Formação para Porta de Entrada da equipe da DIDES objetivava incorporar novos trabalhadores de nível médio. Para isso foram realizadas várias reuniões e discussões com as instituições de ensino na tentativa de conseguir vagas para os funcionários nos cursos, treinamentos e capacitações dentro e fora da cidade, e em algumas situações pôde-se trazê-los para o município, como ocorreu com o Curso de Atualização do SUS, ministrado pela EPSJV.

Outro momento, não menos importante, na condução do processo desenvolvido pela equipe da DIDES era sensibilizar as gerências para permitir a ausência dos trabalhadores das unidades de saúde para participação nos eventos, nos dias e horários de serviço.

Com todo esse processo, percebeu-se a distinção da dualidade na infraestrutura, que

levava a discussão entre a gerência da unidade e a DIDES para esse tipo de formação, e se pautava em três perguntas básicas: Para quê? Por quê? E por quanto tempo?

A equipe da DIDES não atingiu todos os trabalhadores de nível médio, só teve a oportunidade de trabalhar com ACE na formação de um grupo de trabalhadores terceirizados, de vínculo precário, para suprir a necessidade emergencial devido à epidemia de dengue, no período de 2001/2002. A proposta era construir competência técnico-instrumental, utilizando um material produzido pela FMS (apostila), com carga horária de 32 horas.

Na realidade, segundo Nogueira (1983), o pano de fundo dessa discussão era se valeria a pena formar o trabalhador de nível médio sem formação específica de saúde. Questionava-se: trabalhar em atividades de saúde *versus* não trabalhar em atividades de saúde; ter capacitação profissional para o setor *versus* não ter capacitação profissional para o setor; e finalmente, estar exercendo a atividade *versus* não estar exercendo.

De fato, a DIDES, em que pese seu esforço, seu trabalho permaneceu, meramente, no sentido de mediar o processo formativo e não ultrapassou a abordagem de superestrutura, não pôde avaliar, mensurar nem quantificar seus resultados. Esse processo atingiu trabalhadores de nível médio que atuavam como pessoal administrativo e que exerciam sua função nos setores de administração das unidades de saúde, arquivo, recepção, farmácia, almoxarifado, Serviço de Atendimento aos Usuários das unidades de saúde.

A partir de 2002, a DIDES passou a atuar no mesmo espaço da CORHU/DIPES, perdendo o espaço físico e sua autonomia; houve saída de profissionais por motivo de saúde, afastamento para estudo e remanejamento de pessoal, o que levou à reestruturação da equipe. Os dados sobre o período de 1998/2002 foram perdidos nas chuvas de 2010, pois estavam no arquivo geral da PMN.

3.3.3. Informação, Educação e Comunicação

A Coordenação de Vigilância Sanitária (VISA) está ligada pelo organograma à Vice Presidência de Atenção Coletiva Ambulatorial e de Família (VIPACAF). A estrutura do Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) está ligado à VISA/VIPACAF, entre outros departamentos, setores e serviços.

Em março de 1999, seguindo a orientação nacional do MS da Portaria n.º 1399, de 1999, a FMS Niterói agregou ao Centro de Controle de Zoonoses um novo serviço, o setor de Informação, Educação e Comunicação, que recebeu um investimento próprio e formou uma equipe para desenvolver palestras nas comunidades e escolas sobre os temas de prevenção e promoção à saúde. Nesse período, a doença dengue e o “Roedor” foram assuntos mais

trabalhados. A equipe era composta por profissionais com formação superior em biologia, veterinária e comunicação social, com esse movimento deu-se o início das ações educativas comunitárias em saúde.

Desde o advento da municipalização, os serviços de prevenção e combate à dengue eram realizados por esferas de governo local e federal separadamente, apesar de integrarem o mesmo espaço e formarem a mesma equipe. Somente em dezembro de 1999 houve a fusão real das atividades educativas do CCZ e da FUNASA. Coordenações do IEC/CCZ, responsáveis pela formação dos seus trabalhadores e para as comunidades, bem como a gerência geral das ações e práticas sanitárias, eram indicações políticas; entre os anos de 1999 e 2010, tiveram alternância de vínculos ligados ao nível federal e local, com vistas a estabelecer um espaço de troca de *know how* no trato da experiência, prevenção e promoção na área da vigilância sanitária, e a minimizar conflitos internos institucionais:

QUADRO 3. COORDENAÇÕES DO IEC/CCZ

PERÍODO	VÍNCULO	RESPONSÁVEL
Fevereiro a Dezembro de 1999	FMS	Douglas Dário
Janeiro e Fevereiro de 2000	FUNASA	Meniê
Março de 2000 a Março de 2001	FMS	Lúcia Scardino
Abril de 2001 a Agosto de 2005	FUNASA	Pierre de Carvalho da Hora
Setembro de 2005 aos dias de hoje	FMS	Maria da Glória Seixas Moreira

Essa alternância de gestão do IEC entre os trabalhadores com vínculo municipal e federal (estatutário e celetista) foi uma importante ferramenta para o fortalecimento da política de vigilância em saúde e favoreceu a troca de conhecimento na perspectiva teórica e metodológica, tanto nas práticas do cotidiano dos ACE quanto na formação desses profissionais.

Todavia, capacitações e treinamentos ocorriam na perspectiva de produzir novas competências técnico-instrumentais, (re)valorizando os aspectos da subjetividade dos trabalhadores da FMS. Os conhecimentos estavam voltados para a reorientação de ações planejadas para aperfeiçoar o serviço, além de formatar e requalificar o trabalhador, com o duplo objetivo de controle e automatização dos trabalhadores, para aumento da produtividade por meio de implantação de metas.

O CZZ, nos primeiros anos da década de 90, não tinha sede própria e atuava em

espaços inadequados. No final da década, suas dependências ocuparam um prédio para abrigar o Centro de Controle de Zoonoses e de Doenças de Transmissão Vetorial, no Morro do Céu – no qual permaneceu até o final de 2010 – um local de difícil acesso e próximo a uma área de aterro sanitário.

O setor IEC se fortaleceu como um espaço de formação. Permaneceu no Centro de Niterói, num local com pouca estrutura, e foi ganhando espaço físico, material e importância estratégica com o passar dos anos. Sua participação em eventos e campanhas promovidos nos níveis municipal e estadual buscava a criação de um espaço de divulgação de informações ambientais em saúde.

Nos anos 2000, a equipe era composta por 18 servidores – entre educadores, administrativos e estagiários –, sendo 13 vinculados à Fundação Municipal de Saúde (quatro deles com vínculo FUNASA), um funcionário efetivo e quatro celetistas. Essa equipe realiza ações educativas em saúde no município, tendo como diretriz principal desenvolver no indivíduo o pensamento crítico da sua realidade ambiental, mobiliando-o para a tomada de decisões favoráveis à saúde coletiva.

O interesse dos educadores e a busca por aperfeiçoamento contínuo mostram que a equipe do IEC desenvolveu uma consciência crítica do seu papel formador no contexto da educação em Saúde Pública. Sensibilizar e mobilizar o cidadão para a mudança de hábitos em favor da saúde e do meio ambiente equilibrado é, até o momento, sua meta e seu maior desafio.

Todavia, a questão metodológica não propicia o objetivo de promover formação junto ao segmento do ACE, para despertar o interesse e o desenvolvimento do seu trabalhador. A estrutura da FMS dificulta o trabalho da equipe do IEC, pois a abordagem é unilateral, o que necessariamente leva a uma perspectiva utilitarista, na qual questões intrínsecas ligadas à inserção do indivíduo no processo de trabalho em saúde e a melhoria das condições socioprofissionais ficam fora dos objetivos de gerenciamento dessa formação.

Os treinamentos/capacitações geralmente têm como temáticas a transmissão, patologia, doença, prevenção e controle de vetores. O tratamento preventivo que tange à quebra da cadeia de transmissão gira em torno da eliminação de reservatórios e do vetor (*aedes aegypti*), que supõe duas estratégias: a erradicação dos criadouros do mosquito e o controle para evitar a epidemia e as mortes por dengue. Em ambas, o custo é inferior ao investimento público de saúde em caso de epidemia.

O IEC atua em diversos segmentos de público em geral. É o setor responsável pela

realização de cursos, treinamentos, capacitações, oficinas, palestras, entre outras ações, em instituições públicas e privadas (escolas, unidades de saúde, empresas, associações de moradores). E dentro da estrutura e pela avaliação do próprio ACE, atende às necessidades de qualificação profissional, pois atua adequadamente em seu papel social de enquadramento das distorções culturais dentro e fora do segmento de ACE. Desde 2005, o pessoal do IEC passou a ministrar capacitações e treinamentos para toda rede da FMS de atenção básica, além das ações educativas comunitárias.

Mas é preciso observar que a FMS incentiva a prática de disputa entre as equipes de ACE por produtividade, e nem sempre esse incentivo causa impacto positivo em suas áreas de atuação (territórios) – que seria a diminuição dos índices de infestação e a baixa da taxa de pendências (casas fechadas ou não atendimento nas visitas domiciliares).

Isso deu origem a um círculo vicioso, causado pelo acirramento da competitividade entre as equipes de ACE – intra e extraequipes –, o que leva a dois movimentos distintos: o primeiro no qual os membros da própria equipe se pressionam mutuamente para ter o reconhecimento do trabalho; e o segundo na tentativa de suprir a deficiência causada pela ausência ou ineficácia de um ou mais membros. Ao mesmo tempo, essas pressões, devido à falta de condições objetivas de trabalho, culminam no adoecimento (físico e mental) dos trabalhadores, que aumenta o absenteísmo (por faltas ao serviço e afastamentos médicos), reduzindo ainda mais as equipes.

Importante salientar outro motivo que não faz parte da discussão dessa dissertação, o adoecimento psíquico e físico por parte do segmento do ACE no município – e, acredito, em outros – devido às condições adversas de sua prática laboral, a falta de estrutura do local de trabalho e a incipiência de apoio institucional. A única demanda coletiva que os mobiliza (empregados públicos oriundos da FUNASA) existente na FMS continua sendo a busca pela incorporação como estatutários no serviço público, pois ainda permanecem celetistas. Os funcionários públicos que eram vinculados à FUNASA optaram por deixar esse quadro e se vincularam ao Ministério da Saúde, em 2010, mas isso não modificou a situação real de trabalho.

A FMS também incentiva a participação nas atividades educativas. Esse mecanismo não interfere na mudança das condições de trabalho, mas condiciona à participação a compensação financeira, por meio de incentivo indireto – Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS). Os ACE adquirem pontuação, que contribui para o aumento real de salário, mesmo no crescimento horizontalizado.

Essa pontuação promove uma “ascensão horizontal”, que seria um reconhecimento salarial bienal, no qual se recebe uma referência dentro de sua própria função e também se reconhece o esforço à qualificação/capacitação profissional, sem mudança de cargo/função. Esse processo é importante sim, mas não deveria apenas se deter no despertar do interesse por parte desse trabalhador, que é induzido a participar de atividades formativas de curta duração que, geralmente, deixa de fora questões teóricas (dimensão política do processo de aprendizagem), nas quais as informações sobre o planejamento, a estruturação e o controle das ferramentas do trabalho são muito mais valorizadas pelos trabalhadores por serem mais práticas e próximas do seu cotidiano. Essa situação esconde do trabalhador a sua impossibilidade de saída do seu território devido ao quadro funcional “enxuto”, e obscurece a acomodação, o estranhamento, a alienação, decorrentes das relações sociais.

Na verdade, Niterói foi um município já considerado nacionalmente pioneiro e inovador por muitos anos, na Atenção Básica de Saúde e, portanto, deveria se esmerar em mudar a realidade do processo de trabalho do ACE. Houve inovação e investimento de fato na integração de modelos, mas não na formação crítica e emancipadora desse segmento de trabalhadores. Isso é contraditório, por dois motivos: primeiro, não basta a vontade política – que é fundante para o sucesso nas práticas assistências; segundo, a vontade pessoal de realizar um bom trabalho não se dá sem o preparo nem condições objetivas para isso. São **peessoas** que participam do processo e colocam o modelo para funcionar, de forma plena, se estiverem conscientes da importância social.

4. Considerações Finais

Essa dissertação considera que ocorreram na sociedade mudanças que refletiram a necessidade de adequação de políticas de formação para os trabalhadores da(s) vigilância(s) em saúde. Identificou a necessidade da concepção contemporânea de formação que foi absorvida pela PNEPS e se refletiu nos serviços de saúde e seus setores formativos dentro do Modelo SUS, e com isso influenciou a formação e o trabalho dos trabalhadores SUS, dentre eles o ACE.

O estudo identificou, ainda, a forma como o trabalhador da(s) vigilância(s) e a especificidade do trabalho estão sendo vistos pelo Estado, a construção histórica da formação tecnicista para execução de uma tarefa e que exige o máximo de criatividade individual para superar dificuldades (eventos) – dentro da perspectiva do novo consenso, voltado para o capital.

Contudo, tivemos o cuidado de dar como exemplo um estudo de caso de um município de porte médio com grande potencial e de expressão nacional, devido a seu pioneirismo e inovação na área de saúde. O município exerce a prática de formação complementar de acordo com a PNEPS/SEGTS – formação em serviço, como tantos outros municípios, mas aproveitou pouco o *know how* para investir no segmento do ACE.

Durante as discussões deste trabalho acadêmico, foram tecidas críticas à condução dada a essas ações de formação. A argumentação, contudo, não quis julgar a organização da política pública municipal de saúde. Nortearam-se os comentários no sentido de ressaltar que a cidade não está descolada da realidade contemporânea, sujeita a influências da globalização capitalista neoliberal. Ainda, tem-se que reconhecer o modo de trabalho organizado pela reconstrução da acumulação flexível no contexto do mercado, que implica na flexibilização de processos de trabalho e produção dentro e fora da saúde, tendo como pano de fundo a ideologia do novo modelo de produção, integrado e flexível (globalizado), que exige dos trabalhadores “mais qualificação” e “mais engajamento” em processos sociais mais amplos, recaindo sobre eles a responsabilidade pela projeção e sucesso do projeto político-social.

Esse novo padrão de produção exige modificação de condições sociais e técnicas de organização do trabalho. Foi necessário que o Estado, por meio de políticas públicas, ajustasse a formação técnica e tecnológica dos trabalhadores de nível médio. Todavia, a autora acredita que, quando discute a ocupação do ACE, a experiência de formação pelo PROFOR-MAR é um único exemplo exitoso. O curso pretendeu vislumbrar a possível alteração do quadro de desproteção desse trabalhador, pautado na historicidade de sua ocupação.

Acredita-se que houve um esforço na formação complementar no âmbito do modelo de competência utilizado por instituições públicas em serviços, mas foi inegável que a tentativa esbarrou na dificuldade de planejamento e operacionalização, e ficou no âmbito do tecnicismo pragmático, nos anos 2000/2005.

Os setores que têm como incumbência promover a formação complementar da FMS-Niterói, se tomados isoladamente, servem de reforço ideológico a posições que efetivamente fazem uma leitura pouco historicizada, dinâmica e contraditória do conhecimento, caindo em perigoso reducionismo do processo formativo no âmbito da requalificação do trabalhador. Nesse sentido, é possível verificar os efeitos negativos para os trabalhadores, visto que nas propostas práticas ocorre afastamento crítico-dialético, quando não se leva em consideração as mediações constitutivas do processo das relações sociais e na sua totalidade.

Também, a participação passiva no processo formativo do trabalhador dentro deste contexto produz, de fato, um homem alienado e socialmente determinado, pois não tem possibilidade de contribuir com um processo de transformação do seu trabalho nem da sociedade e não efetiva busca por lutas reais e coletivas, tão somente uma promoção parcial e pessoal. Esta atende às necessidades de interesses próprios/individuais (ganhos financeiros) em detrimento das demandas coletivas (melhorias das condições objetivas de trabalho, aumento de contingente, exigência de API – Aparelhos de Proteção Individual, Programa de Saúde do Trabalhador).

No caso específico do trabalhador ACE de nível médio, que não tem formação específica em saúde, percebe-se que sua complementação formativa em serviço está inserida fortemente a dimensão profissional (tecnicista acrítica) em detrimento da dimensão política (técnica, tecnológica e crítica). As competências técnico-intelectual, comunicativas, social, comportamentais são estimuladas com restrições, pois as capacidades individuais são enfatizadas unilateralmente: de percepção, de armazenamento e utilização de informações úteis à ação e aos procedimentos realizados; a capacidade de lidar com normatização, regras administrativas e a imprevisibilidade do cotidiano.

Neste quadro complexo da realidade, a complementação da formação em serviço não despreza as experiências vividas pelos trabalhadores, mas a capacidade de incorporação de novas técnicas e tecnologias nas “velhas” práticas não é revertida em benefício do trabalhador. Estimula-se a tendência de coligar, nessa vivência cotidiana, técnicas e tecnologias com naturalidade, como consequência da modernidade, com pouco questionamento e crítica.

De fato, é inegável a necessidade de valorizar as importantes contribuições dos

trabalhadores, mas não no desenvolvimento das práticas e das atribuições em serviço numa via única. A complementaridade na formação realizada dentro da esfera institucional mantém os antagonismos (entre o Capital e o Trabalho) e as contradições (falta de pessoal e condições de trabalho; a corresponsabilidade de resolução de problemas de saúde sem devida autonomia como agente de estado) permanecem sob controle, na grande maioria das vezes, dentro de um sistema como o SUS, política social avançada que sofreu/sofre com o desmantelamento estrutural progressivo pelo sistema capitalista no qual está inserido. Para a autora, ainda assim, esses antagonismos e contradições possibilitam o espaço de luta para alguma mudança, mas não a transformação das relações sociais.

Somente a proposta de uma Educação Profissional Politécnica para o ACE, com uma formação técnica e tecnológica ampla e onmilateral, seria capaz de desenvolver uma consciência crítica e emancipadora, para aí transformar-se, evoluir, num espaço propício à reflexão e crítica. Não se pode esquecer que o conhecimento produzido nas instituições é transmitido por meio de regras de conduta adequadas, definindo e controlando os papéis que todos os trabalhadores devem desempenhar nessas instituições; portanto, a complementaridade da formação é interesse do poder do Estado e do Capital. E, ainda, tem como objetivo principal a contribuição para a manutenção do *status quo* e da desigualdade no que se refere às relações de poder.

O PROFORMAR, com todas as limitações e dificuldades – sociais, econômicas, institucionais e políticas –, se propôs a desenvolver uma iniciativa inédita, visto que, até então, o ACE estava esquecido. Esse traço otimista da autora crê na proposta de formação interessada e voltada para o trabalho, propicia exercer uma participação legítima e crítica, para reivindicar e/ou externar as exigências pessoal e profissional, participando enquanto sujeito portador de direitos e se reconhecendo como ator político.

A proposta inovadora da ET-EPSJV, o PROFORMAR, ocorreu num momento de relevância política com apoio do arcabouço jurídico institucional do SUS e ainda com: a valorização da Educação Profissional; a mobilização dos trabalhadores; a crise na saúde devido às epidemias de dengue que voltaram a assolar o país; e apoio da sociedade. Todo esse movimento pressionou os governantes.

O curso demonstrou a possibilidade de efetivar concretamente um sistema metodológico que agrupou o que tem de melhor numa proposta contemporânea, para os trabalhadores, que se pautava na competência como método e no trabalho como fio condutor, tanto na perspectiva de organização quanto na metodologia para organizar os conhecimentos

para os trabalhadores e respeitando as concepções de mundo que formavam a diversidade do segmento do ACE.

A construção de conhecimento deve ter o objetivo de fazer com que o aluno/trabalhador possa absorver os conhecimentos técnicos, e dar aporte para suas práticas cotidianas em seu próprio território. É hora de retomar em âmbito nacional o enfrentamento dos desafios, das novas tecnologias e, mesmo com a imprevisibilidade do cotidiano, resgatar a dimensão política da formação profissional.

Sem a pretensão de esgotar o debate, ao contrário, sugere-se para futuros estudos que sejam realizadas pesquisas empíricas que possam ilustrar a temática da formação do ACE, que atuem no sentido de buscar alterar a realidade vigente dos trabalhadores, historicamente excluídos das esferas de poder e decisão.

5. Referências Bibliográficas

ADORNO, T. Teoria da Semicultura. Tradução de Newton Ramos-de-Oliveira, Bruno Pucci e Cláudia B. M. de Abreu. Educação e Sociedade: Revista de Ciência da Educação, ano XVII, n. 56, dez. 1996 (p. 388-411).

ALBUQUERQUE, K. M. Saúde e ambiente no nível local: avaliação das ações do agente de saúde ambiental - ASA, na cidade do Recife. Recife, 2005. [181] p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife, 2005

ANTUNES, R. Adeus ao Trabalho: um ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho, 5 ed., Campinas/SP: Cortez, 1998. (a)

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

ARANHA, A. Verbete Treinamento em Serviço. In: FIDALGO, F. & MACHADO, L. Dicionário de Formação Profissional. Belo Horizonte/MG: Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação (Nete), 2000.

ARRUDA, C. Qualificação versus Competência, Boletim Cinterfor, (149), 2000. p. 25-40.

BANCO MUNDIAL. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wibi/banco_mundial>. Acesso em: 05 jul. 2009.

BAPTISTA, T. W. F. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde In: MATTA, G. C. & MOURA, A. L. **Políticas de saúde:** organização e operacionalização do sistema único de saúde. Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / FIOCRUZ, 2007.

BRASIL. **Anais** da IV Conferência Nacional de Saúde. Brasília – DF, 17 e 21 de março de 1967.

BRASIL. **Anais** da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília – DF, 17 e 21 de março de 1986.

BRASIL. **Anais** da XI. Conferência Nacional de Saúde. Brasília – DF, 15 e 19 de Dezembro de 2000. Relatório Final .Série Histórica do CNS; n. 2 Série D. Reuniões e Conferências, n. 16, Brasília: MS/CNS, 2002.

BRASIL. **Anais** da XII Conferência Nacional de Saúde. Brasília – DF, 07 e 11 de Dezembro de 2003: Relatório Final D. Reuniões e Conferências. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 230 p. Série ISBN 85-334-0816-1

BRASIL. Lei 4.024, de 02 de dezembro de 1961. Rio de Janeiro:DF. Dispõe sobre a Lei de Diretrizes e Bases para a Educação.

BRASIL. Lei 5.692, de 11 de agosto de 1971. Brasília : DF.Dispõe sobre a Lei de Diretrizes e Bases para a Educação.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.**

BRASIL. Lei 378, de 13 de janeiro de 1937. Dispõe sobre a organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, DF,15/01/1937, p. 1210, Coluna 1.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e das outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1.

BRASIL. Lei 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, (p.27.839).

BRASIL. Lei 11.350, de 5 de Outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n 51, de 14 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.399, de 15 de Dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em <http://www.FUNASA.gov.br/web%20FUNASA/Legis/pdfs/portarias_m/pm_1399_1999.pdf>. Acesso em 13/09/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.252, de 22 de Dezembro de 2009. Regulamenta o Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela

União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. 1 de 23 de Dezembro de 2009. **Diário Oficial da União** n.º 245. Brasília, DF, Seção 1. p.p 65-69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 648/GM de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.007, de 4 de Maio de 2010. Regulamenta a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. de 14 de Maio de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH -SUS**, 4ª versão, Brasília/DF, 2002.

BRASIL. Diretrizes para a Integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 330, de 4 de novembro de 2003. Aplica ‘os princípios e diretrizes para a norma operacional básica de recursos humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)’ como política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde, no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Decreto n. 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde – Departamento de Atenção a Básica. **PROGRAB: Programação para Gestão por Resultados – 2006**. 160p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília, 2006 (a).

BRASIL. Portarias MS/GM n.º 3.085, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, com base no Pacto Pela Vida (2006) In: Brasil. Ministério da Saúde.

Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portarias MS/GM n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do PlanejaSUS In: Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)** : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (b).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS, Brasília/DF: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)** : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. De S.O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Rio de Janeiro: **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, Supl., p. 1865–1874, 2007.

CIAVATTA, M^a **Mediações Históricas de trabalho e educação**: Gênese e disputas na formação dos trabalhadores (Rio de Janeiro, 1930-60), Rio de Janeiro: Lamparina, CNPq/Faperj, 2009.

CORIAT, B., **El Taller Y El Robot**: Ensayos Sobre El Fordismo Y La Producción En Masa En La Era De La Electrónica, Madrid, Siglo Veintiuno, 1992.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE. Alma-Ata/URSS, 6-12/09/1978. **Relatório Conjunto do Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde e o Diretor Executivo do Fundo das ações Unidas para a Infância**, 1978.

COHEN, M. M. **O Modelo Assistencial no SUS - Niterói**: Conflito e Pactuação Política no processo de Integração do Programa Médico de Família. Rio de Janeiro, 2001. [293]p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) . ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2001.

DELUIZ, N. **Formação Profissional do trabalhador em Contexto de Mudança Tecnológica.** v. 20, n. 1, Jan/Abril, Rio de Janeiro: Boletim Técnico do SENAC, 1994, (p. 14-25).

DELUIZ, N. **Formação Profissional do trabalhador: produtividade & cidadania.** Rio de Janeiro: Shape, 1995.

DELUIZ, N. A Globalização econômica e os desafios à formação profissional. v. 22, n. 2, n. 3, maio/ago Rio de Janeiro: **Boletim Técnico do SENAC**, 1996, (p. 15-21)

DELUIZ, N. **O Modelo das Competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo.** v. 27, n. 3, Rio de Janeiro: **Boletim Técnico do SENAC**, 2001, SET/DEZ. Disponível em <<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>>.

ESCOREL, S., **Análise da Implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese e principais resultados.** Série C. Projetos, Programas e Relatórios, pp.131-132, Brasília: Ministério da Saúde (MS)/ Secretaria de Políticas de saúde/Departamento de Atenção Básica, Ed. MS, 2002.

ESCOREL, S. & TEIXEIRA, L. A. **Historia das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 à 1963: do império ao desenvolvimentismo populista.** In: GIOCANELLA, L., et. al . **Políticas e Sistema de saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p.p 333-384.

ESCOREL, S. **Historia das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária** In: GIOCANELLA, L., ESCOREL, S., et. al. **Políticas e Sistema de saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008 p.p 385-434.

FRIGOTTO, G. **Delírios da razão: crise do capital e metamorfose conceitual no campo educacional** In: GENTILI, P. **A Pedagogia da Exclusão**, Rio de Janeiro: Vozes, 1997, p. 77-108.

FRIGOTTO, G. **A educação como capital humano: uma teoria mantenedora do senso comum.** In: **A produtividade da escola improdutiva.**, 6 ed. , São Paulo: Cortez, 2001 p. 35-68.

FRIGOTTO, G. & CIAVATTA, M. **A política de educação profissional no Governo Lula: um percurso histórico controvertido.** **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 92, p. 1087-1113, out. 2005. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.br>>.

FRIGOTTO, G. **Escola e trabalho numa perspectiva histórica: contradições e controvérsias.** XVIII Colóquio da AFIRSE, sessão Portuguesa, realizado na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, no período de 12 a 14 de fevereiro de 2009. (a)

FRIGOTTO, G.. A polissemia da categoria trabalho e a batalhas das idéias nas sociedades de classe, v. 14, n. 40, **Revista Brasileira de Educação**, Enero-Abril/2009, p. 168-194. (b)

FOUCAULT, M. Nascimento da Medicina Social. In: **Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FURTADO, C. Globalização das estruturas econômicas e identidade nacional. In: DUPAS, G., LAFER, C. e SILVA, C. E. L. da, **A nova configuração do poder**. São Paulo: Paz e Terra S/A, 2008, p. 39-49.

MUSEU FUNASA, FUNASA 100 anos. **FUNASA EM REVISTA**, n. 1, JAN/2004. Disponível em: <http://www.FUNASA.gov.br/internet/arquivos/biblioteca/revista_01_inter.pdf>. Acesso em: 16/09/2011.

GONDIM, G. & MONKEN, M. Saúde, educação, Cidadania e participação: a experiência do Proformar. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, 1(2): 35-39, 2003.

GOMES, E. M^a. **Equidade no financiamento de saúde**: uma avaliação de recursos para a atenção básica no estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro; s.n; 2004. 96 p. tab., graf. **Idioma**: Pt. **Tese**: Apresentada a Escola Nacional de Saúde Publica Sergio Arouca para obtenção do grau de Mestre.

GRAMSCI, A. **Obras escolhidas**. Tradução CRUZ. M.; Revisão CUNHA. N. da R. São Paulo: Martins Fontes, 1978, p. 113-114.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. 8. ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

GONZÁLEZ, R. S. **Democracia e conselhos de controle de políticas públicas**: uma análise comparativa. 2000, 340f. Tese (Doutorado) –Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Ciência Política Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

HAIKEL, S. **A memória das coisas e das palavras**: um estudo das repercussões neurocomportamentais dos agentes de saúde públicos expostos a agrotóxicos. Rio de Janeiro; s.n; 2005. 78 p. (Dissertação) Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Tradução: Adail Ubirajara e Maria Stela Gonçalves. 5 ed., S. Paulo: Edições Loyola, 1992.

- HIRATA, H. Fordismo e modelo japonês. In: Fortes, José e Soares, Rosa (orgs.). **Padrões tecnológicos, trabalho e dinâmica espacial**. Brasília, ed. UNB, 1996.
- HOSBSBAWM, E. **Globalização, democracia e Terrorismo**. Tradução J. Viegas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007, p.9 a 35.
- IAMAMOTO, M. V.. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: Capital financeiro e a e questão social**. São Paulo: Cortez, 2007.
- ISTRIA, M. P. *Reconnaissance et Compétences, Objectif Compétences*, MEDEF. Disponível em: <<http://objectif-competences.medef.fr/2002>>.
- KONDER, Leandro. **O futuro da filosofia da práxis : o pensamento de Marx no século XXI**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- KOSIK, K. **Dialética do Concreto**, Rio de Janeiro/RJ: Paz e Terra, 1978, p.41-64.
- LIMA J. C. F. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde, **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p.407-449
- MACHADO, M. C. H. S. **Impacto de uma intervenção dirigida à capacitação de agentes comunitários da saúde em aleitamento materno**. Botucatu, 2008. 122 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2008.
- MALFITANO, A. P. S. **Políticas públicas e movimentos sociais: atenção à infância e o programa saúde da família**. Campinas, 2004. 180 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação, Campinas, 2004.
- MARX, K. **O Capital**. Vol. I. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- MARX. K., O método da Economia Política, In: **Manuscritos Econômico-Filosóficos e outros textos escolhidos**, 2ª ed., São Paulo: Nova Cultural, 1986, p. 116 - 125.
- MATTA, G. C. **Princípios e Diretrizes do SUS**. In: Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. 1 ed., v.3, Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p.61-80.
- MATTA, G. C. e FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária de Saúde: histórico e perspectivas. In: MEIRA, R. M. M. B. P. **O agente comunitário de saúde: convergências e divergências, a percepção dos próprios agentes, dos médicos, enfermeiros e usuários do serviço**. Botucatu, 2008. 161 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2008.

MENDES, E. V. Processo social de distritalização da saúde In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993. p 93-157.

MERHY, E.E. & ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. Hucitec, Série Didática, capítulos 2 e 3. 1997.

MERHY, E. E. & FRANCO, F. B. Por uma composição Técnica do Trabalho Centrada nas tecnologias Leves e no Campo relacional. In Ver. **Revista Saúde em Debate**, Ano XXVII, Vol. 27, n 65, Rio de Janeiro: SET/DEZ, 2003.

MERHY, E.E.& BATISTA, T. **Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf> Acesso em: 12 Mai 2009.

MERTENS, L., *Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos*. Uruguai: OIT, Cintefor, 1996.

MONKEN, M.; GONDIM, G. **Caderno de atividades do trabalho de campo**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/Proformar, 2004 (Série de materiais didáticos do Proformar).

MONKEN, M. e BARCELLOS, C, O território na promoção e vigilância em Saúde. In: FONSECA, A. e CORBO, A. D. (Org.). **O Território e processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2007, p.195-222.

MONKEN, M, & BATISTELLA, C. Vigilância em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro : EPSJV/FIOCRUZ, 2009.

MONKEN. M. et al. Contexto, território e o processo de territorialização de informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. **Saúde e Movimento**, Rio de Janeiro, Cap. 6, p. 141- 163, 2009.

MOROSINI, M. V. G. C. **A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005**. Rio de Janeiro, 2009. 222f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2000.

MOROSINI, M. V. G. C. & CORBO A. D.(orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 43-68. Disponível em <http://www.retsus.FIOCRUZ.br/upload/publicacoes/pdtsp_4.pdf>.

MOROSINI, M. V. G. C. & MATTA, G. C. Atenção Primária de Saúde. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2 ed. Ver. Ampl., Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MOROSINI, M. V. G. C. **Educação e trabalho em disputa no SUS**: a política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2010.

NEVES, L. M.^a, W & PRONKO, M. **O Mercado do conhecimento e o conhecimento para o Mercado**: da formação para o trabalho complexo no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

OLIVEIRA, J. A. **A saúde pública hoje**: notas para um debate sobre a conjuntura em saúde e a situação da ENSP ao seu interior. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.4, n.3, p. 326-333, jul/set.1988.

OLIVEIRA, E. **Toyotismo no Brasil**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

OLIVEIRA, R. Empregabilidade, In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2009 (197-201)

OLIVEIRA, R. **Niterói: Perfil de uma cidade**, Secretaria Ciência e Tecnologia, 1999.

OLIVEIRA, R. **Plano de Ação da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência para 1977/1980**. Niterói/RJ, 1977.

PLANO DIRETOR DA REFORMA DO APARELHO DO ESTADO. Brasília/DF : Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995.

PROPOSTA DO PLANO DE AÇÃO DO INSTITUTO PAN-AMERICANO DE PROTEÇÃO DE ALIMENTOS E ZOOSES (NPPAZ), 2002-2003. In: Reunião Interamericana a Nível Ministerial Sobre Saúde e Agricultura, 12, 2001. São Paulo. **Tema 4.1 da Agenda Provisória RIMS A12/4 (Port.) 22 de março 2001**: São Paulo: Opas/OMS. Disponível em: <http://www.opsoms.org/portuguese/ad/dpc/vp/rimsa12_04-p.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2009.

RAMOS, M. N, Possibilidades e desafios na organização de currículos integrados. In: FRIGOTTO, G., CIAVATTA. **“Ensino Médio Integrado: Concepções e Contradições.”**, São Paulo: Cortez, 2005. p. 106-127.

RAMOS, M. N. Referências Teórico-metodológicas da educação profissional em saúde no Brasil. In: **EPSJV (org.) Políticas de Saúde**, Volume II, Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006 (prelo). (a)

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** 3 ed., São Paulo: Cortez, 2006. (b)

RAMOS, M. N.. **Concepção do Ensino Médio Integrado à Educação Profissional**. texto apresentado em Seminário apresentado em Natal e Mossoró/RN, Ago/2007. (a)

RAMOS, M. N.. Conceitos básicos sobre o trabalho, Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, o processo histórico do trabalho em saúde, In: FONSECA, A.F., **O processo histórico do trabalho em saúde** Rio de Janeiro: EPSJV / FIOCRUZ, 2007, p. 27-27. (b)

FRIGOTTO, G., CIAVATTA. **A Educação Profissional em Saúde no Brasil: concepções e práticas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde**, Rio de Janeiro: UERJ/FIOCRUZ 2010.

RAMOS, M. Coord. GT Trabalho e Educação/ANPEd, FRIGOTTO, G., e CIAVATTA, M^a., **Seminário** promovido pelo CONIF, em maio de 2010, Rio de Janeiro: Projetos Integrados UFF-UERJ-EPSJV-FIOCRUZ, julho de 2010.

RET-SUS. Ano I, N.º. 9, Junho/2005. **Vigilância (s) em (da) Saúde**: experiências e indefinições da formação técnica: discussões sobre o itinerários formativo precisam responder a pergunta: ‘técnico de quê?’, Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p.4-7.

ROMANELLI, O. de O. **História da Educação no Brasil : 1930 / 1973**. 15 ed. São Paulo: Vozes, 1993.

SÁ. P. K. **Integralidade da Atenção no Programa Médico de Família de Niterói – RJ** (Mestrado em Saúde Pública).- Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; Rio de Janeiro , 2003.

SAVIANI, D. **Sobre a Concepção da Politécnica**. Seminário Choque Teórico Rio de Janeiro/RJ: FIOCRUZ/EPSJV,1987.

SAVIANI, D. O trabalho como principio educativo frente às novas tecnologias. In Ferreti, Celso João et al (org.), **Tecnologia, trabalho e educação**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.

SAYD, J. D., VEIRA, Jr. L. & VELANDIA, I.C. Recursos Humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **PHYSIS/ Revista Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, vol. 8, n. 2, 165-195, 1998.

SENNA. M. C. M. **Municipalização e Controle Social**: o Programa Médico de Família em Niterói (1992-1994), Rio de Janeiro, 2001. [p.127]. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1995.

TEIXEIRA, C. F. (Org.); PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. **P SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância**. Salvador: Iesus, VII(2), Abr/Jun, 1998.

TEIXEIRA, C.F., Epidemiologia e planejamento de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, v. 4,n. 2, 1999. p. 287-303.

TEIXEIRA, C. F. (Org.); PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: ISC/UFBA, 2002.

TEIXEIRA, C. F. (Org.); PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. **A mudança do modelo de atenção á saúde no SUS**: desatando nós, criando laços. Salvador: EDUFBA, 2002, p. 19-58.

TEIXEIRA, C. F. (Org.); PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L.. **O SUS e a vigilância em saúde. Rio de Janeiro**: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003. (Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR, Unidade I, Módulo 1).

TEIXEIRA C.F., SOLLA J.P. **Modelo de Atenção à Saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA; 2006. ISBN 85-232-0400-8, 24 (12), Rio de Janeiro Caderno de Saúde Coletiva, p 2985 – 2988, Dez/2008.

TEIXEIRA, C. C. **O Museu da FUNASA e a Saúde Indígena**. Antropologia 2, série I, Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Brasília, v. 409, Brasília: DAN/UnB, 2007. ISSN formato eletrônico 1980-9867, 16/09/2011, às 10:55 h.

THOMPSON, E.P. **A Formação da Classe Operária Inglesa I**: a árvore da liberdade. Trad. BUSATTO NETO & ALMEIDA, C., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987 (a).

THOMPSON, E.P. **A Formação da Classe Operária II**: a maldição de adão. Trad. BUSATTO NETO & ALMEIDA, C., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987 (b).

WEHRS, C. **Niterói Cidade Sorriso**: A história de um lugar. Apresentação de Charles Julius Dunlop. Rio de Janeiro/RJ, 1984.

VIANNA, M.L.W. Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não-contributivos. In: VIANA, A. L. D; ELIAS, P. E. M; IBAÑZ, N. (Org.) **Proteção Social Dilemas e Desafios**. Editora HUCITEC/FMUSP-CEDEC-CEALAG/FCM Santa Casa – LEPS/UFRJ, São Paulo, p. 89-122, 2005.

VIEIRA, M. P. **Educação, saúde e ambiente**: concepções do meio físico na ação educacional do agente comunitário de saúde junto a moradores em área de risco ambiental. Campinas, 2005. [157] p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Geociências. Campinas, 2005 (a).

VIEIRA, S. L. & FARIAS I. M.^a S. **Política Educacional no Brasil**: introdução histórica. Brasília: Liber Livro Editora, 2007.

VIEIRA, M. **A gestão do trabalho nos SUS**. In: EPSJV (org.), Textos de apoio em políticas de Saúde, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005 (b).

VIEIRA, M. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. In: **Revista Trabalho, educação e saúde**. v. 5, n. 2. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV, 2007.

ANEXO II

**Resultado Preliminar do Recadastramento dos Recursos Humanos
do Sistema Único de Saúde - Niterói**

RESULTADO PRELIMINAR
DO RECADASTRAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)
MAIO DE 1998

NITERÓI

1998

Presidente da Fundação Municipal de Saúde:

- Gilson Cantarino O'Dwyer

Coordenadora de Recursos Humanos:

- Marlene Santos Barrozo

Chefe da Divisão de Pessoal:

- Lilia Veiga Rezende

Coordenador do Recadastramento:

- Humberto Carlos de Assis Innecco

Coordenadora da Execução do Recadastramento:

- Fátima Fernandes de Oliveira

Analista de Sistema Responsável pela Programação:

- Ricardo Mach

Operadores Executores do Relatório:

- Carlos Alves Teixeira dos Santos
- Claudia Amorim

Niterói, 7 de Dezembro de 1998.

UNIDADES/CARGOS APOSENTADOS	ADMINISTRADOR	ADVOGADO	AG. AUX. ADM. SAUDE	AG. CONT. ZOO.	AG. ADM. SAUDE	AG. ADM.	AG. PATO. PEB.	AG. FORTALIA	AG. SAUDE PUE.	AG. SERV. COM.	SAVIG.	AG. OPER. SERV. SAUDE	AG. TELEG. ELECTRIC.	ANAL. SIST.	ARGUMENTO ART.	ARTES GRAF.
ASS. CORRU	1		3		6	8										1
ASS. CORRU . LIC. SEM VENIC.								2	1							
ASS. JURIDICA		1			1											1
ASS. PLANEJAMENTO																
ASS. TECNICA																
C. S. CARLOS A. SILVA			2		1				7							5
CASB																
CECOZ			1		35											4
CECOZ	2	1			3	2			3							6
CECIDIOS . CORRU						1										2
CEM TIAPU																10
CEM MARUI																3
CEM SAO FRANCISCO																2
CETAM																2
COOPS																3
CPM			1			80		9	1	2	1					9
DECAU	1					3		1								2
DEF. ASSIST. AO SERVIDOR																
DIPEN						1				1						1
FIA CRT-III					1	6										11
HGVF			9		1	11		4	1	1						4
HOE			4		2				1							1
HPJ																
LAB. MIGUELOTE VANINA																
F. C. ENGENHOCA			2		1				8							2
F. C. JURUIUBA									3							2
F. C. LARGO DA BATALHA									12							11
F. C. SANTA ROSA	1		3		5	3		1	5							1
F. S. CARANILJO									2							1
F. S. TIAPU					1	2			1							1
F. S. SAO FRANCISCO									1							1
F. E. MALUSAMPAO						20		1								1
F. E. SILVIO PISCAGO						42		11		3						10
POL. ALMIR MADEIRA																
PRESDENCIA																
SERV. ATEND. AO USUARIO			1		2	3			3							3
SFA-3																
SUAC			2		3	3		1	5							5
SUAFI						2			3							3
SUAHE			1			6			1							8
SUP. PROU. MED. FAMILIA																
UB. CANTAGALO																
UB. ENGENHOCA			1		1	2		1	3							2
UB. ILHA DA CONCEICAO									6							2
UB. ITIROCA									2							2
UB. JOAO VIEIRA			2		1				3							4
UB. MORRO DO CASTRO									2							1
UB. MORRO DO ESTADO									4							1
UB. PIRATINGA									1							2
UB. SANTA BARBARA									1							3
UB. VIANEA									6							7
UB. VILA IPIRANGA									1							1
TOT. GERAL	5	3	34	35	34	102	1	30	31	5	1	147	5	2	3	1

ANEXO III

Estrutura Administrativa da Fundação Municipal de Saúde de Niterói

PREFEITURA DE NITERÓI

Gabinete do Prefeito

DECRETO Nº 8019/99

Corrigenda 24.4.99

PUBLICADO

Em, 06 de fevereiro de 19 99

J. Buckley

O PREFEITO MUNICIPAL DE NITERÓI, de acordo com o disposto no inciso VI, do artigo 66, da Lei Orgânica do Município de Niterói, de 04 de abril de 1990 e tendo em vista o artigo 8º, da Lei 487, de 25 de janeiro de 1984, modificado pelo artigo 5º, da Lei 835, de 12 de julho de 1990, e artigo 1º da Lei.1182, de 20 de maio de 1993,

DECRETA:

CAPÍTULO I

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Art. 1º- Integram a estrutura administrativa da Fundação Municipal de Saúde, as seguintes unidades:

I- Presidência:

1.1 - Assessoria de Planejamento

1.2 - Assessoria Técnica

1.3 - Assessoria de Comunicação

1.4 - Coordenação Executiva

1.5 - Coordenadoria de Recursos Humanos

- Divisão de Pessoal
- . Serviço de Pagamento
- . Serviço de Cadastro, Direitos e Vantagens
- Divisão de Desenvolvimento
- . Seção de Formação
- . Seção de Educação Continuada

1.6 - Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria

- Divisão de Avaliação Técnica
- Divisão de Controle da Rede
- Divisão de Sistema de Informações
- . Seção de Documentação Técnica

1.7 - Coordenadoria do Observatório de Saúde

- Divisão de Monitorização de Doenças e outros Agravos

PREFEITURA DE NITERÓI

Gabinete do Prefeito

Em. 06 de fevereiro de 1997

J. Buckley

- Divisão de Monitorização de Atividades de Serviços de Saúde
- Serviço de Documentação de Fatos Vitais

1.8 - Superintendência de Ações Jurídicas**1.8.1 - Departamento de Direito Administrativo****1.8.2 - Departamento de Direitos Pessoais e Trabalhista****1.8.3 - Departamento Judicial e de Contencioso****1.9 - Superintendência de Administração e Finanças****1.9.1 - Departamento Financeiro**

- . Serviço de Tesouraria
- . Divisão de Controle Interno
- . Serviço de Empenho e Liquidação
- . Serviço de Prestação de Contas
- . Divisão de Contabilidade e Finanças
- . Serviço de Contabilidade

1.9.2 - Departamento de Administração

- . Divisão de Suprimentos e Compras
- . Serviço de Almoxarifado
- . Divisão de Serviços Gerais
- . Seção de Transporte
- . Seção de Protocolo e Arquivo
- . Seção de Patrimônio

1.10 - Superintendência de Assistência ao Servidor**1.10.1 - Departamento de Atenção à Saúde do Servidor**

- . Serviço de Administração e Apoio Operacional
- . Divisão de Perícias Médicas
- . Seção de Apoio Técnico

1.10.2 - Policlínica Almir Madeira

- . Serviço de Supervisão
- . Seção Ambulatorial
- . Seção Hospitalar
- . Serviço de Coordenação Multiprofissional
- . Seção de Ações Básicas
- . Seção de Ações Especializadas


PREFEITURA DE NITERÓI
 Gabinete do Prefeito

Corrigenda 244.47

PUELIADO

06 de fevereiro de 1999

Buckley

II - Vice Presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência:

- 2.1 - Coordenação de Ações de Emergência**
- 2.2 - Departamento de Supervisão Técnico-Methodológica**
- Divisão de Supervisão e Controle da Rede Pública
 - Divisão de Supervisão da Rede Contratada
 - Divisão Central de Internação
 - . Serviço de Controle de Leitos
 - . Seção de Remoção
- 2.3 - Departamento de Administração e Análise de Dados**
- Divisão de Administração
 - . Seção Serviços Gerais e Material
 - Divisão de Análise de Dados
- 2.4 - SPA - 3 - Professor Roched Sebba**
- . Serviço de Coordenação Multiprofissional
 - . Serviço de Administração

III - Vice Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e de Família:

- 3.1 - Coordenação de Vigilância em Saúde**
- 3.2 - Departamento de Supervisão Técnico-Methodológica**
- . Divisão de Supervisão da Rede de Serviços Públicos
 - . Divisão de Supervisão de Serviços Contratados e Conveniados
- 3.3 - Departamento de Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses**
- . Divisão de Vigilância Sanitária
 - . Seção de Registro e Controle de Qualidade de Produtos
 - . Seção de Engenharia Sanitária
- 3.4 - Departamento de Administração e Análise de Dados**
- . Divisão de Apoio Administrativo
 - . Serviço de Análise de Dados
 - . Seção de Serviços Gerais e Material
- 3.5 - Centro de Controle de Zoonoses e de Doenças de Transmissão Vetorial**
- . Laboratório de Zoonoses
 - . Serviço de Controle de Vetores
 - . Seção de Administração
 - . Seção de Controle da População Animal

Seção de Apoio Técnico Multiprofissional



PREFEITURA DE NITERÓI

Gabinete do Prefeito

Corrigenda 24.4.99

PUBLICADO

Em, 06 de fevereiro de 1999

Buckley

Seção de Administração

3.7 - Policlínica Comunitária do Largo da Batalha - Dr. José Francisco Cruz Nunes Filho

- Serviço de Pronto Atendimento
- Serviço de Vigilância em Saúde
- Serviço de Coordenação Multiprofissional
- Serviço de Administração
- Seção de Atendimento ao Usuário

3.8 - Policlínica Comunitária da Engenhooca - Dr. Renato Silva

- Serviço de Pronto Atendimento
- Serviço de Vigilância em Saúde
- Serviço de Coordenação Multiprofissional
- Serviço de Administração
- Seção de Atendimento ao Usuário

3.9 - Policlínica Comunitária de Jurujuba - Dr. Aureliano Barcelos

- Serviço de Vigilância em Saúde
- Serviço de Administração
- Seção de Atendimento ao Usuário

3.10 - Unidade Básica da Ilha da Conceição - Dr. Ruy Carlos Decnop

- Serviço de Vigilância em Saúde
- Seção de Administração

3.11 - Unidade Básica da Ititioca - Dr. Lauro Pinheiro Motta

- Serviço de Vigilância em Saúde
- Seção de Administração

3.12 - Unidade Básica de Santa Bárbara - Dr. Adelmo de Mendonça e Silva

- Serviço de Vigilância em Saúde
- Seção de Administração

3.13 - Unidade Básica do Morro do Castro - Deputado José Sally

- Serviço de Vigilância em Saúde
- Seção de Administração

3.14 - Unidade Básica do Morro do Estado - Dr. Mário Pardal

- Serviço de Vigilância em Saúde
- Seção de Administração

3.15 - Unidade Básica de Piratininga - Dom Luiz Orione

- Serviço de Vigilância em Saúde
- Seção de Administração

3.16 - Unidade Básica de Várzea das Moças - Dr. Tobias Tostes Machado

PREFEITURA DE NITERÓI

Gabinete do Prefeito

- Serviço de Vigilância em Saúde
- Seção de Administração

Corrigenda 24.4.99

PUBLICADO

Em, 06 de fevereiro de 19 99

[Assinatura]

- 3.17 - Unidade Básica do Cantagalo - Dr. Barros Terra**
- Serviço de Vigilância em Saúde
 - Seção de Administração

- 3.18 - Unidade Básica da Vila Ipiranga - Dr. Carlos Tortely Costa**
- Serviço de Vigilância em Saúde
 - Seção de Administração

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES DO PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

Art. 2º - São atribuições do Presidente da Fundação Municipal de Saúde:

- I - zelar pela observância das disposições legais e estatutárias;
- II - presidir as reuniões do Conselho Diretor;
- III - dirigir e supervisionar os serviços administrativos do Conselho Diretor;
- IV - convocar o conselho Diretor;
- V - cumprir e fazer cumprir as decisões do Conselho Diretor;
- VI - exercer a Direção Geral da Fundação, orientando, controlando e supervisionando suas atividades, expedindo ou adotando, na esfera de sua competência, os atos ou providências que para isso forem necessárias;
- VII - representar a Fundação em juízo ou fora dele;
- VIII- propor programas de trabalho e promover a execução dos que forem aprovados;
- IX- promover, transferir, remover, elogiar e punir funcionários, bem como conceder férias e licenças;
- X- movimentar depósitos bancários, em conjunto com o Superintendente de Administração e Finanças;
- XI- autorizar despesas;
- XII- assinar contratos e convênios;
- XIII- decidir sobre a aquisição do material indispensável aos serviços da Fundação, segundo normas aprovadas pelo Conselho Diretor;
- XIV- encaminhar ao Conselho Diretor, até o dia 30 de outubro de cada ano, o programa de atividades para o exercício subsequente e a proposta orçamentaria;
- XV- solicitar ao Conselho Diretor, quando a Fundação necessitar e quando houver recursos, a abertura de créditos adicionais, bem como a transferência de verbas ou dotações orçamentárias;
- XVI- submeter trimestralmente ao Conselho Diretor, em bulletins acompanhados da súmula dos trabalhos realizados e o relatório das atividades da Fundação.


PREFEITURA DE NITERÓI
Gabinete do Prefeito

Corrigenda 244.99
PUBLICADO

Em, 06 de fevereiro de 1999

J. Buckleby

- X - Planejar, coordenar e controlar as atividades de emergência das Unidades que compõem, a rede pública e contratada do SUS;
- XI - Desempenhar as demais atribuições legais inerentes ao cargo.

CAPITULO V

DA VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA, AMBULATORIAL E DE FAMÍLIA

Art. 5º - São atribuições da Vice-Presidência para Atenção Coletiva, Ambulatorial e de Família.

- I - Auxiliar o Presidente na administração da Fundação Municipal de Saúde na área de sua abrangência;
- II - Exercer as atribuições que lhe forem conferidas pelo Presidente da Fundação.
- III - Exercer a Direção Geral, coordenar e fiscalizar os trabalhos dos órgãos que lhe são diretamente subordinados;
- IV - Formular o planejamento, a normatização e a execução das ações de vigilância à saúde e de fiscalização sanitária no âmbito do Município.
- V - Articular a adequada aplicação das normas legais e técnicas, provenientes das autoridades superiores do Sistema Único de Saúde nesta área, sejam estas Estaduais ou Federais.
- VI - Orientar e subsidiar o estudo, a pesquisa e a análise dos problemas de saúde, propondo formas de equacioná-las compatíveis com a realidade do Município;
- VII - Coordenar o trabalho de análise das condições de salubridade ambiental em que vive e trabalha a população, propondo melhorias, quando for o caso.
- VIII - Promover atividades que visem discutir e implementar melhorias da qualidade de vida da população;
- IX - Promover adequada articulação intersetorial, seja entre órgãos públicos ou comunitários, objetivando a promoção da saúde e prevenção das doenças;
- X - Articular a implementação do modelo de atenção à saúde e reforçar os vínculos de cooperação técnica e intercâmbio de experiências;
- XI - Manter permanente articulação com os órgãos da Fundação Municipal de Saúde, notadamente com a Vice-Presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência;
- XII - Exercer Supervisão Técnica, Normativa e Metodológica sobre os assuntos de competência da Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e de Família;
- XIII - Propor atividades técnico-científicas, realizar estudos, instruir processo, proceder despachos interlocutórios, fiscalizar execução dos serviços, cumprimentos das obrigações funcionais e o desempenho dos seus subordinados;

PREFEITURA DE NITERÓI
Gabinete do Prefeito

PUBLICADO
Em, 06 de fevereiro de 1991
Buckley

XIV - Coordenar as ações previstas nos convênios e contratos firmados pela Fundação Municipal de Saúde, com entidades públicas ou privadas, inerentes à Atenção Coletiva, Ambulatorial e de Família.

XV - Desempenhar as demais atribuições legais inerentes ao cargo.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DOS SUPERINTENDENTES

Art. 6º - São atribuições comuns dos Superintendentes:

- I - Supervisionar as atividades das chefias que lhes são subordinadas;
- II - Assessorar o Presidente nos assuntos da sua área de sua competência;
- III - Realizar estudos, instruir processos, proferir despachos, fiscalizar a execução dos serviços, a freqüência, o cumprimento das obrigações funcionais e o desempenho de seus subordinados;
- IV - Fornecer os subsídios necessários ao planejamento e execução das atividades da Fundação Municipal de Saúde;
- V - Desempenhar as demais atribuições legais próprias.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES DAS SUPERINTENDÊNCIAS

Art. 7º - Constituem finalidades específicas das superintendências:

I - Superintendência de Ações Jurídicas:

1 - Assessorar a administração superior e demais órgãos administrativos em todos os assuntos envolvendo matéria jurídica, bem como representar a Fundação junto ao poder judiciário em qualquer instância ou jurisdição;

2 - Avocar a defesa da Fundação nas áreas judicial e extrajudicial, nos casos em que for necessário fazê-lo de acordo com as suas atribuições legais e funcionais bem como determinando que o faça qualquer dos profissionais de direito lotado nesta superintendência;

3 - Elaborar proposta à Presidência da FMS, quanto à tomada de medidas legais preventivas, objetivando defender os interesses da Fundação;


PREFEITURA DE NITERÓI
Gabinete do Prefeito

PUBLICADO

06 de fevereiro de 1999

J. B. de Sá

4 - Assessor os diversos órgãos da FMS em assuntos de natureza jurídica, respondendo a consultas e emitindo pareceres técnicos jurídicos sobre as matérias consultadas;

5 - Substabelecer, com a consulta prévia da Presidência e com reserva, os poderes outorgados por mandato do Presidente da FMS;

6 - Emitir parecer, inclusive sobre os aspectos jurídicos e interpretativos da legislação relacionada a atos e fatos administrativos e jurídicos internos e externos de interesse da FMS;

7 - Administrar os recursos humanos, financeiros e patrimoniais alocados nesta Superintendência;

8 - Desempenhar as demais atribuições legais inerentes ao cargo.

II - Superintendência de Atenção à Saúde do Servidor

1 - Exercer a direção geral, programas, orientar, coordenar e fiscalizar os trabalhos dos órgãos que lhe são diretamente subordinados;

2 - Exercer supervisão técnica e normativa sobre os assuntos de competência da superintendência, ainda que sua execução esteja delegada a outro órgão;

3 - Assessorar o Conselho Diretor na formulação das políticas de saúde para a assistência ao servidor;

4 - Despachar periodicamente com o Presidente da Fundação os assuntos de sua atribuição;

5 - Coordenar o levantamento e a avaliação dos problemas referentes a sua área de atuação e apresentar soluções no âmbito do planejamento;

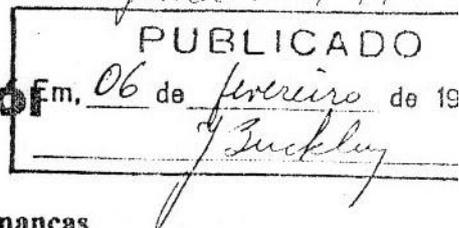
6 - Preparar semestralmente relatório;

7 - Proferir despachos interlocutório em processos cuja decisão caiba ao Presidente da Fundação e decisórios naqueles de sua competência;

8 - Determinar a realização de sindicâncias para apuração de faltas ou irregularidades, bem como solicitar à autoridade competente a instauração de processos administrativos, quando for o caso;

9 - Desempenhar outras atribuições afins.

PREFEITURA DE NITERÓI
Gabinete do Prefeito



III - Da Superintendência de Administração e Finanças

1 - Assessorar o Presidente na formulação e implantação das políticas de administração e finanças da Fundação;

2 - Planejar e normatizar as atividades de administração geral e financeira da Fundação;

3 - Assessorar a Presidência na elaboração do orçamento anual e do plano plurianual, de acordo com as diretrizes e metas estabelecidas pela Prefeitura;

4 - Supervisionar o controle e a execução orçamentária da Fundação;

5 - Supervisionar a execução das atividades contábeis

6 - Opinar em processos de celebração de convênios e contratos que impliquem direta ou indiretamente obrigações financeiras para a Fundação;

7 - Fazer movimentar os valores mobiliários e recursos financeiros em conformidade com os planos, programas, projetos e orçamentos aprovados;

8 - Promover estudos periódicos sobre o comportamento da receita e despesa e tomar providências para a sua melhoria;

9 - Tomar conhecimento, diariamente, do movimento financeiro e econômico, verificando as disponibilidades de caixa e créditos da Fundação;

10 - Assinar, em conjunto com o Presidente, os cheques emitidos;

11 - Assinar em conjunto com o Chefe da Divisão de Contabilidade e Finanças, os boletins, balanços gerais e seus anexos e outros documentos de apuração contábil;

12 - Determinar a realização do levantamento dos valores na Tesouraria, obrigatoriamente no último dia útil de cada mês e exercício financeiro, efetuando sua tomada de contas sempre que for necessário;

13 - Fazer elaborar e aprovar o calendário e o esquema de pagamentos a fornecedores e prestadores de serviços;

14 - Autorizar pagamentos de acordo com as portarias baixadas pelo Presidente;

15 - Pronunciar-se a respeito da abertura de créditos adicionais de suplementação de verbas apreciando as repercussões na programação financeira da Fundação;

PREFEITURA DE NITERÓI
Gabinete do Prefeito

PUBLICADO

Em 06 de fevereiro de 19

- 16 - Articular-se com os Vice-Presidentes visando a implementação de procedimentos concernentes à racionalização das despesas;
- 17 - Supervisionar as atividades relativas a aquisição, guarda e controle de material, equipamentos e medicamentos;
- 18 - Homologar o resultado das licitações e autorizar as respectivas despesas, encaminhando-as ao Presidente para sua ratificação;
- 19 - Supervisionar as atividades de recebimento, distribuição, controle do andamento e arquivo de papéis, documentos e processos que tramitam na Fundação;
- 20 - Supervisionar as atividades de tombamento, registros, inventário, proteção e conservação de bens imóveis da Fundação e seus respectivos seguros;
- 21 - Supervisionar a execução dos processos relativos à aquisição ou à alienação de bens patrimoniais, bem como os que digam respeito à distribuição do material inservível ou em desuso;
- 22 - Expedir atos normativos para a integração do sistema de administração com os órgãos de apoio administrativo;
- 23 - Desempenhar outras atribuições afins.

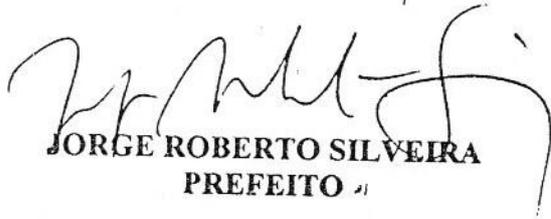
CAPÍTULO VIII

Art. 8º - Os cargos em comissão da Fundação Municipal de Saúde são os constantes do Anexo I deste Decreto e resultam da estrutura administrativa anterior e da transformação dos cargos relacionados no Anexo II.

Art. 9º - O presente Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, produzindo efeitos financeiros a contar de 1º de fevereiro de 1999.

1999

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI, EM 05 DE FEVEREIRO DE


JORGE ROBERTO SILVEIRA
PREFEITO

AGNALDO LUIZ LESSA ZAGNE



PREFEITURA DE NITERÓI

Gabinete do Prefeito

PUBLICADO

Em, ____ de ____ de 19__

ANEXO I - AO DECRETO Nº 8019/99

ESTRUTURA PROPOSTA

CARGOS	SÍMBOLO	QUANTIDADE
Presidência	FMS-1	01
Vice-Presidência	FMS-2	02
Superintendente	FMS-3	03
Assessor Especial	FMS-4	01
Assessor Chefe	FMS-4	03
Coordenador	FMS-4	05
Chefe de Departamento,	FMS-4	12
Assessor Administrativo	FMS-5	03
Chefe de Divisão	FMS-5	35
Chefe de Centro	FMS-5	02
Chefe de Serviço	FMS-6	36
Assessor Administrativo	FMS-6	02
Assessor N2	FMS-7	01
Chefe de Seção	FMS-7	32
Assessor N3	FMS-8	01




PREFEITURA DE NITERÓI
Gabinete do Prefeito

ANEXO II AO DECRETO Nº 8019/99

CARGOS A TRANSFORMAR

01 CARGO DE VICE-PRESIDENTE, SÍMBOLO FMS-2, DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE.

01 CARGO DE SUPERINTENDENTE, SÍMBOLO FMS-3, DA SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE EMERGÊNCIA, NA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE.

01 CARGO DE SUPERINTENDENTE, SÍMBOLO FMS-3, DA SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO AMBULATORIAL E COLETIVA, DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE.

01 CARGO DE ASSESSOR JURÍDICO, SÍMBOLO FMS-4, DA PRESIDÊNCIA, DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE.

01 CARGO DE CHEFE, SÍMBOLO FMS-4, DO DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR, DA VICE-PRESIDÊNCIA, DA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE.

REMANESCENTES DA ESTRUTURA APROVADA PELO DECRETO Nº 7183/95

01 CARGO DE CHEFE, SÍMBOLO FMS-5, DA DIVISÃO DE INDICADORES, DA SUPERINTENDÊNCIA DE ANÁLISE E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE.

01 CARGO DE CHEFE, SÍMBOLO FMS-5, DA DIVISÃO DE PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE, DA SUPERINTENDÊNCIA DE ANÁLISE E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE.

01 CARGO DE CHEFE, SÍMBOLO FMS-5, DA DIVISÃO DE INVESTIGAÇÃO E PESQUISA, DA SUPERINTENDÊNCIA DE ANÁLISE E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE.

01 CARGO DE CHEFE, SÍMBOLO FMS-4, DO DEPARTAMENTO DE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA, DA SUPERINTENDÊNCIA DE ANÁLISE E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE.

(TODOS NA FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE)

CARGOS RESULTANTES DAS TRANSFORMAÇÕES

01 CARGO DE VICE-PRESIDENTE, SÍMBOLO FMS-2, NA VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE EMERGÊNCIA.

01 CARGO DE VICE-PRESIDENTE, SÍMBOLO FMS-2, NA VICE-PRESIDÊNCIA DE ATENÇÃO COLETIVA, AMBULATORIAL E DE FAMÍLIA.

01 CARGO DE SUPERINTENDENTE, SÍMBOLO FMS-3, NA SUPERINTENDÊNCIA DE AÇÕES JURÍDICAS.

01 CARGO DE CHEFE, SÍMBOLO FMS-4, DO DEPARTAMENTO DE DIREITOS ADMINISTRATIVOS, NA SUPERINTENDÊNCIA DE AÇÕES JURÍDICAS.

01 CARGO DE CHEFE, SÍMBOLO FMS-4, DO DEPARTAMENTO DE DIREITOS PESSOAIS E TRABALHISTAS, NA SUPERINTENDÊNCIA DE AÇÕES JURÍDICAS.

**PREFEITURA DE NITERÓI****Gabinete do Prefeito**

01 CARGO DE CHEFE, SÍMBOLO FMS-4, DO DEPARTAMENTO JUDICIAL E DE
CONTENCIOSO, NA SUPERINTENDÊNCIA DE AÇÕES JURÍDICAS.

02 CARGOS DE ASSESSOR ADMINISTRATIVO, SÍMBOLO FMS-6, NA
SUPERINTENDÊNCIA DE AÇÕES JURÍDICAS.