

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

Amanda de Andrade Mendonça

ANÁLISE DO CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
reflexões em torno da formação profissional e o saber comunitário

Rio de Janeiro

2013

Amanda de Andrade Mendonça

ANÁLISE DO CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
reflexões em torno da formação profissional e o saber comunitário

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação na obtenção do título de Mestre no Mestrado Profissionalizante em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Márcia Raposo Lopes

Rio de Janeiro

2013

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Mestrado Profissionalizante em Educação Profissional em Saúde

M539a Mendonça, Amanda de Andrade
Análise do curso técnico de agente comunitário de saúde: reflexões em torno da formação profissional e o saber comunitário/ Amanda de Andrade Mendonça. - Rio de Janeiro, 2013.
101 f.

Orientador: Márcia Raposo Lopes

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Processo de Trabalho em Saúde. 3. Educação Profissional em Saúde. 4. Politecnicia. I. Lopes, Márcia Raposo. II. Título.

CDD 362.10981

Amanda de Andrade Mendonça

ANÁLISE DO CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:
reflexões em torno da formação profissional e o saber comunitário

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação na obtenção do título de Mestre no Mestrado Profissionalizante em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 14/08/2013

BANCA EXAMINADORA

(Dra. Márcia Raposo Lopes – FIOCRUZ / EPSJV)

(Dra. Vera Joana Bornstein – FIOCRUZ / EPSJV)

(Dra. Sônia Mendes – UERJ)

Dedico a

Todos que contribuíram de forma direta ou indireta em minha trajetória acadêmica desde a graduação, passando pela Especialização em Saúde Pública até a inserção do Mestrado Profissionalizante em Educação Profissional em Saúde. Com destaque para a oportunidade de inserção profissional na área da saúde como Agente Comunitário de Saúde que contribuiu em meu interesse pelas questões na área da Saúde pública, em particular na formação dos profissionais de saúde. Além ter oportunizado um conhecimento do local onde residia a mais de 15 anos, dentre esses conhecimentos, destaca-se o conhecimento do território, projetos e instituições da comunidade, o saber comunitário com ênfase na educação popular e valorização da história da comunidade.

Dedico também aos educadores, comprometidos com uma formação de qualidade, de cunho ético-político, que ao longo de minha formação, foram de grande importância na construção e desconstrução de valores, viés políticos e culturais. Também contribuíram para a construção do olhar crítico diante da realidade que se desvela todo o momento em sociedade, além de oportunizar as inquietações que me levaram a buscar cada vez mais a fundo as discussões em torno do trabalho, educação em saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter oportunizado e me auxiliado nas horas mais difíceis em minha trajetória pessoal, profissional e acadêmica, visto os inúmeros obstáculos em torno de evolução e conquista em quaisquer dessas áreas. Mesmo com todo meu esforço e dedicação, sem o auxílio e misericórdia dele, eu não teria caminhado até aqui.

Agradeço aos meus familiares pelo incentivo e orgulho, em especial aos meus pais, Delma e Armando, meu filho Marcus Vinícius e meu irmão Felipe, que sempre me acompanharam ao longo de minha trajetória de vida e estiveram presentes em todos os acontecimentos importantes de minha existência, pelo apoio nos momentos difíceis e compreensão nos momentos de ausência em encontros familiares.

Agradeço aos meus amigos pelo incentivo e auxílio em diversas questões a nível profissional e acadêmico, na área da educação e saúde, em especial para Grasielle Nespoli, Roberta Gadelha, Vera Joana, Danilo Furtado, Ana Paula Chuengue, Cristina Belo, Bruna Bonardi, M^a da Conceição Rodrigues, Terezinha Lanzelloti e Jeane Lima que de alguma forma, direta ou indireta, me apoiaram e contribuíram para a decisão de inserção e conclusão do curso de mestrado profissionalizante.

Agradeço aos colegas de turma do mestrado pelo apoio, discussões, tocas infinitas sobre questões que permeiam o trabalho, educação e saúde, em especial para amigas e companheiras do mestrado dos momentos bons, ruins, complexos e pelos muitos risos do mestrado Juliana Reis, Fátima Rezende, Fátima Virgínia, Ísis Ferraz, Elizabeth Campos e Ana Maria Damasceno.

Agradeço a todos os professores/ educadores do curso de mestrado profissionalizante em educação profissional em saúde, em especial minha orientadora Márcia Lopes, pela paciência e compreensão nos momentos difíceis, por terem contribuído de forma direta e efetiva no entendimento e aprofundamento dos referenciais teóricos e epistemológicos do campo da educação.

O SENHOR é a minha luz e a minha
salvação; a quem temerei?
O SENHOR é a força da minha vida; de
quem me recearei?
Salmos 27:1

RESUMO

A pesquisa apresentada desenhou-se a partir de minha inquietação quanto ao formato de qualificação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo este simplificado e aligeirado, restrito até o período em que eu atuava como ACS, a formações fragmentadas oferecidas na própria unidade de saúde ou em locais no entorno da comunidade onde atuava. Esta tem como objetivo analisar de que forma o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) oferecido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ) pode contribuir para a formação e o trabalho do ACS. E procura entender ainda, se a proposta de formação tem proximidade com o cotidiano da prática do ACS e em que sentido articula o conteúdo desenvolvido ao saber comunitário e popular. A pesquisa foi desenvolvida a partir um resgate bibliográfico utilizando as bases de dados de Saúde Pública, SCIELO e LILACS, além de artigos científicos que abordavam o processo de formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Concomitantemente, foi realizada uma análise documental (fontes do Ministério da Saúde, Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, além de leis, decretos e portarias da Saúde, Educação para a formação profissional), foram analisados documentos de avaliação do CTACS da EPSJV com intuito de contribuir para análise e reflexão a cerca dos objetivos do curso e sua contribuição para a formação crítica do ACS. Considerando a análise dos documentos do curso foi possível perceber que a proposta curricular do CTACS da EPSJV busca contribuir para a formação profissional desses trabalhadores, por meio da realização de uma experiência de formação técnica completa, realizada a partir dos princípios da politecnicia e tomando o trabalho como princípio educativo. Entretanto, ainda se tem muitos desafios após esta formação crítica, pois a maioria dos ACS relatam a falta de reconhecimento enquanto categoria profissional por parte da equipe a qual estão inseridos, o que os impossibilita de colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo do curso.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Processo de Trabalho em Saúde. Educação Profissional em Saúde. Politecnicia.

ABSTRACT

The research presented was drawn from my concern about the format of qualification of Community Health Agents (ACS), which is simplified and streamlined , restricted to the period I served as ACS , the training offered at the very fragmented drive health or the environment of the local community where he worked. This aims to analyze how the Technical Course Community Health Agent (CTACS) offered by the Polytechnic School of Health Joaquim Venancio (EPSJV / FIOCRUZ) may contribute to the formation and work of the ACS . And still trying to understand if the proposed training has proximity to the everyday practice of the ACS and in what sense articulates content developed and popular community know . The survey was developed from a rescue literature using the databases of Public Health , SciELO and LILACS , and scientific articles that addressed the process of training of Community Health Agents Concurrently , we conducted an analysis of documents (Ministry sources health , Polytechnic School of health Joaquim Venancio / Fiocruz , in addition to laws , decrees and orders of the health , Education training) , were analyzed to assess the documents CTACS EPSJV aiming to contribute to the analysis and reflection about the goals of course and their critical contribution to the formation of the ACS . Considering the analysis of the documents of the course was possible to notice that the proposed curriculum CTACS EPSJV seeks to contribute to the training of these workers , by conducting a complete technical training experience , made from the principles of polytechnic and taking work as an educational principle . Nevertheless, it still has many challenges after this critical training , since most ACS report a lack of recognition as an occupational category by the team to which they belong , what makes it impossible to put into practice the knowledge acquired during the course.

Keywords: Community Health Workers. Professional Education.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento

BVS-EPS - Biblioteca Virtual sobre Educação Profissional em Saúde

CEFOR - Centro de Formação de Recursos Humanos

CSEGSF - Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

CONACS - Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

CTACS - Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde

DEGERTS - Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde

DEGES - Departamento de gestão e Educação na Saúde

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ESF – Estratégia Saúde da Família

ETSUS - Escolas Técnicas do SUS

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

LABORAT - Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MPT - Ministério Público do Trabalho

MS - Ministério da Saúde

NOB/RH-SUS - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento

PL – Projetos de Lei

PNACS - Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde

PROFAE - Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem

PSF – Programa Saúde da Família

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

Introdução	13
I – Breve contexto da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família	20
1.1 – As ambivalências em torno da Política de Atenção Básica no Brasil.....	24
II – O Processo de trabalho em Saúde e a perspectiva em torno do Agente Comunitário de Saúde	30
2.1 – As Tecnologias em Saúde e a Importância do Trabalho Vivo.....	33
2.2 – Considerações sobre o Processo de Trabalho no PSF.....	36
2.3 - Educação e saúde na prática do Agente Comunitário de Saúde.....	40
III – A luta pela formação profissional: limites e possibilidades na formação de sujeitos críticos	46
3.1 - Os sentidos do trabalho e a influência na formação dos Agentes Comunitários de Saúde.....	54
IV - As Reformas Educacionais, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) no Contexto Brasileiro e seus Reflexos na Educação Profissional em Saúde	59
4.1 - Noção de Competências: questões em torno da disputa de projetos societários.....	62
V – O Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) da Escola Politécnica de Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ)	67
5.1 - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).....	68
5.2 - Breve Histórico do CTACS da EPSJV.....	70
5.3 - Análise dos Documentos de avaliação do CTACS: Eixos Investigação e Planejamento em Saúde; Educação e Saúde.....	74
Considerações Finais	84
Referências Bibliográficas	88
Anexo I – Modelo de questionário de avaliação Eixo Investigação e Planejamento	97
Anexo II – Modelo de planejamento de aula do Eixo Educação e Saúde	99
Anexo III – Modelo de questionário de avaliação do Eixo Educação e Saúde	101

Introdução

A partir de minha inserção em uma das Unidades de Saúde no Complexo da Maré¹ como Agente Comunitário de Saúde (ACS) entre os anos de 2001 e de 2005 – período de introdução do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no local – iniciei um processo de reflexão a cerca deste trabalhador que desconhecia completamente antes de atuar na área da saúde.

Preocupada em atender a população de forma comprometida com a consolidação do direito à saúde, iniciei uma busca para compreender o processo de trabalho dos agentes. Primeiramente, conversando com alguns profissionais da Unidade de Saúde (enfermeiro do PACS, outros agentes comunitários). Busquei também leituras (documentos do Ministério da Saúde) sobre este novo trabalhador na área da saúde. Tínhamos algumas capacitações sobre o novo perfil de atendimento salientado pelo PACS, porém de forma aligeirada, fragmentada e desarticulada com a realidade social da população que atendíamos.

O cotidiano de trabalho em saúde era conflituoso, na medida em que os profissionais da unidade de saúde pareciam desconhecer os princípios da Política de Saúde priorizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e atuavam de forma alienada e desarticulada. Isto se refletia diretamente sobre o processo de trabalho dos ACS que além de não estarem preparados para atuar frente às questões sociais com que se deparavam ao realizarem as visitas domiciliares, também não eram valorizados pelos profissionais das unidades de saúde quando traziam as questões problemáticas da demanda reprimida.

Evidentemente, estas questões os prejudicavam no longo processo da construção de uma relação de confiança e criação de vínculo com a comunidade. Diante disso, os ACS se sentiam desvalorizados e não compreendiam em que sentido seriam profissionais estratégicos e fundamentais na atenção básica, como salientavam alguns documentos e instrumentos de trabalho do Ministério da Saúde², que tinham acesso durante algumas das formações que recebiam em forma de treinamento.

¹ Complexo composto por 16 comunidades. Sendo estas comunidades distintas entre si que reúnem uma população de 132.176 pessoas, abrigadas em 38.273 domicílios, o que representa 2, 26% da população do Município do Rio de Janeiro – dados do Censo Maré 2000 - Centro de estudos e Ações Solidárias da Maré (CEASM) e do Censo IBGE 2000.

² Livro do ACS (2000) e o Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde (2003).

Ao final de 2005, quando me afastei da área da saúde, os ACS estavam começando a se inserir na I etapa do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde³, sendo que grande parte destes profissionais estavam receosos quanto ao curso, tanto pela falta de informações sobre o objetivo do curso, quanto pelo ‘medo’ de perder o emprego devido a pouca escolaridade.

Segundo alguns ACS que atuavam comigo na Unidade de Saúde Gustavo Capanema, o curso parecia algo imposto e uma forma de identificar quem estava apto ou não para o trabalho, e o critério estabelecido era o nível de escolaridade. Na visão destes mesmos ACS, a perspectiva de formação não era positiva e o curso não era entendido como um salto importante para a qualificação do profissional, nem como um caminho para valorizar sua inserção como trabalhador técnico na área da saúde.

De acordo com os estudos de Morosini (2010), a denominação Agente Comunitário de Saúde criou a idéia de que estaria surgindo um novo profissional da área da saúde, quando o que ocorre é uma formulação de competências para atuar na interação social serviço/ comunidade, não inserindo este trabalhador como uma categoria profissional da área da saúde. Este, sendo visto como um trabalhador genérico cujo requisito de inserção, inicialmente salientado, se nos atentarmos para o período de criação em nível nacional do PACS em 1991, estava restrito ao domínio da leitura e escrita, espírito de liderança e solidariedade, além de ter idade mínima de 18 anos e disponibilidade de trabalho em tempo integral.

Esses critérios denotam uma visão hegemônica do trabalho do ACS como um trabalho simples que não exige deste trabalhador mais conhecimentos do que aqueles estritamente necessários para realizar operações simples e com isso, proporcionar uma adaptação psicofísica e essa nova forma de dividir o trabalho, que vou explicitar mais adiante.

³ Tomando como base a definição da política de educação profissional para o setor Saúde, a importância do Agente Comunitário no contexto de mudanças das práticas de saúde, seu papel social junto às comunidades e seu perfil de escolaridade constituem uma base sólida em que se sustentam a necessidade e a pertinência de uma formação profissional em nível técnico. Diante disso, segundo o documento o referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, o curso visa preparar profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades.

Esta questão do trabalho do ACS visto como simples sempre foi um dos motivos de angústia no decorrer da prática profissional. No cotidiano de trabalho este tipo de avaliação de que o trabalho deste profissional não necessitava de pré-requisitos no que diz respeito à escolaridade e muito menos uma formação profissional, aparecia como contraditória em relação aos atributos ético-políticos exigidos para o desenvolvimento de seu trabalho (Morosini, 2010) e produzia inúmeros conflitos entre os ACS e a equipe multiprofissional tanto pela restrição da formação como a constante desvalorização do saber popular em detrimento ao saber científico.

A partir de minha inquietação quanto ao formato de qualificação do ACS, sendo este simplificado e aligeirado, restrito até o período em que eu atuava como ACS, a formações fragmentadas oferecidas na própria unidade de saúde ou em locais próximos como associação de moradores, igrejas católicas, etc, desenhou-se este projeto que objetiva analisar de que forma o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) oferecido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ) pode contribuir para a formação e o trabalho do ACS.

E ainda se a proposta de formação tem proximidade com o cotidiano da prática do ACS e em que sentido articula o conteúdo desenvolvido ao saber comunitário e popular, a partir da concepção de educação profissional em saúde promovida pela EPSJV, que entende o trabalho como princípio educativo e a formação como um processo contínuo em que pesquisa e ensino se articulam em objetos de trabalho e investigação permanente.

Vale ressaltar que o Projeto Político Pedagógico desta escola tem como base à noção de politecnia, que pode ser entendida como:

“criar condições pedagógicas para que os conhecimentos historicamente instituídos pela sociedade sejam disponibilizados aos trabalhadores, constituindo um acervo acessível, sem que se abra mão da sua complexidade, articulando assim, as dimensões técnicas e ético-políticas dos saberes que, associados, concorrem para que o sujeito trabalhador possa constituir-se como um intelectual” (EPSJV, 2005, pág. 64).

Diante deste contexto, o projeto de formação politécnica envolve a compreensão do trabalho como uma produção social que tem dimensões individuais e coletivas,

condicionadas historicamente pelo processo de organização e socialização da existência humana no marco do capitalismo.

Tomando como base às mudanças oriundas de um movimento de caráter global com incidências políticas, sociais e econômicas para os países, advindos do acelerado processo de reestruturação produtiva, das novas exigências do mercado, dos avanços científicos e tecnológicos que vem reconfigurando o mundo do trabalho, a temática da formação profissional está inserida no conjunto destas mudanças a partir das transformações tecnológicas e organizacionais que atingem o mundo do trabalho. Este processo ocorre desde os anos de 1970 do século XX, Porém ficam mais evidentes no decorrer dos anos de 1980 e tomam grande proporção nos anos de 1990.

Conforme apresenta o Projeto Político Pedagógico da EPSJV, “a Formação Profissional é uma expressão recente, criada para designar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, portanto à relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho... na ótica dos trabalhadores, a formação profissional assume um caráter associado às idéias de autonomia e de auto-valorização” (EPSJV, 2005, pág. 60).

O interesse em analisar o Curso Técnico de Agente Comunitário em Saúde da EPSJV se dá pelo fato da escola oportunizar a construção de outras mediações que articulem não com os interesses do capital, mas com os dos trabalhadores no processo de sua qualificação, no qual se resgata o homem em sua tripla dimensão – individualidade, natureza e ser social – e o saber científico-tecnológico produzido historicamente por este mesmo homem. Criando um horizonte que propicie aos alunos o domínio dos fundamentos científicos das diversas técnicas e não um mero adestramento em técnicas produtivas. Neste sentido, esta formação favoreceria uma inserção diferenciada e crítica do ACS em seu trabalho.

Com base nesse contexto, no primeiro capítulo é apresentado um breve contexto da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família. No decorrer das experiências passou-se a entender o PACS como uma estratégia transitória para o PSF e, este último como importante indutor de mudanças no modelo assistencial. Cabe ainda uma discussão em torno das ambivalências em torno da Política de Atenção Básica no Brasil. Em que se evidencia de um lado, a possibilidade de verter a política de atenção básica na direção de uma política seletiva e focalizada, representada por

uma cesta mínima de ações e serviços voltados para uma população específica; e de outro lado, pela perspectiva de uma política de atenção básica compreendida como parte de um plano maior e mais abrangente que articule os demais níveis de atenção.

No segundo capítulo é oportuno apresentar o processo de trabalho em saúde e a perspectiva em torno do Agente Comunitário de Saúde. O capítulo traz a discussão do processo de trabalho em saúde e sua interfase com as tecnologias em saúde. Além de discutir as especificidades do processo de trabalho no PSF e ao final destaca o papel do ACS como estratégico para o trabalho de educação em Saúde.

No terceiro capítulo torna-se pertinente apresentar o contexto de luta pela formação profissional e os limites e possibilidades na formação de sujeitos críticos. Visto o processo de formação do ACS, anterior ao Referencial Curricular do Agente Comunitário de Saúde que possibilita uma elevação da escolaridade, concomitantemente, uma formação mais ampliada, a qualificação anterior se caracterizava, em parte, por treinamento de poucas horas que não lhes conferem autonomia e compreensão ampla do processo de trabalho. Ao final da discussão em pauta, é abordada a relação entre os sentidos do trabalho do ACS e sua formação, por ressaltar a questão do agente ser um integrante da comunidade e, ao mesmo tempo, faz parte da equipe de saúde tencionando os conflitos no cotidiano de trabalho junto à equipe de saúde e como esse contexto reflete no cenário de disputas políticas para sua formação.

No quarto capítulo é pertinente agregar a discussão em torno das reformas educacionais e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) no Contexto Brasileiro e seus reflexos na Educação Profissional em Saúde, destacando que as políticas desta área se desenvolveram sob referência da integração da formação dos trabalhadores com a realidade dos serviços. O texto apresenta também o cenário onde a LDB impôs reformas à educação profissional, sendo a principal delas a separação estrutural entre ensino médio e o técnico. Com a modificação da estrutura do ensino técnico, houve avanço no processo de reforma curricular, tendo a noção das competências como referencial. Em contrapartida, é oportuno trazer a apresentação da matriz crítico-emancipatória das competências ainda está em construção e agrega em seus fundamentos teóricos o pensamento crítico-dialético com a pretensão de resignificar a noção de competências, atribuindo-lhe um sentido que atenda aos interesses dos trabalhadores.

No quinto capítulo torna-se fundamental apresentar o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) e analisar alguns documentos de avaliação do curso como questionários de avaliação direcionados aos alunos ao final de cada eixo temático abordado ao longo curso, como também os planejamentos das aulas e avaliações gerais por parte das coordenações do curso dos eixos Investigação e Planejamento em Saúde e Educação e saúde, visto que são eixos que atravessam todo o curso técnico. Portanto tornam-se essenciais no processo de investigação para se alcançar os objetivos propostos pela pesquisa.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar de que forma o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) oferecido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) pode contribuir para a formação e o trabalho do ACS. Com intuito de chegar ao caminho da análise geral tem como objetivos específicos:

- Analisar em que sentido o Curso Técnico de Agente Comunitário está alinhado ao conceito de politecnia;
- Analisar que proximidade as temáticas trabalhadas no curso tem com a prática profissional;
- Analisar em que sentido o conteúdo do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde da EPSJV está relacionado com a valorização do saber comunitário e popular.

O presente trabalho teve como metodologia de pesquisa, a princípio fazer um resgate bibliográfico utilizando as bases de dados de Saúde Pública, SCIELO e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), além de artigos científicos que abordavam o processo de formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Concomitantemente, será realizada uma análise documental (fontes do Ministério da Saúde, Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio/ Fiocruz, além de leis, decretos e portarias da Saúde, Educação para a formação profissional) de forma a contribuir para a análise do curso de qualificação deste trabalhador de saúde, considerando a totalidade histórica e contraditória da formação social brasileira e tendo como pano de fundo as transformações evidenciadas no capitalismo contemporâneo.

Em um segundo momento, a partir do resgate histórico conceitual, buscou-se analisar os documentos que referenciam e direcionam a proposta do Curso de Agente Comunitário de Saúde da EPSJV e verificar em que sentido o curso está alinhado ao conceito de politecnia, que proximidade as temáticas trabalhadas no curso tem com a prática profissional, como também em que sentido o conteúdo do curso está relacionado com a valorização do saber comunitário e popular.

Cabe destacar que os eixos analisados foram **Educação e Saúde e Investigação e Planejamento em Saúde** considerando que a partir dos objetivos da pesquisa, estes eixos são essenciais para análise em torno da formação profissional em saúde e sua articulação com a prática profissional do ACS, visto que os eixos destacados atravessam todo o curso técnico. Com base nos eixos destacados foram utilizados para análise os seguintes documentos: Síntese construída pelas coordenações do CTACS – 1ª avaliação/2009; Planejamento de aulas das etapas I, II e III/2009, 2010; Avaliação final da I etapa - questionários respondidos pelos alunos/ 2009; Avaliação da III etapa – questionários respondidos pelos alunos/ 2011 e Avaliação final CTACS – questionários respondidos pelos alunos/2011.

A partir da leitura de documentos de avaliação como questionários preenchidos pelos ACS ao término de cada etapa formativa, avaliação geral por parte da coordenação do curso e ainda os planejamentos das aulas, procurou-se uma reflexão a cerca da percepção dos agentes quanto a mudanças em seu processo de trabalho, na relação desse profissional com a equipe de saúde, tendo em vista a valorização do saber técnico. Também se procurou analisar se houve uma mudança no relacionamento do profissional com a comunidade.

I – Breve contexto da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família

A criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, possibilitou que o número de unidades básicas de saúde fosse ampliado nas comunidades em até 20.000 habitantes. Com a expansão em nível nacional e ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutados nas próprias comunidades beneficiadas por esses serviços, o PIASS oportunizou a multiplicação de experiências de práticas de saúde com trabalhadores que se assemelhavam aos ACS. Outras instituições desvinculadas do Estado, como Pastoral da Criança, a Pastoral da Saúde, o Movimento Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, entre outros, também estimularam o desenvolvimento de projetos que contribuíram para a difusão do exercício desta prática nesse Brasil (CORBO & MOROSINI, 2005).

Iniciativas como Montes Claros, em Minas Gerais, Vale da Ribeira, em São Paulo, e outros estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará, foram de extrema importância para a formulação do PACS pelo Ministério da Saúde em 1991. A implantação do PACS começou pelos estados da região Nordeste, precisamente na Paraíba priorizando ações de informação e educação em saúde voltada para a área materno-infantil (Vianna, 1998).

Cabe ressaltar que a primeira experiência, em ampla escala de utilização do trabalho do ACS, ocorreu no Ceará no período entre 1987 e 1990. O Programa de Agentes Comunitários estava incluído no plano de governo do estado do Ceará apresentado em Março de 1987. Neste período, as equipes dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde acreditavam na importância do papel dos agentes comunitários, por terem participado de experiências com agentes em outras regiões (CORBO & MOROSINI, 2005).

Esta experiência se desenvolveu em um período de grande seca em amplas áreas do Estado. Diante desta contingência, percebeu-se a possibilidade de, em curto prazo, envolver em atividades de promoção da saúde, vários moradores destas áreas, os quais seriam remunerados com fundos especiais de emergência de origem federal destinados à região Nordeste. Entre setembro de 1987 e agosto de 1988, 6.113 pessoas foram contratadas (95% mulheres) em 118 municípios do sertão. “Após um treinamento simplificado de 15 dias, essas pessoas que residiam na região trabalharam em um período de 6 a 12 meses, promovendo alguns cuidados de saúde como aleitamento materno, terapia de reidratação

oral e vacinação” (SILVA & DAMALSO, 2002 apud CORBO & MOROSINI, 2005, pág. 167).

Os resultados dessa experiência e as recomendações a respeito das dificuldades e desafios apontados no relatório elaborado por Minayo, D’elia e Svitone (1990) com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) foram de grande contribuição para a implantação do PACS em 1991. Através deste programa, o Ministério da Saúde não somente institucionalizou as experiências que já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em várias regiões do país, como também garantiu a legitimidade à função dos ACS.

Na concepção original desse programa, o agente comunitário de saúde deve ser morador da comunidade onde trabalha, ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever e ter disponibilidade para atuar oito horas diárias. O PACS possui um sistema de informações em saúde específico (SIAB) com os registros de atividades cotidianas dos agentes concomitantemente alguns dados de morbidade e mortalidade. Quanto à distribuição de ACS por família, este profissional fica responsável por um contingente de 100 a 250 famílias de sua área de atuação, atendendo ao número máximo de 750 pessoas. A avaliação quanto à atuação do ACS fica a cargo do enfermeiro que tem a responsabilidade de ter sob sua supervisão o número máximo de 30 ACS.

Diante do contexto de êxito e necessidades de incorporar novos profissionais para que o programa não funcionasse de forma isolada, passou-se a entender o PACS como uma estratégia transitória para o PSF. Neste programa, a equipe de saúde é responsável por uma área geográfica definida, com 600 a 1.000 famílias, equivalendo em média a 3.450 moradores. Tendo uma equipe mínima composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários. Ficava a cargo do gestor municipal ampliar a equipe, incorporando profissionais de saúde bucal, sendo estes dentista, auxiliar a consultório dentário e técnico de higiene dental - dentre outros profissionais que julgar ser pertinente para a melhoria da atenção básica do município (CORBO & MOROSINI, 2005).

O PSF é considerado um importante indutor de mudanças no modelo assistencial. Segundo o Ministério da Saúde, este programa pauta-se:

“Na reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando as equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas” (BRASIL, 1998, pág.1).

Com base nos princípios do SUS e nas concepções da Atenção Primária à Saúde, o PSF incorpora o princípio da integralidade a partir do comprometimento com a organização dos serviços, ações e práticas de saúde, de forma a garantir a população um atendimento mais abrangente de acordo com suas necessidades. Essa atitude frente ao atendimento mais amplo se destaca no parágrafo abaixo:

“Diante do contexto de compreensão ampliada do sofrimento e dos problemas de saúde que se apresentam aos serviços, assim como é preciso acionar um conjunto de práticas e saberes que devem ser articulados para dar conta desta questão. Na mesma medida, este compromisso implica também estreitar a relação entre a atenção básica e os demais níveis de atenção à saúde, que precisam atuar de forma complementar e contínua, assim como contínuos e integrados devem ser os componentes preventivo e curativo das práticas desenvolvidas nos diversos momentos e contextos em que se objetiva a atenção à saúde” (CORBO & MOROSINI, 2005, pág.169).

O princípio da universalidade está ligado diretamente à acessibilidade, que tem estreita relação com o contexto da atenção básica no Brasil que tem como desafio se constituir como porta de entrada do sistema de saúde. Como princípio primeiro do SUS, sendo um diferencial que, segundo a Constituição Brasileira afirma que:

“A saúde é direitos de todos e dever do Estado, garantido diante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços pra sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, pág.6).

Ao considerar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde por uma considerável parte da população, a saúde da família reitera na atenção básica a tentativa de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, com isso constitui um conjunto de ações e

práticas que tem como objetivo incorporar parcelas da população historicamente apartadas dos serviços de saúde.

Diante do contexto acima, a atenção básica incorpora o princípio da equidade, acrescentando um aspecto diferencial na pauta da igualdade na atenção básica, que afirma:

“O reconhecimento da condição de igualdade entre as pessoas em relação aos direitos, mas também o reconhecimento das condições que as diferenciam em relação às possibilidades concretas de gerar a própria existência e de vive-la. Essas condições implicam possibilidades diferenciadas de acesso a ações e serviços de saúde e aporte desigual de recursos e equipamentos públicos” (CORBO & MOROSINI, 2005, pág.170).

A humanização do atendimento trata-se do âmbito das relações humanas, do acolhimento do outro, do respeito à alteridade expressa em um sujeito doente, considerando suas particularidades, emergidas em um processo coletivo de vida adoecimento e busca de soluções e explicações para esse adoecimento. E especificamente, no caso da saúde da família, diz respeito também a continuidade do atendimento e à possibilidade de estabelecimento de vínculos entre equipe de saúde e população. De acordo com Corbo & Morosini, 2005:

“É, enfim, o nicho do estabelecimento dos vínculos de ordem afetiva e técnica que permite a construção de relações de responsabilidade e reciprocidade entre a população e os serviços de saúde, desde o encontro entre os sujeitos que demandam os serviços e os sujeitos trabalhadores do SUS” (CORBO & MOROSINI, 2005, pág.176).

É preciso destacar também outra diretriz constitucionalmente instituída para a saúde, que tem o suporte na Lei n. 8.080, de setembro de 1990, que a apresenta como um princípio de organização do SUS, e Lei n. 8.142, de dezembro de 1990, que trata especificamente da participação da comunidade na gestão do SUS, junto com os dispostos em relação ao financiamento intergovernamental da área da saúde (BRASIL, 1990a, 1990b).

Diante do destaque acima legitimado pela lei, a saúde da família tem dentre seus objetivos o incentivo à organização popular que visa uma maior participação dos cidadãos nos mecanismos de participação direta ou representativa dos diversos setores públicos que

concorrem para as condições de vida das localidades atendidas como conselhos e conferências – outros meios de organização a nível local como as associações de moradores, os sindicatos etc.

1.1 – As ambivalências em torno da Política de Atenção Básica no Brasil

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizado a partir da Lei n.8.080 de 1990, tendo como princípio à universalidade do acesso, a integralidade da atenção, a equidade e a participação popular. Este sistema propõe o rompimento com o modelo biomédico e hospitalocêntrico, voltado apenas para o tratamento de doenças com uso intenso de tecnologias duras e medicamentos.

Diante disso, procura-se construir um sistema baseado na defesa da saúde como direito e como resultante das condições de vida da população. Nesta perspectiva o sistema se pauta nas ações de promoção, prevenção e tratamento nos diversos níveis de atenção e, na participação popular na gestão do sistema e do cuidado.

Atualmente, observamos que depois de mais de vinte anos de institucionalização do SUS, a real conquista e efetivação desses princípios é um grande desafio, visto que não é garantida, ainda hoje, a universalidade do acesso à atenção em saúde, dentre os outros princípios.

Na perspectiva do SUS a atenção básica foi pensada como porta de entrada ou ainda, primeiro contato do usuário com o sistema, também seria o nível de atenção onde se resolveria a maior parte dos problemas de saúde da população a partir do acompanhamento dos indivíduos e comunidade, além de articular o processo de cuidado com os demais níveis de atenção.

No que se refere à atenção básica á saúde no Brasil, o Ministério da Saúde a caracteriza como:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais

assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da responsabilização, da humanização da equidade e da participação social” (BRASIL, 2006a, pág.10).

Na década de 1990, foi inaugurado, seguindo modelos propostos por organismos internacionais, um novo modelo econômico no Brasil, cujo um dos objetivos foi obrigar o país a honrar os juros da dívida externa. Se dando em um processo de reorganização da produção, com a hegemonia capital financeiro. Esse processo teve início nos anos 1970 e constituiu um movimento estrutural em escala mundial, mas com formatos diferenciados, visto as características dos países nos quais se instalava: centrais, semiperiféricos ou periféricos (VIEIRA et al., 2011).

No Brasil, este modelo, que resultou em políticas sociais restritas, pode ser caracterizado, em linhas gerais, por abertura comercial, liberalização financeira, desregulamentação do mercado de trabalho, equilíbrio fiscal e estabilidade dos preços. Com sua implantação, encerra-se um ciclo que se caracterizou pela participação direta do poder público não só em setores considerados estratégicos para o desenvolvimento do país, como também em serviços como educação e saúde.

Cabe destacar que a atuação do Banco Mundial e de outras agências de fomento orientou-se para a flexibilização dos avanços propostos pela Reforma Sanitária e contemplados na Constituição de 1988, tendo como discurso à justificativa de que a realidade fiscal do país não sustentaria a concretização dos princípios norteadores do SUS, principalmente no que se refere à universalização do acesso ao sistema de saúde (MATTOS, 2009).

Em vários documentos, a instituição questiona a responsabilidade dos governos na melhoria da saúde da população. Com isto recomenda medidas como a seletividade do acesso e a priorização do atendimento aos pobres. Diante do contexto apresentado é importante ressaltar o pensamento de VIEIRA et al (2011):

“É no âmbito dessas políticas restritivas que se observa o crescimento da atenção primária seletiva nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento em detrimento da atenção primária mais abrangente

proposta em Alma-Ata. A atenção primária seletiva implicava um pacote limitado de serviços de baixa complexidade para a população empobrecida e configurava o que muitos denominavam de uma política pobre para os pobres” (VIEIRA et al. 2011, pág.46).

A década de 1990 foi um cenário de contra-reforma, que no campo social, teve o significado de desmontagem dos direitos assegurados pela Constituição de 1988. Concordando com Fagnani (2005):

“Os princípios que orientam o contra-reformismo neoliberal na questão social eram antagônicos ao da Carta de 1988: o Estado de Bem-Estar Social é substituído pelo ‘Estado Mínimo’; a seguridade social pelo seguro social; a universalização pela focalização; a prestação estatal direta dos serviços sociais pelo “Estado Regulador” e pela privatização; e os direitos trabalhistas, pela desregulamentação e flexibilização” (FAGNANI 2005, p.570).

As tensões existentes neste período, em relação à atenção à saúde ou no escopo do modelo de atenção, evidenciam-se pelo conflito de haver de um lado, a possibilidade de verter a política de atenção básica na direção de uma política seletiva e focalizada, representada por uma cesta mínima de ações e serviços voltados para uma população excluída da possibilidade de inserção no mercado de atenção à saúde; e de outro lado, pela perspectiva de uma política de atenção básica compreendida como parte de um plano maior e mais abrangente que articule os demais níveis de atenção que propicie a formação de um sistema integrado e contínuo de atenção à saúde.

É neste contexto que ocorre o processo de institucionalização dos agentes de saúde, com a criação em 1991, do Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que no ano seguinte, passou a se chamar Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Este programa, em alguns momentos iniciais, pode ser considerado, sobretudo a partir de 1994, quando passa a integrar o Programa Saúde da Família (PSF), um bom exemplo das propostas do Banco Mundial.

Segundo Vieira et al. (2011), foi somente a partir da Portaria nº 1.886, de dezembro de 1997, que o PACS e o PSF passaram a ser concebidos como programas prioritários no plano de ações e metas do Ministério da Saúde, constituindo-se em programas de atenção

básica seletiva. Aos poucos o PACS foi sendo incorporado ao PSF, configurando-se o modelo denominado atualmente de Estratégia de Saúde da Família.

Entretanto, a partir das contradições inerentes ao sistema capitalista, cabe destacar concordando com Corbo et al (2010), que no que se refere à atenção básica a saúde existem projetos e concepções diferenciados. Tratando-se de uma conjuntura neoliberal, em que há uma clara redução de custos e da reforma do Estado, com o apoio dos organismos internacionais, a atenção básica vem como atenção de baixo custo e é direcionada a populações empobrecidas. No entanto, o movimento de reforma sanitária e da defesa da saúde como direito dimensiona a atenção básica como um modelo de reorganização dos sistemas de saúde estruturado de forma a atender as necessidades da população, a partir de sua articulação com os outros níveis do sistema.

No ano de 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), desenvolvido como base na experiência bem-sucedida do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no Nordeste, que teve como destaque a redução da mortalidade materna e infantil. Cabe ressaltar que nos primeiros anos de implantação do PSF foi priorizada áreas com populações empobrecidas. Já em 1996, este programa passou por uma revisão e foi visto como estratégia de mudança do modelo assistencial e, posteriormente, consolidou-se com a denominação de Estratégia de Saúde da Família.

Em referência a formação profissional, foram criados os pólos de capacitação em saúde da família, como uma espécie de treinamento introdutório. Dentro deste contexto de preocupação com a preparação do profissional que irá atuar na atenção básica, foram criados e realizados cursos de residência e especialização em saúde da família como forma de incentivo e renovação curricular das profissões de nível superior. No decorrer do período de investimentos em formações específicas na atenção básica, é notável que os investimentos listados tenham priorizado os trabalhadores de nível superior, e mais notadamente, médicos e enfermeiros (CORBO et al, 2007).

Neste período o trabalho do ACS é marcado pela precarização de vínculos e pelo aligeiramento de sua formação. Critérios como saber ler e escrever denotam uma compreensão hegemônica do trabalho do ACS como trabalho simples, ou seja, não são exigidos pré-requisitos quanto à escolaridade, não estabelece pré-condições quanto à formação profissional, mas exige muito em relação à disponibilidade e aos atributos ético-

políticos para o desempenho do seu trabalho na lógica da reorganização dos serviços (MOROSINI, 2010).

Isso nos remete ao conceito de trabalho simples, salientado no início do trabalho, como uma das minhas inquietações. Sendo, portanto, o trabalho simples, aquele reduzido à indiferença de quem o realiza, já que para isso, não são exigidos mais do que conhecimentos elementares como saber ler e escrever e contar e ainda rudimentos técnico-procedimentais para o exercício das tarefas estabelecidas. Em contrapartida, o trabalho mais complexo é realizado por uma força de trabalho na qual entram custos mais altos de formação, com valor mais elevado do que a força de trabalho simples (RAMOS 2007).

Diante de minha experiência enquanto ACS da unidade de saúde Gustavo Capanema, como parte integrante da equipe multiprofissional formado por médico, enfermeiro, odontologista, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS, pude perceber e vivenciar que a divisão do trabalho na sociedade capitalista reservou aos primeiros o domínio dos conhecimentos científicos, respaldados pelo acesso ao ensino superior e, conseqüentemente, ao mundo da ciência. Na maioria das vezes, compete a estes o trabalho intelectual, como planejamento estratégico, análise das situações, a proposição e prescrição de soluções, a gestão do trabalho, dentre outros.

No que se refere aos auxiliares, por terem uma formação de nível intermediário, são direcionadas tarefas também intermediárias, que compreendem saberes procedimentais e alguns saberes teóricos instrumentais referentes aos procedimentos. E quanto aos ACS, competem às tarefas mais elementares determinadas por seus superiores. Entretanto, os ACS desenvolvem tarefas complexas como o trabalho de educação em saúde, mesmo que não sejam reconhecidas como tal, por na maioria das vezes, serem pensadas por seus superiores cabendo à categoria profissional apenas cumprir as tarefas. Concordando com Ramos (2007):

“Esta é a clássica divisão do trabalho que configura o trabalho abstrato. Por mais que as atividades de alguns trabalhadores sejam mais complexas do que outras, nenhum deles é sujeito pleno da totalidade do processo de trabalho. Este é a soma dos trabalhos ‘mais ou menos’ simples dos seus trabalhadores” (RAMOS, 2007, pág.42).

Desde a criação do PACS em 1991, até o início da política de formação dos ACS em 2003, em torno de 12 anos, a formação dos ACS, estava sob a responsabilidade exclusiva do enfermeiro-supervisor, no caso do PACS, ou tinha a participação de membros da equipe de saúde da família, no caso do PSF e constava quase que exclusivamente de pequenos treinamentos. O que demonstra a prevalência da capacitação em serviço, em condições das mais variadas, a depender da disposição, disponibilidade e preparação, principalmente dos enfermeiros para o ensino.

Concordando com Morosini (2010), em relação ao conteúdo desta formação em serviço, a orientação, com vistas nos documentos do Ministério da Saúde, de aproximá-lo dos problemas identificados no território implica um risco grande de reduzir a formação deste trabalhador à execução de tarefas ou atividades que buscam resolver, pontualmente, certos problemas. Além disso, estes conteúdos acabam variando em função dos problemas locais, o que dificulta uma definição de base comum de conhecimento e prática, que possa ser socializado entre todos os ACS.

Concordando com Corbo & Morosini (2005), diante das questões salientadas acima referentes à formação dos profissionais da Saúde da família, nota-se a reprodução do saber-poder, em relação às profissões de saúde, que condiciona a organização do processo de trabalho e a formação em saúde ao modelo médico-biológico, em que médicos mandam, enfermeiros obedecem e agentes de saúde cumprem. A saúde da família, não foge a regra, no que tange a divisão social relativa à formação e gestão do trabalho do pessoal de nível médio.

II – O Processo de trabalho em Saúde e a perspectiva em torno do Agente Comunitário de Saúde

Os homens e mulheres, durante toda a história, através dos tempos, estiveram ligados, de um modo ou de outro, a atos produtivos. Estes consistem em toda atividade humana que possa modificar alguma coisa ou produzir algo novo. Considerando como um exemplo simples, mas que pode clarificar a questão do ato produtivo, “Quando eles tiram frutos de uma árvore, ou caçam um animal, estão fazendo um ato produtivo e transformando a natureza. O fruto fora da árvore ou o animal caçado só existe, agora, pelo ato produtivo desses homens e mulheres” (FRANCO E MERHY, 2009, PÁG.: 427).

Com isso, o processo de trabalho, de uma forma mais simples, é aquele em que o trabalho é materializado e objetificado em valores de uso (BOTTOMORE, 2001). Conforme a necessidade que procura satisfazer, o trabalho produz um produto que carrega certo ‘valor de uso’, por exemplo, a caça serve para alimentar, satisfazendo essa necessidade; em outra perspectiva, se caço para trocar por uma fruta, a utilidade do trabalho será para realizar a troca de um produto que um outro trabalhador produziu.

O processo de trabalho é uma condição da existência humana, comum a qualquer modelo de sociedade humana, onde de um lado, se tem o homem com seu trabalho, o elemento ativo; do outro, se tem o elemento natural, o mundo inanimado, passivo. Mas para se compreender como os diferentes participantes humanos se relacionam entre si no processo de trabalho, torna-se essencial analisar, de forma breve, as relações sociais dentro das quais esse processo ocorre.

O modo como o trabalho é realizado e o que se faz com os seus produtos variam de acordo com as necessidades e interesses de cada sociedade e época específica. Com isso, as sociedades e formas de organização do trabalho têm história e variam com o tempo, modificando-se, assim como os homens e mulheres. A exemplo desta transformação das relações em sociedade, Franco e Merhy (2009) contribuem para a discussão em torno de alguns modelos de sociedade:

“Nas sociedades de caça e coleta, o trabalho é a propriedade de cada um, e o produto do trabalho pertence a quem o faz. Nas sociedades de senhores e escravos, o trabalho do escravo pertence ao senhor (...) nas sociedades capitalistas, o produto do trabalho do trabalhador é do

patrão ou da empresa que o emprega. Ele só recebe um salário por trabalhar e não pelos produtos que produz. A riqueza da sociedade, se medida pela quantidade de trabalho e de produtos que o trabalho produz, é desigualmente distribuída” (FRANCO e MERHY, 2009, pág.: 428).

Em sociedade, o trabalho de homens e mulheres se realiza em conjunto, por viverem em coletivo. Ao trabalharmos, todos nós, modificamos a natureza e nos modificamos. Portanto, o ato do trabalho funciona como uma escola, quando interfere e influencia em nossa forma de pensar e de agir no mundo. O trabalho, nesse caso, “é uma interação da pessoa que trabalha com o mundo natural, de tal modo que os elementos desse último são conscientemente modificados e com um propósito” (BOTTOMORE, 2001, pág. 299).

Cabe destacar que os elementos do processo de trabalho são três: o primeiro, o trabalho em si, uma atividade produtiva com um objetivo; o segundo, o (os) objeto (s) sobre os quais o trabalho é realizado; o terceiro, os meios que facilitam o processo de trabalho. Nessa perspectiva, esses elementos precisam ser examinados de forma articulada, pois somente na sua relação recíproca é possível configurar um dado processo de trabalho.

Em referência ao objeto de trabalho, é importante ressaltar que este, é delimitado pelo sujeito (homem ou mulher) no contexto do processo de trabalho. Portanto, o objeto de trabalho não é natural, não existe enquanto objeto por si só, e sim é recortado por um ‘olhar’ que contém um projeto de transformação, com uma finalidade. Diante disso, é importante enfatizar a intencionalidade do processo de trabalho, “o projeto prévio de alcançar o produto desejado que está na mente do trabalhador, ou seja, em que direção e perspectiva será realizada a transformação do objeto em produto” (Peduzzi e Schraiber, 2009, pág. 322). Os instrumentos de trabalho tampouco são naturais, mas constituídos historicamente pelos sujeitos que, com isso, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto.

Trazendo a particularidade do processo de trabalho em saúde, Mendes Gonçalves (1979, 1992, 1994) analisa a presença de instrumentos materiais e não-materiais. Sendo os primeiros, os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações e outros. E os segundos, são os saberes que articulam em determinados arranjos os sujeitos e os instrumentos de trabalho.

O conceito de ‘processo de trabalho em saúde’ se refere à dimensão microscópica do cotidiano de trabalho em saúde, ou seja, à prática dos profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde (Peduzzi e Schraiber, 2009).

Entretanto, é importante compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, sendo necessário trazer para a discussão alguns aspectos centrais do trabalho que é grande categoria de análise da qual deriva o conceito de ‘processo de trabalho em saúde’. Diante dessa análise, o trabalho:

“Constitui o processo de mediação entre o homem e a natureza , visto que o homem faz parte da natureza, mas consegue se diferenciar dela por sua ação livre e pela intencionalidade e finalidade que imprime ao trabalho. Portanto, o trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza submetendo-as ao seu controle e transformando-as em forças úteis à vida, e nesse processo de intercâmbio, simultaneamente, transformam a si próprios” (Peduzzi e Schraiber, 2009, pág. 323).

O trabalho é, portanto, uma transformação não só de objetos, mas do próprio trabalhador, e nesse sentido, um movimento dialético de exploração/ alienação e de criação e emancipação (Antunes, 1995, 1999, 2005).

O trabalho em saúde é uma atividade que tem sempre uma finalidade através de um atendimento a uma determinada necessidade. Em torno das necessidades destacam-se as buscas por melhores condições de vida, acesso a toda tecnologia de saúde, a questão relacional (vínculo entre profissional e usuário), autonomia do usuário em torno de questões referentes à sua saúde.

Segundo Cecílio (2001), podemos concluir que as atividades ligadas à promoção e prevenção, reabilitação e cura estão todas relacionadas com algumas das necessidades citadas acima. Esses conjuntos de necessidades demonstram que os problemas de saúde são sempre complexos, pois envolvem inúmeras dimensões da vida, desde questões referentes ao corpo até as de ordem social e subjetiva.

Portanto, o trabalho em saúde para ser eficaz, deve responder a esta complexidade e dar respostas, dentro das possibilidades existentes, através da intervenção nos diversos campos de saúde. Diante disto, abrem-se várias possibilidades de intervenção a partir do uso de diversas tecnologias de trabalho para a produção do cuidado.

2.1 – As Tecnologias em Saúde e o Trabalho Vivo

Geralmente, associamos a palavra tecnologia a máquinas e instrumentos modernos. Por um lado, esse raciocínio não está errado, mas, por outro lado, não está completo. Pois, toda atividade produtiva traz em si, um saber que é utilizado para executar determinadas tarefas que vão levar à criação de algo, ou seja, a realização de certos produtos (Cecílio, 2001).

Na indústria, as tecnologias estão inscritas nas máquinas e dominam o cenário produtivo, mas estão presentes também no conhecimento do trabalhador que é utilizado para produzir inúmeras coisas, tais como carros, sapatos, roupas etc. Porém, estes produtos serão consumidos por alguém que o produtor provavelmente jamais terá algum tipo de contato ou relação. Ou seja, quem produz não interage com o consumidor do seu produto.

No caso da saúde, diferente da indústria, o produtor (trabalhador) através da assistência à saúde interage com o consumidor (usuário), enquanto está produzindo os procedimentos. Isto, segundo Merhy (1997), determina uma característica fundamental do trabalho em saúde – o aspecto relacional. Ele acontece e, quase sempre depende da relação entre o trabalhador e o usuário, tanto no aspecto individual ou coletivo.

È oportuno referenciar novamente o debate em torno das tecnologias, com a tentativa de aprofundar o tema devido sua importância no trabalho em saúde. Com isso, Gonçalves (1994), foi o primeiro autor que fez as diferenciações entre as tecnologias em materiais (máquinas) e não materiais (conhecimento técnico). Esta primeira diferenciação foi importante por destaca o reconhecimento do conhecimento como tecnologia, e por trazer como discussão central à produção em saúde, os sujeitos sociais portadores de conhecimento, que são os trabalhadores, por excelência, aqueles que têm a capacidade de ofertar uma assistência de qualidade.

Cabe destacar a continuidade dos estudos na área de processo de trabalho em saúde, que descreve a produção do cuidado e as tecnologias. Sendo “tecnologias duras” as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos, programadas antes da produção; “tecnologias leve duras” referentes ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica e a “tecnologia leve” que é o modo próprio como o trabalhador a aplica, por isso pode assumir formas diferentes de acordo com o jeito e atitude própria do profissional, guiada por certa

intencionalidade, seu modo de ser, sua subjetividade. Esta última tecnologia é fundamental para a produção do cuidado, pois lida com os aspectos relacionais (MERHY, 1997).

Entretanto, o que percebemos diante de algumas observações apontadas por Merhy (1997) sobre o processo de trabalho em saúde, é que há situações em que, ao mesmo tempo, são dominadas pela “tecnologia dura” e/ou “leve-dura”. Enfim, o trabalhador, muitas vezes, valoriza mais o instrumento que à mão, do que a atitude de acolher o usuário durante o atendimento.

Diante desta situação, a relação, o diálogo e a escuta são colocados em segundo plano, dando lugar a um processo de trabalho centrado em formulários, protocolos, procedimentos, como se fossem um fim em si mesmos. O que inviabiliza a ação de reduzir o sofrimento, melhorar a qualidade de vida e criar possibilidades das pessoas terem autonomia frente às decisões dos cuidados com sua saúde.

Conforme destaque das questões em torno do processo de trabalho em saúde, discutidas nos parágrafos acima, Merhy (1997) e Franco (2003) indicam a importância do trabalho vivo que é a expressão que se dá ao trabalho no exato momento da atividade produtiva. Em contraponto, o trabalho morto se realiza em um momento anterior a atividade produtiva para ser utilizado depois, como exemplo, as máquinas, equipamento e materiais.

Ainda em referência a importância do trabalho vivo, ambos os autores destacados no parágrafo acima, sinalizam que quando o processo de trabalho é comandado pelo trabalho vivo, o trabalhador tem liberdade para ser criativo, relacionar-se com o usuário, abrir um leque de possibilidades diante dos problemas junto ao usuário através da interação entre ambos. Inserindo assim, o usuário no processo de produção de sua própria saúde, o que o torna protagonista de seu processo saúde doença.

No que se refere às transformações nas relações de trabalho, o cuidado em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo que se desenvolve com características do trabalho profissional, em que o trabalhador é formado dentro da lógica produtivista do capital e, concomitantemente com características do modelo da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho.

Diversos autores como Braverman (1981), Mills (1979), Offe (1991) e Pires (1998, 1999, 2000a, 2000b) têm apontado que o conjunto de atividades que não fazem parte da

produção industrial e que não estão no setor primário da economia, tem crescido progressivamente, desde a revolução industrial. Tais atividades constituem o chamado setor de serviços. Muitas dessas ações, há tempos atrás, eram desenvolvidas dentro da empresa. Entretanto, no decorrer das mudanças no mundo do trabalho, passaram a ser desenvolvidas por serviços especializados fora da empresa.

Com isso, cresceu o conjunto de atividades comerciais, de serviços de educação, de saúde, de segurança pública, dentre outros. Segundo estudos de Braverman (1981) no início do século XX, na aplicação dos princípios da gerência científica, baseados nas formulações de Taylor, começaram a ser conhecidos e aplicados, o que influenciou tanto o trabalho industrial como também o trabalho no setor de serviços.

Em meio a esta orientação, surgiram estudos sobre o tempo de execução das tarefas, registro de quantidade de trabalho desempenhado, rotinizações, reorganização física dos ambientes de trabalho com intuito de diminuição dos tempos gastos sem produção. “Para aumentar a produtividade expandem-se à divisão parcelar do trabalho e a mecanização da produção” (BRAVERMAN, 1981 apud RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2007, pág. 98).

Cabe destacar que a partir deste contexto a influência do trabalho parcelar passa a ser cada vez mais imprescindível, com o aumento do fluxo de trabalho, a aplicação de novos métodos de gerência, dividindo o processo de trabalho em operações mínimas e, resulta na perda da compreensão do trabalhador da totalidade de seu processo de trabalho.

No setor saúde, particularmente, essas mudanças, segundo estudos de Peduzzi e Schraiber (2009) e Antunes (2005), iniciam em meados dos anos 70 e suas repercussões para ao setor se dá na crescente incorporação tecnológica, com ênfase em tecnologias duras e leve duras, o desemprego estrutural, visto os processos de vínculo empregatício diretamente ligados à flexibilização e a precarização do trabalho, dentre outros fenômenos que ocorrem no mundo do trabalho.

Conforme estudos de Pires (1999), o ato assistencial em saúde pode ser realizado de forma autônoma, numa relação direta entre profissional de saúde e usuário/ cliente, mantendo características do trabalho profissional e da pequena produção. O trabalho em saúde possui características semelhantes ao trabalho artesanal. Em referência ao artesanato, é pertinente ressaltar que os produtores tinham controle do seu processo de trabalho, o

ritmo e o produto do trabalho; eram proprietários dos instrumentos, bem como tinham controle da produção e reprodução dos conhecimentos relativos ao seu trabalho.

A mesma autora afirma que o trabalho dos profissionais de saúde, no âmbito do trabalho coletivo, aproxima-se dessas características, uma vez que “dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir os indivíduos ou grupos populacionais com problemas de saúde ou com risco de adoecer” (Pires, 1998, pág. 159) e cooperam entre si com relativa autonomia para a realização do cuidado.

No entanto, na atualidade, face à complexidade dos problemas, dos conhecimentos acumulados no campo da saúde, este trabalho coletivo, mesmo que se direcione para o mesmo objeto, que é o ser humano portador de uma carência de saúde, desenvolve-se, predominantemente, de forma compartimentalizada. Em outras palavras, “cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias” (PIRES, 2000a apud RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2007, pág.101).

A autora ainda salienta que ao mesmo tempo, o trabalho coletivo em saúde aproxima-se da divisão técnica do trabalho quando os participantes da equipe de saúde distanciam-se do entendimento da finalidade do seu trabalho e ficam mais submetidos às decisões gerenciais. Percebe-se que quanto maior é o controle sobre o processo de trabalho pelo próprio trabalhador, mais próximo este fica do trabalho do tipo profissional e, contrariamente, quanto menor o domínio sobre o processo de trabalho maior aproximação com a divisão técnica ou parcelar do trabalho (Pires, 2000a).

2.2 – Considerações sobre o Processo de Trabalho no PSF

Para abrir possibilidades de entendimento, nos próximos parágrafos estarei explicitando, com base em alguns autores como Bertoncini (2000), Souza (2001), Soares (2000) e Franco e Merhy (2002), o processo de trabalho no Programa Saúde da Família (PSF), visto que para destacar as questões em torno da prática do ACS, é necessário antes, destacar alguns pontos fundamentais presentes no cotidiano dos cuidados em saúde no programa.

Em referência a alguns questionamentos em torno do PSF ser um programa ou uma estratégia, cabe contextualizar que o PSF foi lançado como programa em 1994, foi catalogado como estratégia na busca de diferenciar-se dos programas tradicionais produzidos anteriormente pelo Ministério da Saúde (MS). Em sua segunda versão oficial, publicada em 1997, o PSF define-se como estratégia de reorientação do modelo assistencial. Com isso, sua implantação segue abrigando:

“de um lado, ratifica sua condição de programa que se apresenta com objetivos, metas e passos definidos, ou seja, com uma formulação e com um *modus operandi* estabelecido/ normatizado; de outro lado, reivindica a posição de ‘estratégia’ por sinalizar um caminho possível para se atingirem os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), reorientando o modelo assistencial a partir da atenção básica, sendo, portanto, capaz de influenciar e produzir impactos no sistema como um todo” (RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2007, pág.105).

A proposta da ESF considera a importância da abordagem multidisciplinar, dos processos diagnósticos de realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (BRASIL, 1997). Essa proposta constitui um importante desafio ao apostar na ruptura do modelo assistencial vigente, visto que esse desafio está em curso em um cenário profundamente influenciado pelo modelo biomédico tanto na formação profissional quanto na prática assistencial hegemônica.

Por outro lado, segundo estudos de Bertoncini (2000) por meio de uma pesquisa realizada em Blumenau, Santa Catarina, foram identificadas mudanças e possibilidades de ocorrência de um diferencial entre as práticas anteriores (centradas no modelo biomédico) e aquelas decorrentes do ESF, e reforçou, como alguns outros autores, o potencial positivo do programa.

Os profissionais destacaram como mudanças em seu trabalho, a atuação de forma mais comprometida, baseada no vínculo e co-responsabilidade; Contaram com maior adesão da população; desenvolveram um trabalho diferenciado dos outros serviços de saúde pública; produziram a ampliação das ações de promoção da saúde; tiveram possibilidade de desenvolver assistência integral e contínua voltada para a população/ comunidade; reduziram as internações hospitalares, dentre outras ações nos cuidados em saúde.

Souza (2001) reitera a visão positiva do programa fazendo menção aos inúmeros impactos evidenciados em vários municípios ao longo da implantação do PSF/ESF, tais impactos constituíram fatores motivadores da disseminação do programa pelo país:

“alto nível de satisfação da população com o atendimento das equipes; melhoria à vigilância à saúde da população; utilização adequada dos serviços de maior complexidade com redução de internações hospitalares desnecessárias; maior qualidade, cuidado com a atenção prestada, elevação da resolutividade das redes assistenciais básicas - que passou a girar em torno de 90%” (SOUZA, 2001, pág.50).

Entretanto, destaca-se uma série de condições envolvendo o processo de trabalho das equipes do ESF que dificultam, deterioram e tornam vulnerável tal processo como aponta Soares (2000) em sua análise aos programas PACS e PSF considerados carros-chefes da mudança do modelo assistencial:

“A imposição dos programas pelo Ministério da Saúde; o fato de serem totalmente normatizados no nível central; o fato de serem financiados por incentivos financeiros internacionais; a obrigatoriedade, na prática, de sua adoção pelos Municípios; a desconsideração da enorme heterogeneidade dos Municípios, na oferta de serviços de saúde; ausências de redes regionalizadas e hierarquizadas para garantir o acesso universal a todos os níveis de atenção – o que limita o atendimento dado por esta estratégia a uma simples porta de entrada sem saída” (SOARES, 2000, pág.106).

Conforme estudos de Franco e Merhy (2002) é possível identificar problemas com o alto grau de normatividade na implantação do PSF. Iniciando pelo formato das equipes, as funções de cada profissional, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os modos de fazer o programa são regulados pelo Ministério da Saúde. Diante desse contexto os autores apontam:

“O caráter prescritivo do PSF é exacerbado. São definidos a priori os locais de assistência e a lista de atividades a serem realizadas por equipe, confundindo-se o que são ferramentas de diagnóstico e intervenção com o que é resultado em saúde (...) infere-se que seguindo a prescrição altamente detalhada obter-se-á o resultado anunciado” (FRANCO e MERHY, 2002. pág.7).

Diante das questões expostas acima sobre a dicotomia presente no cotidiano das práticas em saúde no PSF, é importante trazer para a discussão alguns apontamentos. Como sinaliza Campos (2007), para potencializar transformações no trabalho em saúde, é fundamental problematizar a integração entre autonomia e responsabilidade, a proposta de gestão participativa e a mudança de aspectos da clínica e da saúde pública, antes com forte predominância do modelo biomédico, para uma prática mais próxima do usuário, interativa que considere a saúde não como ausência de doenças, mas sim como resultante das condições de vida.

Em relação ao primeiro ponto, a posição em favor de uma autonomia tanto dos profissionais quanto das instituições, defendida por vertentes da administração de recursos humanos em saúde, que têm no pagamento por produção o principal mecanismo regulador do trabalho. “Torna-se fundamental advertir que esse mecanismo pode aumentar a produtividade, mas não dá conta de articular o trabalho e compromissos sólidos com a produção da saúde. A capacidade de se definir e cobrar responsabilidades destes modelos de gestão é, portanto muito pequena” (CAMPOS, 1997, pág.231).

No que se refere à recuperação da prática clínica, é pertinente destacar o pensamento de Campos (1997, pág. 235) quando sinaliza que esta necessita estar assentada no vínculo e, é a melhor maneira de combinar autonomia e responsabilidade profissional. Para ele, o vínculo é uma ligação mais estável e duradoura, que construído no cotidiano, permite ao usuário, como sujeito, exerça melhor seus direitos de cidadania.

Em relação à autonomia e responsabilidade profissional, a organização do atendimento clínico com base no vínculo permitiria que as instituições acompanhassem e identificassem os resultados do trabalho de cada profissional e, também seria possível a criação de um espaço de fomento da cidadania para a população atendida.

Outro fator importante para uma mudança real no processo de trabalho em saúde, que se perdeu ao longo do processo de divisão social do trabalho, é a reaproximação dos trabalhadores do resultado do seu trabalho. Isto pode ser possível, na medida em que seja oportunizado novos mecanismos de envolvimento e participação dos trabalhadores no processo de trabalho. Sendo necessárias, novas formas de funcionamento institucional que comprometa os trabalhadores com a missão e os projetos institucionais.

Diante das necessidades em saúde, o conhecimento necessário sobre o complexo objeto – processo saúde-doença de indivíduos ou grupos – e as intervenções nele requerem

múltiplos sujeitos para darem conta da totalidade das ações, o que demanda a recomposição dos trabalhadores especializados, com intuito de uma assistência integral. Porém, “a mera alocação de recursos humanos de diferentes áreas não garante tal recomposição; ações isoladas; ações justapostas, sem articulação, não permitem o alcance da eficácia e eficiência dos serviços na atenção à saúde” (SCHRAIBER et al., 1999 apud RIBEIRO, PIRES e BLANK, 2007, pág. 111).

A questão explicitada acima, nos remete ao trabalho de equipe, que de modo integrado, significa conectar diferentes processos de trabalho, com base em certo conhecimento e valorização do trabalho do outro na produção do cuidado, construindo consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto de profissionais, assim como a maneira mais adequada para atingi-los.

Em referência ao processo de trabalho na Saúde da família, cabe destacar que apesar da organização e forma de trabalho da equipe de saúde da família esteja direcionada para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada, do modelo hegemônico atual. Não há dispositivos potentes para isso, porque o programa aposta em uma mudança centrada na estrutura, ou seja, o desenho sob o qual opera o serviço, mas não opera de modo amplo nos microprocessos do trabalho em saúde, nos fazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é o que define o perfil da assistência (FRANCO; MERHY, 2000).

A verdadeira discussão diz respeito ao fato dos profissionais de saúde, não apenas os médicos, nem apenas os que trabalham diretamente na assistência, mas todos os que atuam na produção dos serviços de saúde, reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando-se entre si os diversos conhecimentos.

2.3 - Educação e saúde na prática do Agente Comunitário de Saúde

O trabalhador em saúde, especificamente, o ACS desempenha um papel educativo. Com isso, se tem a compreensão de que o trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que exige reflexão, exige ação, ambas com objetivo de alcançar a transformação da realidade. Este trabalho, de cunho educativo, pode estar presente nas diversas práticas que o trabalhador desenvolve. Contudo, tem maior visibilidade nas atividades de prevenção e promoção da saúde.

Entretanto, há diferentes concepções de educação que podem ser expressas no trabalho em saúde. De um lado, a compreensão de educação como um ato normativo, no qual a prescrição e a instrumentalização tem predominância. O que resulta na redução do sujeito a um mero objeto passivo da intervenção educativa. Ou seja, “essa concepção de educação reduz quem educa – no caso o trabalhador da saúde – a um mero reprodutor de normas; e o aprendiz – no caso a população atendida – a um simples depósito de informações” (MOROSINI; FONSECA e PEREIRA, 2007, pág.14).

Em referência a este tipo de intervenção explicitada acima, temos a ‘educação bancária’, assim chamada por Paulo Freire, numa referência de depositar conhecimentos na cabeça de um indivíduo acreditando que antes do processo educativo ele não os tinha. Ou ainda conforme destaca Vasconcelos (2001), a educação ‘toca boiada’, baseada na imposição de normas e comportamentos considerados adequados pelo educador. Este tipo de abordagem estabelece uma relação vertical e autoritária entre o profissional e a população, balizada pela crença de que o profissional é o detentor do saber a ser transmitido e ensinado.

Ainda nos remetendo a este tipo de educação, torna-se fundamental refletirmos sobre esta concepção de educação nos termos propostos por Luckesi (1990), isto é, a educação como algo idealizado, como uma ação que está fora da sociedade, como algo que vem ‘de cima’, para ‘dar jeito’ nas coisas erradas. Enfim, algo como uma redenção:

A educação é vista como algo puro, quase mágico, que vai ‘redimir’ as pessoas e acabar com a ignorância. Nesta concepção, as pessoas imaginam que, automaticamente, após ‘educadas’, as pessoas passarão a agir corretamente, dentro do modelo proposto. O papel do educador é dizer a verdade, e o aluno deve ouvir, sem argumentar ou contradizer (LUCKESI, 1990 apud STOTZ; DAVID e BORNSTEIN, 2007, pág.45).

Por outro lado, há outra forma de compreender a educação. Esta já não é vista como um processo que procura adaptar o homem às condições econômicas, sociais e políticas e, sim possibilita que este homem se compreenda como autor desta sociedade, sendo capaz de altera-la. Esta concepção nos remete a Marx, quando destaca que as circunstâncias geram um tipo de homem que, ao ser educado, torna-se diferente e modifica as circunstâncias, produzindo um novo homem, e, portanto, outras circunstâncias e, assim por diante.

Com isso, é interessante ressaltar a importância da compreensão do conceito amplo de saúde, isto é, “como resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (BRASIL, 1986, pág.4), pois oportuniza pensar a educação em saúde como forma de reunir e dispor de recursos para interferir e transformar estas condições objetivas, visando alcançar melhor a saúde.

Ao atuar na comunidade, o ACS tem a noção de que os problemas de saúde que a população enfrenta têm origem em questões ambientais, tais como saneamento. Com isso, a prática cotidiana pode oportunizar os agentes a pensarem em saúde de modo ampliado. Sendo assim:

“compreendemos que situações de doença podem fazer parte da vida, parte do modo como os seres humanos se relacionam entre si e com a natureza; mais do que isso, hoje, acreditamos que a saúde é uma conquista não apenas de cada indivíduo em particular, mas também dos sujeitos sociais que têm a capacidade de lutar coletivamente para transformar a si mesmos e ao mundo, e assim se aproximarem de sua situação de qualidade de vida que favoreça a saúde de todos” (MOROSINI; FONSECA e PEREIRA, 2007, pág.16).

Nessa perspectiva, são indissociáveis o conceito de saúde e o conceito de sujeito social, já que estão intimamente relacionados com a compreensão do trabalho em saúde como uma prática social. Portanto, no trabalho em saúde não há uma receita pronta que possa ser adotada. É através do trabalho junto à população que se descobre e se constrói um conjunto de possibilidades de ações, que gradativamente, vão alterando a realidade, visto que a educação em saúde é uma dessas possibilidades.

Diante dessa análise, cabe considerar dentro do contexto de atuação dos profissionais de saúde no âmbito do PSF, que o modo como às pessoas das classes populares percebem e explicam os problemas de saúde é extremamente complexo, visto que é permeado por concepções de mundo, de vida, de morte, de justiça social, de ambiente saudável, de felicidade, de bem-estar e de transcendência.

Não é raro, perceber na atuação em comunidades, que as pessoas buscam espaços de expressão religiosa nos momentos de dificuldade. Mesmo sendo de inserções religiosas

diferentes, podem vencer barreiras dos dogmas de cada religião e estabelecer processos solidários de suporte espiritual para aqueles que estão em sofrimento (DAVID, 2001).

Portanto, é preciso considerar que, quando as pessoas não cumprem determinações médicas, ou quando buscam alternativas de tratamentos caseiros, isto pode acontecer por diversas razões: econômicas, culturais, familiares, entre outras. No entanto, geralmente, os profissionais de saúde restringem esses movimentos ancorados à realidade da população como ignorância.

“Vista como uma explicação ‘simplória’ ou ‘ignorante’ pelos profissionais de saúde, a concepção popular se apresenta como um mosaico, em que os fragmentos de experiências e saberes diversos presentes são usados como recursos de enfrentamento; de certos problemas, de acordo com a ocasião, as possibilidades existentes e o que se acredita ser melhor. O próprio saber médico está incluído dentro desse mosaico de saberes, misturado às concepções culturais e ancestrais” (STOTZ; DAVID e BORNSTEIN, 2007, pág.43).

Com isso, torna-se indispensável ao trabalho em saúde, reconhecer que essa forma de concepção de cuidados em saúde popular não se trata de um vazio de saber, mas de uma forma de saber sobre a saúde. Portanto, “igualar pobreza e ignorância é desconhecer as reais potencialidades dessas pessoas, é sujeita-las à ordem social dominante” (STOTZ; DAVID e BORNSTEIN, 2007, pág.44).

Conforme os autores salientam acima, compreender esta forma de pensar popular sobre saúde, ou seja, das pessoas ‘não profissionais’ nos ajuda a entender suas ações de enfrentamento, importante para se ultrapassar os preconceitos, explicitados no cotidiano, na fala dos profissionais de saúde como ‘isso é falta de educação’. Quando nos dispomos a ampliar nosso olhar para compreender o olhar da população, temos que optar por metodologias educativas que nos aproximem das pessoas, que lhes deem voz, que oportunizem um caminho que tornem as pessoas como sujeitos.

No que diz respeito ao processo educativo, o trabalhador que educa, de fato está se comunicando e, com isso está realizando um trabalho de mediação entre o conhecimento que adquiriu na área da saúde e a população que visa informar a respeito daquele conhecimento. Concomitantemente, a população também comunica um conhecimento

adquirido com experiências agregadas ao longo de sua vivência, realizando um trabalho de mediação entre o conhecimento da realidade e o trabalhador da saúde com quem dialoga.

No contexto de atuação do ACS, a mediação é um dos elementos principais do seu trabalho. Como explicitados em parágrafos anteriores, esse trabalhador é considerado, segundo documentos e discursos de técnicos, gestores e instituições de saúde como o ‘elo’, a ‘ponte’ entre o serviço de saúde e a comunidade.

Nesse sentido, cabe destacar que no caso do trabalho educativo em saúde realizado pelo ACS, é fundamental que esse profissional discuta junto à população sobre as condições de vida que levam ao adoecimento e sobre o que compete ao indivíduo e à comunidade em relação a essas condições. Para que com isso, seja possível a construção de um projeto de vida em conjunto que considere o conceito amplo de saúde, este como resultante das condições de vida da população e também os saberes em saúde por parte dos profissionais.

Com vistas a esse processo, é necessário que este profissional tenha uma visão crítica em educação em saúde, para que não se crie uma prática de ‘culpabilização’ dos indivíduos pelos problemas de saúde relacionados às suas condições de vida, que são, dentro de um contexto mais amplo, determinados pelas condições sociais e econômicas em que estão inseridos.

Dentro deste contexto, é pertinente entender a educação como processo de mediação social, historicamente determinado e tecido nas relações cotidianas. Contexto onde se permite ao educador, comprometido com a mudança social, identificar alternativas e possibilidades de construção de processos contra-hegemônicos. Sendo esta, a concepção de educação que traz a marca da crítica política marxista, “mas incorpora o sentido de reconhecimento dos espaços de possibilidade e da importância da busca de respostas coletivas às questões-limite. Esta tem uma forte influência freiriana, e propõe o diálogo como elemento central do processo pedagógico” (DAVID, 2011, pág. 63).

Trabalhar educativamente, a partir de práticas sociais presentes no cotidiano favorece a proximidade com a idéia de círculo de cultura (DAVID, 2011), proposto por Paulo Freire, que “implica em um diálogo circular partir de temas e questões de forte frequência na vida das pessoas, que conformam temas geradores – aqueles que permitem uma análise que agrega profundidade e horizontalidade na análise, que levam as pessoas a

passarem da consciência ingênua para uma leitura crítica da realidade” (FREIRE, 1979 apud DAVID, 2011 pág. 76).

Considerando as discussões em torno do trabalho de educação em saúde, trazendo a importância da particularidade da educação popular em saúde, torna-se importante para o trabalho do ACS uma formação que oportunize refletir sobre as questões específicas da educação em saúde, assim como é importante discutir com esse trabalhador as características do trabalho que realiza.

III – A luta pela formação profissional: limites e possibilidades na formação de sujeitos críticos

No Brasil, as propostas de utilização dos ACS com força de trabalho tiveram maior ênfase nos anos 1970/80. Dentro desse contexto, algumas organizações religiosas católicas, organizações não governamentais e instituições acadêmicas realizavam experiências de atuação em saúde pública e comunitária que tinham como premissa o envolvimento da população com as ações e serviços de saúde.

A partir desse período inúmeras experiências de atuação em espaços de saúde como o Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) em 1991, baseado na experiência bem sucedida dos agentes comunitários de saúde do Ceará. Posteriormente, o Programa Saúde da Família (PSF) que inseriu os ACS em uma equipe composta minimamente por médicos, enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem. É pertinente destacar que esses programas “têm em comum a figura do ACS como elemento inovador no quadro funcional, sobre a qual recai a expectativa de mediação e facilitação do trabalho de atenção básica à saúde” (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009, p. 194).

Os ACS apresentam algumas particularidades na configuração do SUS, visto que são trabalhadores exclusivos desse sistema e também uma força de trabalho com número expressivo. Entretanto a história desses trabalhadores, desde que surgiram no âmbito do SUS, é marcada pela precarização das relações de trabalho e pela luta por reconhecimento de categoria como profissionais da área da saúde. Conforme os estudos de Morosini (2010):

Em relação à vinculação, no Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família referente aos anos de 2001 e 2002 (BRASIL, 2004a), foi constatado que, em 72,3% das equipes de saúde da família, os ACS apresentavam vínculos de trabalho precarizados, o que incluía o contrato temporário, o contrato informal, o contrato verbal, entre outros. (MOROSINI, 2010.p. 24)

Deve-se reconhecer que no contexto de Reforma do Estado brasileiro, as propostas de diminuição de gastos públicos com o funcionalismo têm contribuído para a desvalorização dos trabalhadores na área da saúde como um todo. Um exemplo claro se dá no contexto de 2003, o total de trabalhadores precarizados no SUS era calculado em torno de 800 mil, o que correspondia a quase 40% da força de trabalho do setor. Entretanto,

“embora a fragilidade nas relações trabalhistas não seja um problema exclusivo dos ACS, é na contratação destes trabalhadores que esta questão se torna mais expressiva desde a criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários” (MOROSINI, 2010, p. 37).

Conforme os estudos de Durão et al (2009, p.230), a criação do trabalho do ACS esteve intimamente relacionada às populações empobrecidas. Visto que o programa em suas experiências iniciais foi marcado pela assistência a população “marginalizada” com a qual este novo profissional deveria se identificar. Ainda esteve ligada a força de trabalho do segmento feminino. Segundo a autora, as habilidades vistas como próprias da socialização feminina são comumente tomadas como inerentes aos sujeitos, e nesse sentido, circunscritas ao campo do trabalho simples e sem qualquer reconhecimento social.

Entretanto, podemos destacar que com o crescimento e maior demanda por esta categoria profissional, verifica-se um movimento de resistência, por parte dos ACS, a essa percepção do trabalho. Diante disso, empreendem um processo de organização e de lutas com o propósito de construção de identidade profissional e de reconhecimento.

É importante ressaltar que a questão da formação profissional está no campo de grandes debates entre comunidade acadêmica, gestores, representantes do controle social do SUS e ACS, uma vez que, pela amplitude do papel de articulador e mobilizador na comunidade, e, principalmente, de educador, ao levar informações sobre prevenção e promoção da saúde, torna-se imprescindível que estejam asseguradas às condições de intervenção por um processo educativo mais amplo.

Pois, conforme destacado em parágrafos anteriores, desde a criação do programa, a qualificação do ACS tem se caracterizado, em parte, “por treinamento de poucas horas que não lhes conferem autonomia e compreensão ampla do processo de trabalho em que se inserem” (MONTEIRO; PREVITALI, 2011, p.149).

Conforme estudos de Monteiro e Previtali (2011, p. 150), essas questões têm sido motivo de discussões, embates e lutas nas instâncias de controle social do SUS, como Conselhos e as Conferências de Saúde, nas organizações políticas dos ACS, e no Ministério Público do Trabalho (MPT), sobretudo, após o procedimento investigatório nº 160/2003, que questionou a forma de contratação na ESF, colocando a profissionalização, mais uma vez, no alvo de debates e propostas.

Diante disso, foram vários projetos de lei (PL) que tramitaram no Congresso Nacional com o objetivo de regulamentar a prática profissional dos ACS, assim como diversos processos judiciais também foram movidos por esses trabalhadores até a criação da lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que determina o exercício desta categoria exclusivamente no âmbito do SUS e sob supervisão do gestor local de saúde, mediante vínculo direto ou indireto.

Em referência a formação profissional, dois critérios foram modificados em relação à formação destes trabalhadores: o primeiro quanto ao nível de escolaridade e, o segundo em relação à necessidade formação profissional, passando a ser exigido, para o exercício desta profissão, o nível fundamental de ensino e a conclusão com o aproveitamento de curso de qualificação básica, com conteúdo definido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a).

Esta lei foi considerada uma vitória importante do movimento organizado dos ACS, representados pela Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) que pressionou parlamentares e gestores pela regularização da sua situação profissional, além de exigências em torno da questão dos direitos associados ao trabalho e a formação adequada (CONACS, 2006).

Um importante marco na formação profissional dos ACS se deu em 2003, no início do governo Lula, em um contexto de avaliação de uma dívida histórica do SUS em relação às políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde se dando em uma importante reestruturação das áreas técnicas e políticas com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e segundo o documento da secretaria o Ministério da Saúde assumiu o seu papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, distribuição e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil (BRASIL, 2003d).

Na conjuntura compreendida entre o início de 2003 e meados de 2005, foi possível perceber na esfera federal, a predominância de uma concepção mais ampliada e integrada de gestão e qualificação do trabalho no SUS e um distanciamento considerável em relação à perspectiva tradicional de recursos humanos em Saúde. Portanto, concordando com Vieira (2005), a criação da SGTES se dá em um contexto de valorização do processo de gestão do

trabalho em saúde e de resgate de sua importância como política pública. Conforme destacado no trecho do documento da NOB/RH-SUS (BRASIL, 2005a):

“Desse modo, este documento Princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) constitui-se em mais um dos instrumentos produzidos a partir da participação da sociedade organizada, para a consolidação do sistema único de saúde, recolocando a importância do trabalho para o sistema, a necessidade de valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde” (BRASIL, 2005a, pág.13).

A nova configuração do Ministério da Saúde, a partir de 2003, sob o comando de Humberto Costa, a gestão do trabalho e a gestão da educação na saúde demarca a divisão da SGTES em dois departamentos: o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS) e o Departamento de gestão e Educação na Saúde (DEGES).

Segundo os estudos de Morosini (2010), ambos os departamentos ocuparam-se de problemas históricos de grande importância e se propunham uma agenda positiva que implicava na mobilização de interesses de vários sujeitos políticos e de instituições da esfera do Estado estrito senso e da sociedade civil organizada, conformando espaços para os quais afluíam demandas mais relevantes no campo das políticas públicas sociais. Dentre elas, destaco pela intenção da pesquisa, as questões relativas à gestão do trabalho e à qualificação profissional dos ACS.

A conjuntura da gestão de Humberto Costa no Ministério da Saúde é particularmente importante para a compreensão dos debates em torno da discussão da gestão do trabalho e da educação dos ACS, não somente pelas ações da SGTES, mas também pelas ações do Ministério Público do Trabalho e da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde.

O Ministério Público do trabalho (MPT) é um ramo do Ministério da União⁴, instituição de caráter permanente, ligada à função jurisdicional do Estado, mas sem vinculação com o poder judiciário ou outro poder do Estado. O MPT é composto pela Procuradoria –Geral, sendo a sede em Brasília, por 24 Procuradorias Regionais e cem escritórios localizados em municípios no interior do país. Dispõe de orçamento, carreira e

⁴ O Ministério Público da União é formado pelo Ministério Público Federal, Ministério Público do Trabalho, Ministério Público Militar e Ministério Público do Distrito Federal e Territórios.

administração próprios, possui também alto grau de autonomia financeira e administrativa para sua atuação.

O MPT teve um importante papel no processo, ainda em vigor até os dias atuais, de regularização institucional dos ACS, tendo deflagrado uma disputa política e jurídica a partir de 2003, quando instaurou o Procedimento Investigatório n. 160/2003, que visava apurar a forma de contratação dos ACS pelos municípios e estados (MOROSINI, 2010).

Entretanto, segundo os estudos de Morosini (2010), neste período, iniciativas no campo da justiça já vinham sendo tomadas pelos próprios agentes comunitários de saúde, antes da intervenção do Ministério Público do Trabalho. Documentados com destaque no relatório do Seminário Nacional sobre Políticas de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS, realizado em agosto de 2003, havia um grande volume de processos judiciais movidos por esses profissionais, requerendo seus direitos trabalhistas. Devido à expressão numérica dos ACS, que neste período somavam cerca de 180 mil trabalhadores, seus argumentos são de grande importância para reforçar a busca de soluções para a situação de ampla precarização das relações de trabalho no SUS.

No entanto, nos meados de 2005, segundo os estudos de Morosini (2010), houve uma mudança importante na coalizão do governo, no âmbito do Ministério da Saúde, que gerou uma série de alterações na SGTES e, conseqüentemente, da política de gestão do trabalho e da educação dos ACS.

A política de profissionalização dos trabalhadores do SUS, por estar no contexto da sociedade capitalista – na qual concepções e práticas formativas se centram nos princípios da divisão social do trabalho – não conseguirá de imediato, promover uma ruptura com a hegemonia do trabalho alienado e visto como mercadoria. Porém, a partir dos projetos em disputas na sociedade capitalista, existem lutas em forma de alguns preceitos que nos instigam a pensar em um novo sentido para a formação dos trabalhadores de forma geral e, em particular dos ACS (RAMOS, 2007).

Vale destacar que a formação profissional, uma das principais motivações de luta dos ACS, também pode estar influenciada pelo discurso de qualificação para a empregabilidade, muito difundido nos últimos anos, concomitantemente, com o ideário da polivalência e da competência, entre outros.

Conforme a estudos de Neves (2008), trata-se da revitalização da Teoria do Capital Humano que traz a idéia central que os investimentos em educação dos trabalhadores corresponderiam a um aumento da capacidade produtiva e, com isso, seria a solução para as desigualdades entre países e indivíduos. Diante desse contexto, transfere-se a culpa pelo desemprego para o próprio trabalhador, que deve adquirir a capacidade de competição para lutar por um emprego estável e ainda criar meios de ser merecedor de sua permanência no mesmo. De acordo com a autora, as políticas governamentais sob a égide do neoliberalismo:

Vem buscando também sedimentar, entre várias frações da classe trabalhadora, a ideologia da educação como panacéia e a ideologia da empregabilidade. A primeira, levando-as a acreditar que quanto mais treinada a força de trabalho, melhor o desempenho da economia, mais qualificados os empregos, mais justa a distribuição de renda. A segunda, difundindo a idéia de que quanto mais capacitado o trabalhador maiores as suas chances de ingressar e/ou permanecer no mercado de trabalho. Seduzida, em grande parte por essas ideologias, a classe trabalhadora passam a investir dos seus padrões de escolarização, sem ao menos refletir sobre a natureza escolar ministrada (NEVES, 2008, p. 368)

No que se refere às políticas de formação para o ACS, evidencia-se o modelo de competências como base do Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde afirma um novo formato para a educação profissional destes trabalhadores, e como aponta a citação abaixo:

“A elevação da escolaridade e para uma concepção de formação que proporcione compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões” (BRASIL, 2004, pág.11).

No documento citado no parágrafo acima, o conceito de competência está baseado na visão do trabalho como um conjunto de acontecimentos, onde os trabalhadores precisam estar preparados para lidar com qualquer tipo de imprevistos, sem quase nenhuma prescrição. Anulando a disponibilidade dos saberes em saúde para dar lugar a capacidade de ação diante dos acontecimentos. Conforme sinaliza o documento do Ministério da Saúde, o conceito de competências é:

“Entendido como capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprio de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades” (BRASIL, 2004, p. 47).

Torna-se importante sinalizar a contradição entre o texto do Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde e o texto da Lei nº 11.350 aprovada em 2006. Enquanto o primeiro estabelece um itinerário formativo de 1200 horas distribuídas em três etapas que incluem a prática profissional, a mencionada Lei apresenta como requisito para o exercício da função de ACS, a conclusão do ensino fundamental e de um curso introdutório de formação inicial e continuada (MOROSINI et. al., 2007).

No interior desse contexto de disputas pela formação e valorização do ACS, é pertinente ressaltar que ignorar esse processo de profissionalização crescente dos agentes, negando seu reconhecimento profissional, não faz dele um representante mais autêntico da comunidade, e sim retira dele um importante lugar de reconhecimento social, que não só favorece a luta por sua inserção efetiva no sistema de saúde e por melhores salários, como também impulsiona a construção de uma identidade profissional, uma posição na equipe de saúde, qualificando seu trabalho nas unidades de saúde onde estão inseridos.

Com isso, é fundamental entender, que a partir da recente inserção do ACS na história das profissões da saúde, o núcleo teórico e pedagógico que informa seus processos formativos é constituído em espaços de disputas diversas, onde se incluem os que entendem o ACS apenas como um trabalhador voluntário, assalariado e não profissionalizado, conforme a configuração de alguns países latino-americanos, como Peru e México, até a abrangente proposta brasileira, que por meio que bases jurídico-normativas e políticas, se faz valer uma formação que oportunize um processo de ampliação da escolaridade e organização profissional, inclusão social e a capacidade dos ACS se constituírem em mão de obra qualificada para a atenção à saúde da comunidade (BORNSTEIN e DAVID, 2012).

Diante desse contexto, é pertinente trazer a discussão sobre a qualificação profissional. Esta apresenta três dimensões: a conceitual, relacionada com a formação e à certificação profissional; a experimental que se evidencia pelo conteúdo real da formação, incluindo saberes tácito; e a social, que insere a qualificação no âmbito das relações sociais.

A qualificação tem sido tensionada pela noção de competência, em razão do enfraquecimento de suas dimensões conceitual e social e do fortalecimento da dimensão experimental. Contexto em que se passa a valorizar a subjetividade e o saber tácito do trabalhador, fortalecendo a idéia central de que a construção dos aprendizados vai além dos conhecimentos formais adquiridos, mas se dá a partir das diversas experiências ao longo da vida, seja no trabalho, na escola ou no cotidiano (RAMOS, 2001).

Esta idéia cada vez mais fortalecida no campo de formação dos trabalhadores de saúde, afeta, em particular, desde sua demanda profissional nos serviços de saúde até atuação profissional desse trabalhador.

Ao analisarmos o perfil profissional dos ACS, não podemos considerá-lo de maneira alguma como trabalho simples, visto que o ACS atua na interface da assistência social, educação e meio ambiente, “desenvolvendo ações de promoção, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde” (BRASIL, 2004:18).

Com isso, até mesmo como mais um membro da equipe de saúde, suas funções transcendem a este campo, na medida em que para serem realizadas requerem a atenção de múltiplos aspectos das condições de vida da população.

Esta dimensão intersetorial presente na prática cotidiana do ACS nos remete a buscar meios possíveis de formação com propósito de consolidar para este trabalhador uma compreensão da totalidade do processo de trabalho de promoção, prevenção e recuperação da saúde das pessoas. Entretanto, Ramos (2007) salienta que:

“Esta necessidade se confronta fortemente com o pensamento hegemônico que associa o trabalho complexo exclusivamente ao ápice da pirâmide funcional que hierarquiza as funções e os trabalhadores segundo a histórica divisão técnica e social do trabalho e, disto, deduz os respectivos níveis educacionais, na linha que Adam Smith defendeu ainda no século XIX – ao trabalho simples e manual, níveis educacionais elementares; ao trabalho intelectual e complexo, níveis educacionais avançados” (RAMOS, 2007, pág.46).

Diante deste contexto, é fundamental que o ACS tenha uma sólida formação geral e profissional que o possibilite reconhecer o trabalho enquanto produtor de conhecimentos. O que nos remete a trazer a discussão dos sentidos do trabalho e sua interfase com a formação profissional desse profissional.

3.1 - Os sentidos do trabalho e a formação dos Agentes Comunitários de Saúde

As questões inerentes à gestão do trabalho e da educação na saúde, mesmo sempre mencionadas como fundamentais para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), só ganharam relevância para o Ministério da Saúde (MS) a partir de 2003.

É interessante destacar a relação dessas questões com discussões que envolvem diferentes concepções a cerca da qualificação dos trabalhadores da saúde e das garantias orçamentárias para a formação profissional e o aumento de salário, até disputas corporativas para circunscrever nichos no mercado de trabalho.

Em referência ao ACS, tais discussões ganham certa especificidade, visto que a natureza do trabalho e o perfil exigido desse trabalhador aparecem como aspectos importantes quando se tem um debate sobre sua formação, seu vínculo de trabalho e demanda por carreira. Como apontado anteriormente, esse profissional é considerado um dos atores fundamentais no processo de reorientação do modelo de atenção à saúde. Pois fica atribuído a este, estabelecer o elo entre a comunidade e os serviços de saúde.

Contudo, diante das discussões que atravessam esta questão crucial - elo de ligação entre comunidade e serviços de saúde – percebe-se que, subjacente ao consenso em torno da capacidade de mediação do ACS, “encontram-se diferentes concepções de trabalho, de educação e de saúde que configuram o duelo entre projetos societários em disputa pela concepção política que orienta o processo de trabalho no qual o ACS se insere” (LOPES, DURÃO e CARVALHO, 2011, pág.162).

Cabe destacar que a inserção desse profissional na equipe de saúde, por justificar sua dificuldade de relação de mais proximidade com a população, lhe atribui ser um agente local estratégico por fazer parte da comunidade de usuários, de ser igual ao público alvo dos serviços de saúde, tendo inicialmente ter que saber ler e escrever, ser maior de 18 anos e possuir “pendor a solidariedade”.

Assim, embora seja apontado como parte da equipe multiprofissional do PSF e tendo atribuições no interior dela que crescem continuamente, o ACS não é visto como um trabalhador de saúde por parte dos profissionais que discute, implementam e direcionam as políticas de saúde.

Com vistas a essa discussão, é importante sinalizar que se destacam dois componentes ou dimensões principais referentes à atuação do ACS:

“um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento a indivíduos e famílias, ao monitoramento de grupos ou de problemas específicos e à intervenção/ orientação para a prevenção de agravos; e outro, mais político, englobando a inserção da saúde no contexto mais geral da vida, incluindo-se aí, evidentemente, a discussão desse contexto e a organização da comunidade no sentido de transformá-lo. Esse componente político expressaria duas expectativas complementares: a agente como elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde e de discussão com a comunidade dos problemas de saúde; e o agente como fomentador da organização da comunidade para a cidadania, em uma dimensão de transformação social” (SILVA e DALMASO, 2002, pág.173).

Contudo, considerando o entendimento de que a função específica do ACS é de constituir um elo entre a comunidade e os serviços de saúde, é pertinente ressaltar que essas duas dimensões apresentadas acima, não poderiam configurar-se separadamente, sendo sua junção o propósito e a singularidade do trabalho dos agentes. Para analisar o trabalho do ACS e sua inserção como trabalhador do SUS, torna-se fundamental discutir o processo de qualificação desse trabalhador, problematizando o modo de produção de saúde que se quer constituir.

A valorização do trabalho do ACS estaria no seu diferencial de possuir um saber tácito sobre o local onde vive, construído por meio de habilidades decorrentes da vida. No contexto do PSF, é interessante notar os dois elos opostos: de um lado, há profissionais do quais se exige uma formação escolar prévia (médicos, enfermeiros e demais membros da equipe) e que são criticados por seu afastamento dos problemas cotidianos dos usuários; do outro lado, investe-se em um profissional cuja formação o distanciaria de sua própria identidade. Ao que parece, o ACS é identificado pelo fato de ser da comunidade e, não por sua formação.

“Nota-se que, dessa forma, a dicotomia formação técnica *versus* saber comunitário passa também a estar presente na composição da equipe do PSF, uma vez que aos agentes cabem principalmente os aspectos subjetivos do trabalho e aos demais profissionais, o trabalho mais especializado” (LOPES, DURÃO e CARVALHO, 2011, pág.187).

Nos discursos que enfatizam o pertencimento dos agentes à comunidade, percebe-se a valorização desses atributos, negando-se a possibilidade de uma formação técnica que implique em um maior crescimento profissional. Ao relacionar diretamente a habilidade do ACS à inserção no local de moradia, acaba-se ideologizando o conceito de comunidade, na medida em que o afasta das situações concretas que permeiam a sua relação de trabalho.

Diante disso, torna-se um grande desafio oportunizar uma formação técnica, em um sentido mais amplo, na qual permitirá aos agentes não só o questionamento da realidade, como também os potencializará para uma interação mais crítica com os demais membros da equipe.

Em referência a formação do ACS é importante ressaltar que no contexto atual, por enquanto, não existe financiamento para as etapas formativas II e III. Autores como Bornstein; Matta; David (2009) concluem que:

“Na atual conjuntura, não tem sido possível garantir integralmente a formação técnica no âmbito da política de gestão do trabalho em saúde, em nível nacional. Os principais argumentos contrários à formação técnica dos ACS têm se concentrado em torno da Lei de responsabilidade fiscal, em função de um possível aumento excessivo dos gastos com salários desses trabalhadores, se tornados técnicos” (BORNSTEIN, MATTA, DAVID, 2009, p.195).

Conforme as discussões acima, a proposta de formação técnica para os ACS, está sendo inviabilizada por ter financiamento garantido somente para a realização da etapa formativa I. É notório este contexto para o financiamento, visto que esta etapa, além de responder à exigência da Lei n.11.350 de 2006 que regulamenta a profissão do ACS, também atende aos interesses dos gestores, que ficam temerosos com a possibilidade de aumento salarial em função da formação técnica, aliada a mudanças no perfil desse trabalhador, se transformados em técnicos.

A referida Lei citada no parágrafo acima dispõe, entre outras questões, sobre a regularização do vínculo empregatício, normaliza as suas atividades e estabelece os requisitos mínimos para os requisitos das mesmas, mas não estabelece os requisitos mínimos de qualificação. Com isso, ao analisarmos as características da qualificação predominante dos ACS até o momento anterior a proposta de uma formação técnica, temos uma qualificação configurada como nível básico de educação profissional, portanto, não regulamentada, sem pré-requisitos e que não confere habilitação.

Os discursos a favor da (não) escolarização do ACS, justificado pelo apelo desse trabalhador ser uma pessoa que faz parte da comunidade onde atua, denota a desvalorização da dimensão conceitual de sua qualificação, o que acaba favorecendo a desvalorização desse trabalhador, sustenta sua baixa remuneração e se contrapõe à pauta política de uma melhor qualificação dos trabalhadores de saúde, de uma maneira geral (MOROSINI; CORBO e GUIMARÃES, 2007).

Cabe destacar outra perspectiva de desvalorização do trabalho dos ACS, trazida por Bornstein (2007), no que se refere aos seus estudos sobre o processo de trabalho do ACS, em que identifica práticas de desvio de função desse trabalhador, principalmente, no sentido de responsabilizá-lo pela execução de tarefas internas e burocráticas no interior da unidade de saúde.

Portanto, a partir dessa prática, que durante os estudos da autora, era naturalizada pelo corpo de profissionais responsáveis pelo serviço da unidade de saúde, é oportuno refletir que a recorrência do fenômeno exposto no parágrafo acima, nos remete a desvalorização do trabalho desse profissional como mediador do trabalho educativo. Diante disso, é importante destacar que o desvio de função denota a compreensão do trabalho do ACS como inespecífico e de baixa complexidade, podendo ser redimensionado, segundo as necessidades dos serviços, para atividades que supostamente exigem pouca capacitação (BORNSTEIN, 2007).

Diante desse contexto, reitero minha preocupação com a questão da formação e dos obstáculos que estão colocados a esses profissionais, visto que resta ao movimento organizado dos ACS continuar lutando por melhores condições de trabalho e educação, mas, que esta proposta educacional seja voltada para a emancipação. Esta “entendida no patamar de uma compreensão por parte do trabalhador da lógica que é submetido pela sociedade administrada a favor do capital. Educação, portanto como contraponto e como resistência ao existente” (PEREIRA, 2008, p. 394).

Esse processo de profissionalização tem se dado em um campo de disputas de interesses diversos, em que a correlação de forças se apresenta de modo diferenciado a depender a região do país ou dos arranjos institucionais e políticos em curso (MOROSINI, CORBO E GUIMARÃES, 2007).

Trazendo para discussão alguns exemplos dessa realidade, segundo estudos de Monteiro e Previtali (2011, p. 156), alguns estados como o Maranhão, ainda não concluiu a etapa formativa I, iniciada em 2008. O Estado de Tocantins concluiu as 3 etapas, a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha do ACRE também realizou as 3 etapas. Já no estado do Rio de Janeiro, a escola Politécnica Joaquim Venâncio está realizando as 3 etapas.

IV - As Reformas Educacionais, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) no Contexto Brasileiro e seus Reflexos na Educação Profissional em Saúde

Diante do contexto apresentado nos parágrafos acima sobre uma categoria específica: os ACS e da evidência de que a pesquisa que se originou de uma angústia com o modelo de formação restrito a capacitações em serviço. É oportuno destacar neste capítulo os reflexos das reformas educacionais legitimadas pela LDB e como se desdobrou esta política na educação profissional, mais especificamente, na área da saúde.

Segundo Ramos (2010), a história da educação profissional em saúde destaca que as políticas desta área se desenvolveram sob referência da integração da formação dos trabalhadores com a realidade dos serviços. O principal objetivo aparece mesmo nas diferentes políticas – Projeto Larga Escala; Profae; e Educação Permanente em Saúde, como transformação das práticas na perspectiva da atenção integral à saúde.

Atualmente essas políticas, que inicialmente, pareciam orientadas por uma multiplicidade de referenciais epistemológicos, metodológicos e ético-políticos, se apresentam como uma unidade constituída em torno do pragmatismo e na micro-política, tendo como princípio à integração ensino-serviço como eixo estável dessa unidade.

De acordo com Ramos (2010), a gênese deste princípio no Brasil se dá com a implantação do Projeto Larga Escala nos anos de 1980 e foi, por um lado, reafirmada pelo Profae com a adoção da Pedagogia das Competências nos anos de 1990, que passou a orientar os projetos curriculares da formação técnica em saúde; e por outro, ampliada pela integração ensino-serviço-gestão-control social pela Política de Educação Permanente nos anos 2000, esta última política não foi exclusivamente de formação, mas também de gestão do processo de trabalho em saúde.

Tendo em vista as contradições, a concepção de formação politécnica e omnilateral dos trabalhadores em saúde que foi defendida no período da década de 1980 não poderia ter se tornado hegemônica, por ter como referencial teórico-metodológico e ético-político distinto do que perdurava na educação profissional em saúde.

No Brasil, o surgimento dos Centros de Formação de Recursos Humanos (CEFOR) e das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) é um marco importante na história da formação dos trabalhadores de saúde. É importante pontuar que apesar dessas instituições terem origens diversas, o que têm como objetivo comum é o melhoramento da educação

profissional na área da saúde e promover a qualificação técnica de trabalhadores já inseridos no sistema de saúde, a partir de um modelo de educação profissional descentralizado e em relação estreita com os serviços de saúde.

A partir do contexto de criação das ETSUS, Ramos (2010) destaca como uma importante fonte de consulta o relatório do Projeto Memória que aponta os principais problemas referentes à formação dos trabalhadores técnicos de saúde naquele momento, como: uma formação voltada para o exercício de funções de baixa e média complexidade pelas instituições empregadoras, não integração entre ensino-serviço, impossibilidade de registros de certificação profissional e o pouco investimento na formação intelectual dos trabalhadores.

O Projeto Larga Escala enfatizava menos a divisão técnica do trabalho e mais as discussões sobre as estratégias pedagógicas de formação. Diante disso, a proposta de formação estava voltada especificamente para aqueles já inseridos nos serviços, posto que deles os trabalhadores não podiam se afastar para se formarem em cursos técnicos regulares. Com este projeto o setor saúde assume de forma institucionalizada e legal, por meio das secretarias estaduais de saúde, a responsabilidade pela formação profissional dos trabalhadores de nível médio, em alguns estados, com a equivalência aos cursos técnicos de segundo grau (RAMOS, 2010).

Tal modelo de formação buscou a legitimação de três elementos: o ensino supletivo, com flexibilidade de carga horária, tempo de formação; o treinamento em serviço, que aproximava a qualificação das necessidades operacionais das instituições de saúde; e o caráter de habilitação, sendo este reconhecido oficialmente pelo sistema educacional (PEREIRA E RAMOS, 2006).

É importante sinalizar que a estratégia de integração docente-assistencial presente, dentre outros programas, mas aqui, particularmente, nos atentamos para o Projeto Larga Escala sofreu críticas ponderadas que estão evidenciadas, a partir de uma pesquisa que desenvolveu análise da educação profissional que se desdobrou no relatório do Projeto Memória no qual chama atenção para a marca reprodutivista referente às práticas em saúde e as contradições apresentadas neste documento potencialmente interessantes aos trabalhadores da saúde.

No final dos anos de 1990, foi implantado o Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), a partir da iniciativa do Ministério da Saúde, que contou com o empréstimo do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) com objetivos de profissionalizar os trabalhadores que não tinham a respectiva qualificação e escolarização. Mesmo tendo a base como a do Projeto Larga Escala, tinha algumas particularidades, pois estava sob uma nova regulamentação educacional. Este programa promoveu a qualificação profissional de auxiliares de enfermagem e proveu-os com escolaridade de nível fundamental e também proporcionou a habilitação técnica de nível médio aos trabalhadores que tivessem a escolaridade equivalente.

No que diz respeito a níveis de modalidade de ensino pela LDB, a partir do decreto 2.208/97 a estrutura da educação profissional começa a ser estruturada nos seguintes níveis: básico, que independe da escolaridade do trabalhador; técnico para os que tenham concluído o ensino médio (podendo cursar o ensino médio concomitantemente ao técnico, mas o aluno só poderá receber o certificado de conclusão da habilitação técnica após a conclusão de toda a educação básica); e tecnológico, corresponde ao ensino superior da área tecnológica (PEREIRA E RAMOS, 2006).

Com algumas conquistas referentes às políticas educacionais defendidas pelos educadores progressistas organizados, a Lei apresentou pelo menos três marcos conceituais importantes para a estrutura educacional brasileira: alargamento do significado da educação para além da escola; uma concepção também mais ampliada de educação básica, nela incluindo o ensino médio; como consequência do anterior, a caracterização do ensino médio como etapa final da educação básica, responsável por aprofundar e consolidar os conhecimentos adquiridos pelo educando no ensino fundamental, o que possibilita o prosseguimento de estudos, a inserção no mundo do trabalho, bem como o exercício da cidadania (Lei nº 9.394/96).

Segundo Pereira e Ramos (2006), mesmo com algumas conquistas, pontuadas no parágrafo acima, o texto aprovado foi uma Lei minimalista, que permitiu uma onda de reformas na educação brasileira, entre as quais aquela realizada pelo Decreto nº 2.208/97, também explicitado acima, no qual se regulamentou a educação profissional e sua relação com o ensino médio. Observou-se com esse movimento, não uma ruptura com o modelo

produtivista de ensino médio, mas sim uma atualização de diretrizes curriculares à nova divisão social e técnica do trabalho.

No que tange a nova divisão social e técnica do trabalho, houve um avanço de um novo modelo produtivo que preconizava que os trabalhadores tivessem conhecimento e habilidades adequados para adaptação ao trabalho flexível, do ponto de vista pedagógico, a reforma conferiu forte ênfase às dimensões cognitiva e comportamentalistas da educação, o que acabou por negligenciar suas dimensões epistemológicas e sócio-políticas (PEREIRA E RAMOS, 2006).

Diante do decreto exposto, a LDB impôs reformas à educação profissional, sendo a principal delas a separação estrutural entre ensino médio e o técnico. Com a modificação da estrutura do ensino técnico, houve avanço no processo de reforma curricular, tendo a noção das competências como referencial.

As políticas de educação profissional técnica em saúde, segundo Ramos (2010), se alinharam às políticas educacionais do Ministério da Educação do governo de Fernando Henrique Cardoso, bem como às orientações do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em parceria com o governo brasileiro. Tendo como expressão mais clara desta parceria a adoção da pedagogia das competências que foi apropriada e difundida pelo PROFAE.

4.1 - Noção de Competências: questões em torno da disputa de projetos societários

A partir desta noção de competências, procurou-se relacioná-la com o desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores em saúde para enfrentar os acontecimentos dos processos de trabalho, na sua complexidade, heterogeneidade e imprevisibilidade. Com isso, fala-se das competências como uma opção pedagógica para ajudar na aproximação entre o mundo da escola e o trabalho, o que possibilita trazer o processo de trabalho para dentro da formação. Em última instância, permanece a defesa de uma formação problematizadora, utilizando-se do currículo integrado, de forma a garantir a integração ensino-serviço-comunidade (RAMOS, 2010).

Dessa forma, a idéia que se difunde quanto à apropriação da noção de competências pela escola é de que ela seria capaz de promover o encontro entre formação e emprego.

Ainda ampliando sua difusão no plano pedagógico, testemunha-se a organização e legitimação da passagem de um ensino centrado em saberes disciplinares a um ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas.

O modelo de competências invade o mundo da educação no processo de questionamentos feitos ao sistema educacional diante das exigências de competitividade, produtividade e inovação do sistema produtivo. No contexto de crise econômica e na ênfase nas políticas que restringem os gastos sociais, a pressão eficientista exige melhor utilização dos recursos e do controle dos sistemas educacionais para ajustar seus objetivos, conteúdos e produtos finais as demandas do mundo do trabalho (DELUIZ, 2001).

A forma atual de expressão história do capitalismo, sob predomínio do capital financeiro, conduzido de acordo com as regras do capitalismo desenfreado, num momento histórico marcado por um irreversível processo de globalização econômica e cultural, produz também um cenário existencial onde as referências ético-políticas perdem sua força de orientação do comportamento das pessoas, no que se refere ao descrédito e desqualificação para a educação. Prevalecendo um sentimento de esvaziamento de todos os valores e fins das utopias, de esperança de um futuro melhor, de incapacidade de construir projetos. E ganhando terreno fértil, se têm a eficiência e a produtividade como os únicos critérios válidos.

Destacando também sob o ponto de vista político-pedagógico, esses valores são difundidos com base na pedagogia das competências, em que o princípio está na adaptabilidade individual do sujeito às mudanças socioeconômicas do capitalismo. Com isso, a construção da identidade do trabalhador torna-se produto das estratégias individuais que se desenvolvem em respostas aos desafios das instabilidades internas e externas à produção, o que acaba por incluir o preparo para o desemprego, o subemprego ou o trabalho autônomo. Esta é a ética fundada pela ideologia da empregabilidade, que em termos de desenvolvimento educacional, significa uma mobilização autônoma do indivíduo para buscar as oportunidades que a sociedade (ou o mercado) oferecem (PEREIRA e RAMOS, 2006).

No que se refere à crítica ao currículo disciplinar, tem destaque no sentido de que a competência implica na resolução de problemas e uma ação voltada para os resultados, à pedagogia das competências foi difundida no Brasil por sua suposta capacidade de

converter o currículo em um ensino integral, mesclando-se em problemas e projetos, os conhecimentos normalmente distribuídos por diversas disciplinas e os saberes cotidianos. Com isso, a organização do currículo não passaria mais pela definição de um conjunto de conhecimentos sistematizados a que o aluno deveria ter acesso e, sim pela definição das competências que para tal, caberia a seleção de conhecimentos exclusivamente necessários para o seu desenvolvimento.

Nos estudos de Pereira e Ramos (2006), verifica-se que a pedagogia das competências, acaba por contribuir para a desintegração curricular, principalmente, por tentar reproduzir as situações de trabalho nos espaços formativos, nos quais apresentam suas próprias lógicas, finalidades e contradições. Portanto, as análises do processo de trabalho dificilmente escapam da orientação funcionalista, resultando em listas de atividades e comportamentos, que orientam o currículo, transformando-o em um aparato técnico, operado por práticas pedagógicas condutivistas.

Entretanto, de acordo com Deluiz (2001), a matriz crítico-emancipatória das competências ainda está em construção. Pois agrega em seus fundamentos teóricos o pensamento crítico-dialético, pretendendo não somente ressignificar a noção de competências, atribuindo-lhe um sentido que atenda aos interesses dos trabalhadores, como também apontar princípios orientadores para a investigação do processo de trabalho, para a organização do currículo e para uma proposta de educação profissional ampliada.

Ao considerar a noção de competências como “multidimensional” que envolve dimensões como a individual, de caráter cognitivo, relativa ao processo de aquisição e construção de conhecimentos produzidos pelos sujeitos diante das demandas das situações concretas de trabalho. Concomitantemente, envolve outra dimensão, sendo esta a sócio-cultural que é construída e balizada por parâmetros sócio-culturais e históricos.

Nessa perspectiva, a definição e construção de competências não se pauta pelas necessidades e demandas estritas do mercado, na ótica do capital, mas considera a dinâmica e as contradições do mundo do trabalho, os contextos macroeconômicos e políticos, as transformações técnicas e organizacionais, os impactos sócio-ambientais, os saberes do trabalho, os laços coletivos e de solidariedade, os valores e as lutas dos trabalhadores (DELUIZ, 2001).

Com isso, atribui uma enorme importância à dimensão social da construção do conhecimento, enfatizando a noção de competências para autonomia e para emancipação de relações de trabalho alienadas, para a compreensão do mundo e de sua transformação. Conforme o contexto exposto, a autora destaca que:

“Busca, assim, construir competências para uma ação autônoma e capaz nos espaços produtivos, mas, igualmente, voltada para o desenvolvimento de princípios universalistas – igualdade de direitos, justiça social, solidariedade e ética – no mundo do trabalho e da cidadania. Pretende desenvolver uma formação integral e ampliada, articulando sua dimensão profissional com a dimensão sócio-política”.
(DELUIZ, 2001, pág. 65)

É necessário ressaltar que a noção de competência é fortemente polissêmica, tanto no mundo do trabalho quanto na esfera da educação. Por se originar de diversas visões teóricas que estão ancoradas em matrizes epistemológicas diversas que expressam interesses, expectativas e aspirações dos diferentes sujeitos coletivos, que possuem propostas e estratégias sociais diferenciadas e buscam a hegemonia em seus projetos políticos.

Diante do contexto apresentado, cabe enfatizar que as escolhas em educação não são neutras e que os conceitos expressam as características e interesses dos grupos e forças sociais que os elaboram. Segundo Deluiz (2001), a noção de competência é, portanto, uma construção social e por isso, alvo de disputas políticas em torno do seu significado social. Torna-se imprescindível o desafio de propor alternativas ao modelo de educação profissional vigente.

Defendendo uma pedagogia das competências centrada na práxis humana, compreendida como processo por meio do qual os homens produzem socialmente sua existência mediada pelo trabalho. E que diante desta perspectiva, o conhecimento seja construído pela busca histórica de compreensão da realidade em sua essência. Conforme enfatiza Ramos (2003):

“Isso pressupõe conceber o conhecimento como possibilidade antológica e como produção social e histórica. A educação comprometida com a possibilidade dos trabalhadores tornarem-se

dirigentes deve então, proporcionar a compreensão da realidade social e natural, com o fim de dominá-la e transformá-la” (Ramos, 2003, pág.78).

A pretensão em analisar o CTACS da EPSJV se dá por sua trajetória de negação da naturalização das ações desenvolvidas pelos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde. Naturalização essa, ligada a uma formação que se restringe à técnica (treinamento) e não considere o contexto econômico, político e social que permeiam a política de saúde e as relações de trabalho. Alinhada com o pensamento crítico e progressista das áreas da saúde, da educação e do trabalho, e principalmente, por ser considerada uma instituição que luta a favor da formação dos trabalhadores, utilizando os espaços gerados pelas contradições em um sistema capitalista.

Considera-se que o debate exposto sobre as reformas educacionais, o modelo de competências não se esgota neste pequeno esboço, mas é de fundamental importância a apropriação teórica deste debate para o aprofundamento das discussões sobre as influências que este modelo agregou para a educação profissional. E como este modelo têm direcionado a trajetória de formação dos trabalhadores em saúde, especificamente, os ACS.

V – O Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) da Escola Politécnica de Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ)

O capítulo apresentado tem como objetivo de analisar de que forma o CTACS da EPSJV pode contribuir para a formação e trabalho do ACS. Para tal, foi necessário analisar se o curso está alinhado ao conceito de politecnicidade, se as temáticas trabalhadas ao longo do curso têm proximidade com a prática profissional e se o conteúdo do curso está relacionado com a valorização do saber comunitário e popular.

O CTACS, como veremos mais adiante, se organiza a partir de eixos temáticos, levando em conta o limite de tempo desta pesquisa e seus objetivos o foco da análise deteve-se apenas nos eixos **Educação e Saúde e Investigação e Planejamento em Saúde**, visto que os eixos destacados atravessam todo o curso técnico. Considerando o material disponibilizado pela coordenação para a pesquisa, foram utilizados para análise os seguintes documentos: Síntese construída pelas coordenações do CTACS – 1ª avaliação/2009; Planejamento de aulas dos eixos selecionados das etapas I, II e III/2009, 2010; Avaliação final da I etapa - questionários respondidos pelos alunos/ 2009; Avaliação da III etapa – questionários respondidos pelos alunos/ 2011 e Avaliação final CTACS – questionários respondidos pelos alunos/2011.

Cabe destacar que com a leitura de documentos de avaliação como questionários preenchidos pelos ACS ao término de cada etapa formativa, avaliação geral por parte da coordenação do curso e ainda os planejamentos das aulas, procurou-se uma reflexão a cerca da percepção dos agentes quanto a mudanças em seu processo de trabalho, na relação desse profissional com a equipe de saúde, tendo em vista a valorização do saber técnico. Também se procurou analisar se houve uma mudança no relacionamento do profissional com a comunidade.

Buscando compreender melhor o processo do curso como um todo, este capítulo inicia-se se aproximando das propostas mais gerais da EPSJV/FIOCRUZ com base no seu projeto político pedagógico, em seguida apresenta um breve histórico do CTACS da EPSJV, tendo como subsídio o Caderno do Aluno do ano de 2010, para então se concentrar na análise dos documentos de avaliação do CTACS e de planejamento do Eixo Investigação e Planejamento em Saúde e do Eixo Educação e Saúde.

5.1 - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV)

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) é uma unidade técnico-científica da Fiocruz, criada em 1985, que se dedica a atividades de ensino, pesquisa e cooperação no campo da Educação Profissional em Saúde.

A EPSJV, inspirada em autores como Marx e Gramsci e, em educadores atuais como Gaudêncio Frigotto e Dermeval Saviani, busca incessantemente construir sua concepção de politecnicidade e aborda como eixo central ‘o trabalho como princípio educativo’, articulado com a pesquisa como princípio educativo. Concomitantemente, elege a arte e o pensamento filosófico como inerentes à integração dos conhecimentos científicos e, destes com a vida cotidiana. A escola ainda afirma seu compromisso com a educação profissional, e destaca em seu projeto de formação dos trabalhadores da saúde:

“A educação profissional como parte significativa de um projeto nacional baseado no conceito democrático de nação e de formação dos trabalhadores da saúde pautada pelas relações sociais (...) o que significa discutir e refletir formas de profissionalização em dimensões de legalização e valorização das profissões. Trata-se ainda da defesa de que para todo trabalhador deve ser garantida a Educação Básica. Este projeto nacional deve contemplar a defesa da Escola Pública”. (EPSJV, 2005, pág.: 63).

A escola politécnica traz uma perspectiva de nível técnico que introduz a oportunidade de elaboração de um projeto político pedagógico que fundamente o saber sobre o trabalho e recupere as bases técnicas que o estruturam e o qualificam, constituindo-se na possibilidade de domínio do trabalhador do conhecimento científico construído pela humanidade. Tal conhecimento permite ao sujeito a apropriação de bases teóricas e técnicas do seu trabalho, o que amplia a compreensão do processo em que se insere.

No contexto da Lei n. 5.692/71, sendo esta dual e classista e um dos cerne de uma política educacional que deixava claro que o modelo de formação do homem adotado era técnico, neutro e pragmático, voltado para o mercado, a EPSJV se propõe a evitar o aprofundamento da fragmentação dos conhecimentos que a referida Lei colocava em pauta. Diante disso, a escola politécnica se coloca como objetivo não abrir mão de ter no currículo conteúdos e práticas que articulem a formação geral aos conhecimentos específicos.

No contexto atual, a escola se depara com o ideário das competências que teria que ser implementado na perspectiva do mundo da produção capitalista e de abordagem condutivista⁵ o que, se acredita, traria um retrocesso para o processo de emancipação dos trabalhadores. Propondo-se a não comprometer seu projeto, a escola entende que pode através de deslocamento de sentido, através das brechas, manter e avançar no seu projeto de educação politécnica traduzida para os dias atuais (PEREIRA E RAMOS, 2006, p. 58).

Tendo como meta à possibilidade de formar trabalhadores para serem dirigentes e comprometidos com o projeto de saúde pública ampliado, de humanização dos serviços de saúde e construção de sociedade justa e igualitária, a EPSJV destaca como eixos norteadores em seu projeto educacional:

- 1) A noção de politecnia, aqui adotada, postula que o processo de trabalho desenvolva, em uma única unidade indissociável, aos aspectos manuais e intelectuais, características intrínsecas ao trabalho (...) implica uma formação que, a partir do próprio trabalho social, desenvolva a compreensão das bases de organização do trabalho de nossa sociedade. Trata-se da possibilidade de formar profissionais não apenas teórica, mas ao praticar, se compreendam os princípios que estão direta e indiretamente na base nesta forma de se organizar o trabalho na sociedade;
- 2) O materialismo histórico, como abordagem e método;
- 3) O entendimento do sujeito como indivíduo singular e ao mesmo tempo como consciência geral (...);
- 4) Afirmar na formação técnica a ‘educação dos sentimentos, da sensibilidade e dos sentidos’;
- 5) O trabalho como princípio educativo;
- 6) A pesquisa como princípio educativo (EPSJV, 2005 apud PEREIRA E RAMOS, 2006, pág.58).

Segundo o Caderno do Aluno do CTACS do ano de 2010, a EPSJV tem como principais objetivos: coordenar e implementar programas de ensino em áreas estratégicas para a Saúde Pública e para Ciência e Tecnologia em Saúde; elaborar propostas para subsidiar a definição de políticas para a educação profissional em saúde e para a iniciação

⁵ Vide o capítulo III que aborda a discussão sobre as reformas educacionais, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) no contexto brasileiro e seus reflexos na Educação Profissional em Saúde.

científica em saúde; formular propostas de currículos, cursos e metodologias e materiais educacionais; e produzir e divulgar conhecimento nas áreas de Trabalho, Educação e Saúde⁶.

Em referência à produção e disseminação do conhecimento na sua área de atuação, a EPSJV edita o periódico científico ‘Trabalho, Educação e Saúde’ e coordena uma Biblioteca Virtual sobre Educação Profissional em Saúde (BVS-EPS), desenvolvida pela própria escola. Sedia a Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde, que integra a Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde. É ainda Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Educação de Técnicos em Saúde. O investimento em pesquisa tem proporcionado ainda um aumento significativo da produção de livros e material educativo de um modo geral.

Em relação ao ensino, a EPSJV dispõe de cursos de formação inicial e continuada e técnicos de nível médio nas áreas de Vigilância, Atenção, Informações e registros, Gestão e Técnicas Laborais e Manutenção de Equipamentos. em seu quadro de formação estende a preocupação com a continuidade da formação em saúde e preparo de profissionais para atuar na formação para o campo da Educação Profissional em Saúde. Com isso, disponibiliza inserção em especialização a nível técnico e pós-graduação (Especialização e Mestrado em Educação Profissional em Saúde). No ano de 2008, iniciou a habilitação técnica de Agente Comunitário de Saúde (EPSJV, 2010).

5.2 - Breve Histórico do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) da EPSJV

Segundo o Caderno do Aluno do CTACS da EPSJV, a proposta de desenvolver um curso técnico de ACS se deu através da solicitação de um grupo de ACS e técnicos do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF). Após este primeiro contato, no ano de 2006 a equipe do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (LABORAT) da EPSJV, em conjunto com os representantes do Centro de Saúde Escola

⁶ Informações sobre o campo de formação da EPSJV e do CTACS retiradas do Caderno do Aluno 2010 do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde da EPSJV/FIOCRUZ.

Germano Sinval Faria (CSEGSF) ⁷ (três médicos e dois enfermeiros) realizaram uma série de oficinas para o levantamento de diretrizes do curso. Em seguida, diversos laboratórios da escola foram envolvidos na construção do currículo do curso, assumindo a coordenação dos eixos e a docência das aulas.

A estrutura curricular foi elaborada a partir do Referencial Curricular do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde pelo Ministério da Saúde em Conjunto com o Ministério da Educação. No intuito de subsidiar a formação profissional foi analisado o Perfil de Competências Profissionais dos Agentes Comunitários de Saúde proposto no Referencial. Porém, sempre compreendendo que:

“Essas competências estão referidas também à equipe de saúde da família e, por isso, compõem um conjunto maior, do qual se destacam mais especificamente para o agente comunitário de saúde, as habilidades relacionadas às atividades de educação em saúde. Trata-se da realização de um complexo trabalho em saúde, com forte valorização da dimensão da comunicação, e com a especificidade de realizar-se na comunidade e no domicílio, por meio de atividades que requerem a mediação entre os saberes e as práticas instituídas no setor saúde.” (EPSJV, 2010, p. 7).

Cabe ressaltar que a construção da proposta curricular ocorreu numa interlocução com os profissionais de saúde da família do CSEGSF da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), com destaque para os conhecimentos e percepções dos ACS acerca de seu trabalho que possibilitou a construção dos componentes curriculares com a problematização das seguintes perguntas: Porque o trabalho do ACS é necessário; Com que problemas de saúde o ACS lida no seu dia a dia com a comunidade; Como é pensada e realizada a atuação do ACS; Quais atividades o ACS realiza; Em que condições o trabalho do ACS se realiza.

A partir das reflexões e pontuações sobre as situações do cotidiano de trabalho dos ACS e da equipe de saúde da família, identificou-se e sistematizou-se os conhecimentos necessários para subsidiar o trabalho que os ACS desenvolvem, fundamentando-o e conferindo-lhe especificidade.

⁷ A primeira turma do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde se deu com os ACS do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ).

O Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio, é organizado em 1200 horas e dividido em 3 etapas com duração estimada de 2 anos e meio a 3 anos. Contudo, esta duração está sujeita a mudanças devido à liberação dada aos ACS pelos gestores dos serviços para participarem do curso.

A Etapa Formativa I (400hs) - Construção Histórica do Trabalho do ACS: Políticas Públicas, Território e Educação em Saúde - tem como objetivos: compreender a formulação do trabalho do ACS no âmbito das políticas públicas de saúde; compreender as bases do trabalho educativo em saúde; compreender os princípios do planejamento e da pesquisa em saúde; compreender as múltiplas dimensões do território e as dinâmicas que o caracterizam e compreender as bases históricas, técnicas e sociais do trabalho em saúde e refletir sobre o trabalho do ACS.

Para atingir tais objetivos, a etapa aborda como eixos norteadores: Eixo Políticas de Saúde no Brasil; Eixo Educação e Saúde; Eixo Investigação e Planejamento em Saúde; Eixo Território e Saúde; Eixo Trabalho em Saúde; Oficina de texto; Oficina de teatro; Prática Profissional.

A Etapa Formativa II (600 horas) – A Organização e o Desenvolvimento do Trabalho do ACS: a Educação e o Cuidado em Saúde da Família tem como objetivos: compreender as propostas e as características do trabalho do ACS em relação à organização da sociedade brasileira; desenvolver e refletir sobre estratégias de educação e mediação em saúde; compreender os vários modelos explicativos do processo saúde doença e suas implicações para a atenção à saúde; desenvolver e refletir sobre a perspectiva da promoção, da vigilância e do cuidado em saúde na organização das práticas do ACS e compreender a história, os princípios e as estratégias da organização e operacionalização da saúde da família.

Para atingir tais objetivos, a etapa trabalha com os seguintes eixos norteadores: Eixo Estado, Sociedade e Políticas Públicas; Eixo Educação e Saúde; Eixo Investigação e Planejamento em Saúde; Eixo Modelos de Atenção em Saúde; Eixo Promoção, Vigilância e Cuidados em Saúde; Eixo Estratégia Saúde da Família; Eixo Informação em Saúde; Oficina de Texto; Oficina de Teatro; Prática Profissional.

A Etapa Formativa III (200 horas) – Trabalho do ACS e a Participação Política: Educação e Cidadania em Saúde tem como objetivos: compreender a participação política em saúde em relação às concepções de Estado, Sociedade e aos Movimentos Sociais; discutir as relações entre educação e saúde e os movimentos sociais; compreender a dinâmica de organização do sistema municipal de saúde e a saúde da família; discutir as possibilidades e limites das principais políticas, diretrizes e princípios do SUS, visando à organização da atenção à saúde e discutir os avanços e limites do Sistema Único de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família.

Para atingir tais objetivos são trabalhados os seguintes eixos norteadores: Eixo Estado, Sociedade e Políticas Públicas; Eixo Educação e Saúde; Eixo Investigação e Planejamento em Saúde; Eixo Sistema Municipal de Saúde; Eixo Atenção à Saúde; Eixo Estratégia Saúde da família; Prática Profissional.

Cabe ressaltar as estratégias de integração dos componentes curriculares como a prática profissional, oficinas de texto e oficinas de teatro. Estas envolvem temáticas transversais de grande importância para se trabalhar os princípios da politecnia, visto que oportunizam aos alunos, a partir de outras linguagens, a percepção de outras realidades e dinamizam as atividades dentro e fora de sala de aula.

Na perspectiva de integração curricular, cabe destacar a primeira das estratégias como a prática profissional, esta é desenvolvida de forma transversal ao longo do curso e articula-se aos eixos Educação e Saúde, Investigação e Planejamento em Saúde. A estratégia disciplinar tem como objetivo trabalhar a proximidade das temáticas dinamizadas em sala de aula com as atividades do cotidiano de trabalho dos ACS.

As Oficinas de Texto tem como objetivo fortalecer a compreensão de textos e o aprimoramento da escrita por meio de atividades de leitura e redação, de modo a auxiliar o desenvolvimento da linguagem escrita dos alunos, dos conceitos das etapas formativas e a elaboração do trabalho de conclusão do curso.

As Oficinas de Teatro são utilizadas com objetivo de discutir as situações vivenciadas no cotidiano do trabalho do ACS, de forma a permitir uma estratégia diferenciada na abordagem dessas questões e criar condições para que os conhecimentos desenvolvidos durante o curso possam contribuir para a compreensão, a crítica e a indicação de possibilidades de transformação dos processos envolvidos nessas situações. A

proposta é oportunizar ao longo do curso a criação e apresentação de esquetes para a discussão de situações do cotidiano do trabalho do ACS. “Espera-se para, além disso, contribuir para a formação humana e capacidade de expressão oral dos alunos” (EPSJV, 2010, pág.15).

Ainda segundo o caderno do aluno, a proposta do curso envolve um processo de avaliação da aprendizagem processual e diversificado levando em conta diferentes produtos dos trabalhos individuais e coletivos desenvolvidos durante as aulas.

Desse contexto, cabe destacar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que é um projeto de uma atividade de educação e saúde construído ao longo do curso a partir do desenvolvimento da prática profissional, contemplando as seguintes etapas: “diagnóstico, com a identificação de situações a serem enfrentadas; descrição dessas situações e de seus determinantes e condicionantes; identificação dos sujeitos sociais e análise das relações sociais estabelecidas; identificação e construção de estratégias para o enfrentamento das situações elencadas e a elaboração do plano de trabalho com definição de objetivos e metodologia” (EPSJV, 2010, pág: 18).

5.3 - Análise dos Documentos do CTACS da EPSJV

Conforme destacado anteriormente, a EPSJV/FIOCRUZ ofertou em 2008-2009 as 3 etapas formativas do CTACS. A equipe de coordenação do curso, composta por professores-pesquisadores da EPSJV acumulou um vasto material que contém o planejamento e a avaliação dos diferentes eixos do curso que foi gentilmente disponibilizado para análise desta pesquisa.

De acordo com o que foi apresentado anteriormente, os eixos analisados foram **Educação e Saúde e Investigação e Planejamento em Saúde**, no que se refere aos objetivos da pesquisa, são eixos essenciais para análise em torno da formação profissional em saúde e sua articulação com a prática profissional do ACS, visto que os eixos destacados atravessam todo o curso.

De acordo com os documentos analisados, é pertinente ressaltar que as sínteses construídas pelas coordenações do CTACS – 1ª avaliação/2009 foram compostas por sistematizações das reflexões dos alunos sobre o processo de ensino aprendizagem. O

planejamento de aulas das etapas I, II e III/2009- 2010 foram estruturados com aportes teóricos metodológicos que continham uma visão crítica do cotidiano de trabalho dos serviços de saúde.

No que se refere aos questionários de avaliação parcial e/ou final das etapas do CTACS, cabe destacar que foram estruturados em perguntas abertas e semi-abertas, onde os alunos podem expor suas idéias sem, necessariamente, identificar-se⁸. O número de alunos que responderam aos questionários foi em torno de dezenove (19) ACS. Por fim, os documentos foram analisados de acordo com os objetivos da pesquisa em constante articulação com as reflexões em torno da formação profissional dos ACS.

O acesso ao planejamento das oficinas preparatórias dos eixos **Educação e Saúde e Eixo Investigação e Planejamento em Saúde** permitiu visualizar a discussão em torno dos aspectos metodológicos, de conteúdo e de participação, que serviram de substrato para os docentes elaborarem um plano de aula.

No decorrer das leituras dos documentos dos eixos expostos acima, é possível perceber o cuidado com o planejamento do processo de ensino-aprendizagem, visto que todas as aulas foram planejadas detalhadamente, com referenciais teórico-metodológicos de acordo com a realidade dos serviços de saúde ao qual o ACS está inserido. É importante destacar a evidente preocupação do planejamento não só com o conteúdo das aulas, mas também com sua dinâmica, sendo possível visualizá-la nos documentos de planejamento das etapas I, II e II dos eixos citados acima.

É pertinente destacar que durante a leitura do planejamento das aulas foi possível perceber que houve, inicialmente, uma preocupação com os diferentes enfoques de educação e um aprofundamento gradativo e importante da temática da educação popular em saúde durante o desenvolvimento do eixo. Ao considerar como ponto de partida de algumas das aulas, a própria ação dos trabalhadores no processo de trabalho cotidiano, fica visível que a formação busca uma tentativa de aproximação com a prática profissional.

Outro ponto fundamental observado na leitura dos documentos foi o mapeamento e problematização das técnicas e metodologias que utilizam para desenvolver o trabalho educativo. O processo de ensino-aprendizagem previa oportunizar aos alunos uma análise

⁸ Seguem os modelos em anexo.

crítica de suas ações junto às equipes de ESF. O que possibilita uma proximidade das temáticas trabalhadas no curso com a prática profissional do ACS.

Com base na síntese construída a partir de questionários de avaliação respondidos pelos alunos ao final do curso, em dezembro de 2009 pelas coordenações do curso técnico Vera Joana Bornstein e Mariana Lima Nogueira, considerando a relação entre os aprendizados e prática profissional, foi possível identificar uma avaliação positiva por parte dos alunos no que se refere à ampliação de conhecimentos, crescimento profissional e intelectual, o que se traduziu em uma nova perspectiva profissional. Em um dos relatos citados pelas educadoras, uma aluna diz:

“antes de começar o curso eu estava muito desmotivada, agora estou vivendo uma nova fase profissional”.

Ainda de acordo com a mesma síntese, pode-se apontar que a relação entre os aprendizados e a prática profissional foi considerada positiva no depoimento da maioria dos entrevistados, que apontaram para um entendimento ampliado da problemática da comunidade e, também o fortalecimento dos ACS dentro da própria equipe. Vale destacar alguns relatos como:

“Com certeza esse curso tem ampliado a visão do nosso trabalho e tem proporcionado uma melhor qualidade no sentido profissional e pessoal”.

“Mudei muito minha visão em relação à comunidade. Estou ajudando mais a equipe e a comunidade sentirá isso só após as mudanças em andamento”.

Com base ainda na discussão sobre as mudanças na forma de realizar o trabalho após ter iniciado o curso, os profissionais responderam que ao longo do curso adquiriram conhecimentos para além do saber técnico que podem levar com eles ao longo da vida. Isso nos remete ao alinhamento do curso com o conceito de politecnia, visto que os alunos relatam ao longo do questionário conhecimentos necessários para a vida, com base em uma formação humana em que o aluno torna-se sujeito, participa, pensa e contribui para o processo ensino-aprendizagem.

“[...] tanto na vida profissional quanto na pessoal. Cresci, amadureci, tanto tempo juntos aprendi a lidar e a respeitar as diferenças de cada um [...] nós enquanto ACS nos conhecemos melhor, nos unimos ainda mais”.

“Sim, pois através desse curso, adquiri um amadurecimento para buscar por meus ideais [...] independente das dificuldades a pessoa deve investir na educação para fazer diferença na vida”.

“Repercutiu no sentido de facilitar o relacionamento com a comunidade e com os profissionais de saúde e me fez sentir útil ao próximo”.

Outra questão que chamou atenção foi o destaque nas respostas sobre a valorização desse aluno como profissional de saúde. Alguns ressaltam que antes da inserção no curso não se viam como um trabalhador de saúde. E a partir das discussões em sala de aula foi possível perceber a importância de seu trabalho dentro da equipe de saúde e, que para tal era necessário que o profissional iniciasse um processo reflexivo sobre a importância de articular e integrar os saberes diferenciados na equipe de forma a atender integralmente os sujeitos.

“Comecei a ter mais falas dentro da equipe, pois tinha conhecimento e segurança para discutir igualmente [...] em relação à comunidade, me senti mais capaz de estar resolvendo alguns problemas com autonomia”.

“- Sim, agora falamos de igual para igual, não me sinto mais inferiorizada como antes, agora exijo respeito”.

No decorrer dos escritos dos ACS vale destacar a importância da apropriação de um conhecimento que valorize o trabalhador como sujeito das relações que vão se estabelecendo tanto no processo de trabalho cotidiano como na formação profissional. Nas respostas dos ACS essa questão ficou evidente na medida em que se destacou a importância do conhecimento adquirido no curso para a tomada de decisões, posicionamento diante da equipe de saúde e entendimento das questões a nível técnico na fala de alguns profissionais de nível superior.

Entretanto, nos escritos torna-se evidente, concomitantemente, um conflito interno de saberes profissionais que deveriam se integrar ao longo do processo de trabalho. Mas o

que acontece, diante de alguns escritos, são situações conflituosas onde se impera o saber biomédico em detrimento do saber comunitário e popular. O destaque dado pelos ACS do “falar de igual pra igual” nos orienta a pensar uma formação pra além de cada segmento profissional. Que possibilite problematizar como podemos avançar em articular de forma real os saberes em saúde, como podemos em cada formação específica, entender que cada segmento profissional complementa a prática profissional do outro, para que de forma efetiva se consiga realizar um atendimento/acompanhamento integral.

“Até o momento tudo que é relacionado ao curso não tem muita credibilidade [...] tanto que na apresentação do último trabalho a médica veio e não prestou atenção nos temas”.

Nos escritos dos ACS dividiram-se as opiniões sobre a questão da valorização da equipe de saúde sobre o curso técnico. Alguns apenas fazem uma reclamação diante das dificuldades encontradas para que seu saber se legitime diante da equipe de saúde. No entanto, alguns ACS destacaram a crença em que a partir das mudanças em sua postura em sua prática profissional e posicionamento crítico diante das questões discutidas ao longo do tempo da equipe, se moldaria um olhar diferenciado para o profissional, com isso viria à valorização deste.

“Sim, sempre que procuro opinar sobre o processo de trabalho sou ouvida”.

“Não, até então eles nunca perguntaram o que procede no curso, o que fazemos e aprendemos [...]”.

Um ponto que vale ser destacado é o processo de elaboração do trabalho de conclusão de curso (TCC). Sendo este um trabalho de grupo, construído basicamente em sala de aula. Percebo como essencial esta parte por trazer para a discussão a questão de um trabalho de conclusão, visto que a maioria dos alunos salientaram que isto era algo novo no processo de ensino-aprendizagem e que tinham receio de não conseguirem desenvolver tal trabalho por não terem o hábito construído de reflexão sobre a prática profissional.

Ainda dentro da questão sobre o processo de elaboração do trabalho de conclusão de curso, cabe destacar os pontos positivos e os pontos negativos elencados pelos alunos.

Todos os dezenove (19) alunos que responderam ao questionário elencaram os pontos positivos e quatorze (14) desses, concomitantemente, os pontos negativos. Foram destacados como pontos positivos a importância do trabalho em equipe; a contribuição de cada um do grupo; as diferenças de pensamento como possibilidade de construção de um trabalho mais rico, a partir do olhar de cada aluno; o respeito mútuo entre alunos e também dos professores; o empenho dos professores para a diminuição da timidez o que possibilitou o crescimento da autonomia dos ACS envolvidos no curso técnico.

Mas também cabe destacar os pontos negativos ressaltados pelos profissionais como a não participação e dedicação efetiva e integral de todos os ACS que integraram o curso. Alguns ressaltaram que, em alguns momentos, o curso se tornou cansativo e extenso. Além, de algumas vezes sentirem grande dificuldade de associar as atividades solicitadas durante o curso ao processo de trabalho cotidiano.

Em referência ao eixo Investigação e Planejamento em Saúde, no que concerne ao planejamento estratégico em saúde, dezoito (18) agentes afirmaram ter aprendido a utilizá-lo como ferramenta. É possível perceber, a partir de algumas respostas, que o eixo desenvolvido no curso foi fundamental para a reorganização do processo de trabalho em saúde, visto que os ACS ressaltaram, por diversas vezes, que antes da oportunidade de inserção no curso técnico eles desenvolviam as atividades sem qualquer planejamento das mesmas. Os agentes também destacaram que não era uma cultura da equipe de saúde, da qual faziam parte, realizar um planejamento individual ou em grupo das atividades de trabalho.

Concomitantemente a esta reflexão, sinalizaram a importância de avaliar a situação do território em que atuam, analisando suas causas e consequências para assim, delimitar o tempo de resolutividade dos problemas. Seguem algumas respostas dos ACS participantes do CTACS da EPSJV/FIOCRUZ na íntegra para um maior conhecimento do exposto acima:

“A forma de planejamento, as etapas, os recursos e materiais necessários para a ação, as dificuldades, o tempo de ação, todo esse conjunto foi essencial, essa ordem de tarefas por etapa, nos ajudou a ter novos planos de ação”.

“Tanto no pessoal quanto no profissional, pois todo o planejamento desde o estudo de caso não crítico, prioridade, matriz de viabilidade, matriz de operacionalização é muito importante, e a partir disso, facilita o trabalho”.

“Aprendi a avaliar a situação do território, dali tirar as causas e consequências para poder está elaborando um plano de ação para tentar resolver os problemas, tendo consciência de que alguns problemas resolvidos a longo, médio e curto prazo”.

Ainda em relação ao aprendizado para a utilização das ferramentas do planejamento estratégico em saúde, dos (19) alunos que responderam o questionário, uma (1) pessoa respondeu nem que sim, nem que não e, sim em processo. O que me chamou atenção foi à maneira como o profissional refletiu sobre o processo ensino-aprendizagem, visto que destacou:

“(…) Em processo, acho que como tudo na vida está em processo de aprendizado. No início houve um estranhamento total, à medida que fomos trabalhando, construindo juntos com os preceptores e os colegas do curso foi clareando. Mas na minha opinião, só se aprende planejamento, planejando, aprendendo com os erros e o próximo vai ser melhor que o primeiro”.

Nas respostas dos questionários, os alunos apontam que o eixo os ajudou a ter consciência de que é preciso, antes da atuação profissional, investigar e diagnosticar os problemas da comunidade onde atuam. Para que seja possível e eficaz uma intervenção profissional comprometida e coerente com a realidade do cotidiano de trabalho, isto nos remete a proximidade do curso com a prática profissional, visto que essa prática precisa ser investigada e planejada em tempo anterior ao da atuação profissional. Podemos perceber nos relatos destacados abaixo a construção dessa consciência:

“Vejo que o eixo nos ensinou a investigar e planejar as ações na comunidade. Contribuí para o desenvolvimento das aulas tentando me empenhar o máximo”.

“Participei das discussões, tive idéias, elaborei estratégias e dei o melhor de mim, apesar de ser um eixo difícil, consegui aprender. Agora irei usá-lo no meu trabalho”.

Diante do contexto destacado acima, a discussão sobre investigação e planejamento em saúde é nova para os alunos e talvez para as equipes de saúde. Existe um primeiro

estranhamento em relação a ele. Neste sentido, a importância deste conteúdo é fundamental para se pensar o trabalho de forma organizada e consciente. Entretanto, para se ter uma prática consciente e coordenada, é preciso que toda a equipe de saúde esteja atuando de forma horizontalizada. Onde todos os integrantes da equipe sejam atuantes e valorizados. Pois, não é possível transformar a prática dos ACS sem a participação das equipes.

Em referência ao conteúdo do CTACS da EPSJV estar relacionado com a valorização do saber comunitário e popular, fica evidente nos relatos dos alunos nos questionários, que a proximidade das temáticas com a prática profissional é uma das estratégias pensadas e aprofundadas ao longo do curso técnico para facilitar o processo de aprendizagem, visto a importância da relação entre teoria e prática e as contradições no processo de trabalho em saúde, em especial do ACS.

Uma das abordagens que destaco como valorização do saber comunitário e popular presente ao longo da leitura dos documentos de planejamento e avaliação do curso é o fomento de discussões, a partir dos conhecimentos dos alunos-trabalhadores referente à circulação de informações e grupos culturais pela comunidade, além da análise da visita domiciliar como atividade educativa.

Conforme destacados nos escritos dos ACS, a relação com a comunidade era uma preocupação anterior ao curso. No cotidiano de trabalho, é necessário tentar uma aproximação com o público atendido para que seja possível uma criação de vínculo, de forma a facilitar e desenvolver uma relação de confiança com as famílias que precisam acompanhar. Através das respostas dos ACS ao questionário de avaliação final do curso, foi possível perceber que todos os profissionais que preencheram o questionário, mesmo tendo anteriormente construído uma relação de vínculo com a comunidade, ressaltaram que o curso foi importante para dimensionar o olhar e a escuta, sem preconceitos ou juízo de valor, para a aproximação inicial – visita domiciliar.

“[...] ficou mais fácil lidar com a comunidade, já que minha experiência se expandiu com outros saberes, principalmente, a escuta, o olhar e a maneira de conduzir as relações”.

“Sim, mais segurança no meu trabalho como Agente Comunitário de Saúde, à medida que fui me empoderando das informações passadas ao longo dos eixos”.

“Sim, cada vez mais eu desperto para o fato de que eu tenho mais a aprender com a comunidade que ensinar alguma coisa para eles”.

Cabe salientar a partir da leitura das respostas ao questionário pelos ACS, que a dimensão do olhar vai pra além do cuidado em ouvir o usuário e se estende ao olhar em uma perspectiva de direito social, visualizando a ação dos profissionais de saúde não mais caritativa, ou seja, em uma perspectiva de ajuda. E sim, em uma ação de responsabilidade sanitária e integral que depende dos múltiplos sujeitos envolvidos no processo do cuidado em saúde como gestores, profissionais de saúde e usuários.

Ainda em relação à visita domiciliar como prática educativa é importante ressaltar, no que se refere à educação em saúde, que o agente pode atuar de forma vertical e prescritiva, apenas informando como as pessoas podem se comportar para atingir um padrão de saúde. Ou de forma horizontal, estabelecendo uma troca de saberes que poderá ser um caminho para a criação de uma relação de confiança e vínculo, como também de transformação das relações sociais previstas no modelo de reorientação dos serviços de saúde, em especial na Atenção Básica.

É importante ressaltar as avaliações realizadas pelos ACS do curso técnico sobre a relação professor-aluno. Todos os questionários traziam uma resposta positiva em relação a esta questão. Os alunos destacaram que durante as aulas, não havia um modelo de transferência de conteúdos e, sim troca de saberes. Sinalizaram que esta excelente relação entre professores e alunos se deu em uma construção, no cotidiano do curso, de compromisso e respeito mútuo.

Ressaltaram que os professores consideravam e valorizavam seus conhecimentos de vivência como ACS e moradores da comunidade onde atuavam. Além do estímulo e incentivo aos alunos na elaboração e execução das atividades, principalmente, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Visto a importância do resultado desse trabalho, destaco algumas respostas na íntegra dos alunos:

“Foi muito boa. Os professores tiravam as dúvidas, explicavam bem a temática a ser desenvolvida, nos ajudaram e muito na conclusão do trabalho. Enfim, a relação foi excelente”.

“Os professores alguns muito exigentes, mas contribuíram bastante com muita paciência e respeito com cada aluno”.

“Os professores todo tempo nos davam a liberdade de expressão, passando fortalecimento e capacidade no desempenho das aulas”.

No que se refere ao processo de participação em sala de aula e contribuição nas temáticas desenvolvidas durante as aulas, todos os entrevistados responderam a questão acima ressaltando que o eixo “investigação e Planejamento” foi fundamental para refletir sobre a organização do processo de trabalho em saúde e, ainda relataram que o eixo os auxiliou a pensar antes de agir.

Isso nos remete, a uma formação que dimensione um processo de formação amplo que considere a saúde como resultante das condições de vida da população. Com isso cabe destacar que:

“(…) educar seria um processo por meio do qual criam-se formas de perceber a realidade, pensar intelectualmente sobre o que nos cerca, conceber nossas alternativas de interferir na realidade, e ainda, de relacionar-se emocionalmente com os fatos da vida. Essa perspectiva torna a compreensão de educação um tanto mais complexa” (MOROSINI, FONSECA e PEREIRA, 2007, pág. 32).

O material proposto para a avaliação dos alunos ao longo do curso técnico foi de extrema importância para se pensar e repensar o curso como um todo, além de visualizar, de maneira geral, se os alunos conseguiram apreender o conteúdo teórico metodológico previsto no curso através das perguntas contidas nos questionários de avaliação ao final de cada eixo temático destinadas aos alunos, sempre considerando a contradição presente no cotidiano das práticas dos alunos-trabalhadores e do processo de trabalho ao qual estavam inseridos.

Cabe ressaltar que, a partir das reflexões implícitas nas respostas dos alunos do CTACS da EPSJV/FIOCRUZ, fica evidente que a todo o momento do curso, que há uma preocupação com a extensão do ensino que considere o contexto do aluno-trabalhador. O que contribui para a construção de uma formação politécnica, embasada em práticas

pedagógicas concretas que buscam romper com a profissionalização estreita a formação para o mercado de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância da temática tratada na pesquisa se evidencia pela forma como a atuação profissional dos ACS vem sendo definida como estes sendo trabalhadores na linha de frente das ações que visam à transformação das condições de vida, promovendo a relação entre cidadãos e serviços de saúde.

Diante da complexidade das ações atribuídas a estes profissionais, podemos afirmar que a natureza multifacetada do conhecimento implicado no trabalho dos ACS evidencia que a formação deste trabalhador está diretamente relacionada ao entendimento que o mesmo realiza um trabalho complexo, cujas bases técnicas não podem ser descontextualizadas das relações sociais e políticas que as condicionam.

Com isso, questões presentes no Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde que afirma que “cada etapa formativa está referenciada numa dimensão concreta do trabalho desenvolvido pelo ACS” (BRASIL, 2004), são questões preocupantes em função da possibilidade de se destituir a formação da reflexão crítica sobre o trabalho. Isto implica, dentre outras coisas, a compreensão dos condicionantes e determinantes sócio-históricos que contribuem para conformar o modo de organizar o processo de trabalho.

Como afirma Morosini (2010), não adianta formular propostas de formação para os trabalhadores da saúde, baseadas na dimensão concreta do trabalho, sem propiciar uma reflexão crítica sobre tal processo de trabalho. Responder às demandas e questões do processo de trabalho em saúde com propostas de formação, sem questionar esses processos e demandas, pode nos levar para um abismo teórico-metodológico devido a uma possível naturalização destes e comprometimento dos processos de transformação do modelo e práticas de atenção à saúde. Nessa perspectiva, ao trazer o trabalho para sala de aula, o processo político- pedagógico precisa ser orientado de modo a permitir a compreensão tanto de suas dimensões técnicas, como também ético-políticas.

Partindo do pressuposto de que a organização curricular não deve levar em consideração apenas a forma como se opera a prática de trabalho dos ACS e os conhecimentos requeridos para a sua organização, mas, principalmente, a elaboração de

uma formação crítica e reflexiva que possa ser integrada pelos fundamentos que embasam o trabalho em saúde, fica evidente que a proposta curricular do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (CTACS) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) contribui para a formação profissional desses trabalhadores, por meio da realização de uma experiência de formação técnica completa, realizada a partir dos princípios da politecnicidade e tomando o trabalho como princípio educativo.

Os ideais da politecnicidade na educação profissional desafiam-nos a pensar a formação do agente comunitário de saúde a partir da compreensão da educação profissional como etapa fundamental para o homem habilitar-se ao trabalho, refletir e intervir criticamente sobre o mesmo. Entende-se o trabalho como forma de viabilizar a sua existência que tem dimensões complexas, indissociáveis, relativas à vida em sociedade, vida política, vida de direitos individuais e coletivos.

Em referência aos dois parágrafos anteriores, torna-se fundamental destacar que o conteúdo do CTACS da EPSJV, a partir de sua intenção de formação técnica completa, está relacionado com a valorização do saber comunitário e popular, visto que em vários documentos de avaliação do curso, é visível a valorização do saber do agente, partindo do pressuposto que este possui um saber tácito e de extrema importância para se pensar, de forma articulada com a atuação profissional, uma teoria que sirva de subsídio para uma prática consciente, crítica e produtora de novos conhecimentos, o que nos remete a transformação das relações sociais.

No entanto, cabe destacar que no decorrer das leituras dos questionários de avaliação endereçados aos ACS ao final de cada etapa formativa do curso técnico, foi possível perceber um grande ‘hiato’ entre o que os agentes aprenderam no curso, referente à teoria e aos conteúdos, e a real efetivação destes no que se refere à prática profissional. Diversos obstáculos decorrentes tanto de entraves no processo de trabalho como falta de tempo para a elaboração de um plano de ação ou mesmo, a cultura da equipe de não planejar as atividades antes de executá-las, quanto à desvalorização do saber comunitário e popular, por parte da equipe de saúde, tornaram difícil para a maioria dos alunos colocarem em prática o que foi proposto no curso, no eixo de Investigação e Planejamento em Saúde.

Apesar dos ACS relatarem a falta de reconhecimento da categoria profissional por parte das equipes, concomitantemente, destacaram que o curso representou um espaço de

troca de saberes, de afirmação de conhecimentos e importância para a prática profissional, o que os auxiliou na tentativa de reverter essa situação, fornecendo-lhes ferramentas para se posicionarem e argumentarem nos seus cotidianos de trabalho.

Diante da questão exposta acima fica evidente a contradição presente nas práticas cotidianas dos ACS nas equipes de saúde. Mesmo não fazendo parte dos objetivos da pesquisa, é um tema que devemos nos debruçar, visto as implicações de impossibilidade que os agentes têm em colocar em prática os conhecimentos adquiridos no curso. Quais seriam os fatores que dificultam ou, até mesmo, impedem que os agentes desenvolvam seus potenciais trabalhados ao longo do curso técnico?

De acordo com Bornstein (2012), poderia ser a não existência de condições nas equipes para o diálogo entre o saber popular e saber científico e entre experiências de vida tão diferentes. Porém, a autora sinaliza que é preciso investigar mais a fundo as questões que permeiam o conflito nestas relações de trabalho. Diante do contexto apresentado, cabe ressaltar que as transformações no mundo do trabalho têm relação com a educação, sendo “esta uma condição para tal, mas está longe de ser a única condição necessária e suficiente para operar as transformações de que o trabalho no SUS precisa” (MOROSINI, 2010, pág. 143).

Mas aponto para um avanço na formação do ACS, visto a complexidade presente em sua prática profissional e que necessita de uma formação menos pragmática e mais ampla. Com isso, insisto na importância da politecnicidade como uma utopia sempre em construção. Nesse sentido, pressupõe-se o rompimento não só com antigas vertentes tecnicistas e condutivistas da educação, mas também com aquelas mais contemporâneas, sustentadas pela apologia ao novo, mas que agregam interesse e formas arcaicas de educação e trabalho.

O trabalho em saúde é uma mediação na produção da existência humana, seja para quem o realiza, seja para quem o recebe. Com isso um trabalho voltado para a produção de vidas dignas de serem humanas exige uma transformação não somente das práticas de atenção à saúde, mas das próprias relações de produção. Portanto, concordando com Pereira e Ramos (2006), a formação do trabalhador em saúde, muito além de ser orientada pelo e para os serviços de saúde, estando a eles integrada, deve ser orientada pela e para emancipação humana, sempre considerando a totalidade contraditória da realidade social.

Referências Bibliográficas:

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre a Metamorfose e a Centralidade do Mundo do Trabalho.** São Paulo/ Campinas: Cortez/ Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

_____. **Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 1999.

_____. **O Caracol e sua Concha: ensaios sobre a morfologia do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 2005.

AYRES, J.R.C.M. **Do Processo de Trabalho em Saúde à Dialógica do Cuidado: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva,** 2002. Tese de Livre docência, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

BERTONCINI, J.H. **Da Intenção ao Gesto: análise da implantação do programa saúde da família em Blumenau,** 2000. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina.

BORNSTEIN, V.J.; MATT, G. C.; DAVID, H. **O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em saúde.** IN: MONKEN, Maurício; DANTAS, André Vianna. Estudos de Politecnia e Saúde. v. 4. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

_____. **Contribuições da Formação Técnica do ACS para o Desenvolvimento do Trabalho da Equipe de Saúde da Família: percepções da equipe e dos gestores.** Relatório do Projeto de Pesquisa, 2010/2012.

BOTTOMORE, T. **Processo de Trabalho.** Dicionário do Pensamento Marxista. Organizador da edição brasileira , revisão técnica e pesquisa bibliográfica suplementar: Antonio Moreira Guimarães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 1986.

_____. Constituição 1998. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1998.

_____. **LEI nº 8080/1990a**. Disponível em www.saúde.gov.br/legislação. <acesso em 30 jun, 2011.

_____. **Lei n. 8.142/ 1990b**. Disponível em www.saúde.gov.br/legislação. <acesso em 30 de jun, 2011.

_____. **LEI nº 9.394/1996**. De 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional. Disponível em: www.planalto.gov.br/civil. Acesso em 30 jun, 2011.

_____. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CEB 04/99**. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília: MEC, 1999.

_____. **Decreto Federal nº 3.189, de 04 de outubro de 1999**. Brasília, 1999.

_____. **Decreto 2.208, de 17 de abril de 1997**. Regulamenta o parágrafo 2º do art. 36 e os arts. 39 e 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Profissional: legislação básica. Brasília: Proep.1998.

_____. **LEI nº 10.507/2002**. De 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório do Seminário Nacional sobre Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde-SGTES**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde -Deges. Política de Educação Profissional. Brasília, 2004 (mimeo).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2474/12 de novembro de 2004**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Consulta Pública da Minuta de Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2004. (mimeo).

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS)**. 3 ed. Ver. E atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da saúde, 2006a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde** – Brasília: CONASS, 2006.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

CAMPOS, G.W.S. **Subjetividade e Administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde**. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R.T. (Orgs) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 2 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CECÍLIO, L. C. O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3): 469-478, jul, set., 1997.

_____. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.

CIAVATTA, Maria Franco. **Trabalho como princípio educativo**. In: PEREIRA, Isabel Brasil & LIMA, Julio César França. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, 2^a. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, EPSJV, 2009, pp. 408-415.

CORBO, A. D.; MOROSINI, M. V. C.; LOPES, M. C. R.; PONTES, A. L. M. A **Reorganização da Atenção Básica no Brasil**. IN: Fidélis C. e FALLEIROS I. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010.

_____. & MOROSINI, M. V. C. **Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde**. IN: Textos de apoio em políticas de saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

DAVID, H.M.S.L. **Religiosidade e Cotidiano dos Agentes Comunitários de Saúde: repensando a educação em saúde junto às classes populares**, 2001. Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ.

_____. **O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas**. (Org.) Fábio Luiz Mialhe. Editora: Unicamp. Campinas, 2011.

DELUIZ, Neise. **O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: implicações para o currículo**: Boletim Técnico do Senac. Rio de Janeiro, v. 27, nº 3, set/dez, 2001. Disponível em : [HTTP://www.senac.br/BTS/273/boltec_273.ht](http://www.senac.br/BTS/273/boltec_273.ht) acesso em 15 de Nov. 2011.

DURÃO, Ana Violeta et al. **Analisando o processo de qualificação do agente comunitário de saúde (ACS)**. IN: MONKEN, Maurício; DANTAS, André Vianna. Estudos de politécnica e saúde. v. 4. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

EPSJV. **O Projeto Político-Pedagógico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. IN: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

_____. **Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde - Caderno do Aluno**. Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, 2010.

FAGNANI, Eduardo. **Política Social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade**, 2005. Tese de Doutorado. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas.

FRANCO, T. & MERHY, E.E. **PSF: contradições e novos desafios**. Disponível em www.datasus.gov.br/cns/temas/Tribu-buna/PSFTito.html. Acessado em: 20 de abr. 2002.

_____. **Trabalho em Saúde**. In: PEREIRA e LIMA, J.C.F. Dicionário de Educação Profissional em Saúde. 2 ed. Ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

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

FRIGOTTO, Gaudêncio. **O fim da Sociedade do Trabalho e a não centralidade do trabalho na vida humana**. IN. FRIGOTTO, G. Educação e crise do capitalismo real. São Paulo: Cortez. 5º edição. 2003.

_____. **Teoria e Práxis e o Antagonismo entre a Formação Politécnica e as Relações Sociais capitalistas**. Trabalho, Educação e Saúde, v.7, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

HABERMAS, J. **Técnica e Ciência como Ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1994.

_____. **Teoria de la Acción Comunicativa, I**. Espanha: Taurus, 2001.

HELLER, A. **Sociologia de la Vida Cotidiana**. Barcelona: Pennsula, 1991.

LOPES, M.R., DURÃO, A.V. & CARVALHO, V. **A disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos agentes comunitários de saúde**. In: Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Organização de Mônica Vieira; Anna Violeta Durão; e Márcia Raposo Lopes. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

LUCKESI, C.C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1990.

MARX, K. Prefácio. IN: **Contribuição á crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

_____. **O Capital**. 14.ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**, 1979. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

_____ **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades.** São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – série textos).

_____ **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde.** In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.), *Agir em Saúde: um desafio para o público.* São Paulo: Hucitec, 1997.

MONTEIRO, Maria Alcina Gomes de Souza; PREVITALI, Fabiane Santana. **A política de formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde: limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos.** *Revista Labor.* V. 1, n. 5, p. 141-163, 2011.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea; GUIMARÃES, Cátia Corrêa. **O Agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional.** IN: *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 5 n. 2, p. 261-280, Ed. FIOCRUZ, 2007.

_____ FONSECA A.F. & PEREIRA I.B. **Educação e Saúde na Prática do Agente Comunitário.** In: *Educação e Saúde* (Org.) Carla Macedo Martins e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPJV/Fiocruz, 2007.

_____ **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde.** Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. **Educação e Política no Brasil de Hoje.** 4º edição, São Paulo, SP. Cortez, 2005. (coleção questões de nossa época; v. 36).

_____ **A política educacional brasileira na “sociedade do conhecimento”.** IN: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (orgs). *Estado, Sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS.* Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/EPJIV, 2008.

NOGUEIRA, R. P, SILVA, F. B, RAMOS, Z. V. O. **A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis – O Agente Comunitário de Saúde.** Cadernos do IPEA (?). Texto para discussão n° 735. Rio de Janeiro, 2000.

OFFE, C. **Trabalho e Sociedade.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

PEDUZZI, M. & SCHRAIBER, L. B. **Processo de Trabalho em Saúde.** In: PEREIRA, Isabel Brasil & LIMA, Julio César França. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2ª. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, EPSJV, 2009, pág. 320-328.

PEREIRA, Isabel Brasil. **Possibilidades da Avaliação Produzir Conhecimento para a Formação em Saúde.** In: Seminário de Avaliação de Integralidade em Saúde, 2006, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro, 2006.

_____ e RAMOS, M.N. **Educação profissional em saúde.** RJ: Editora Fiocruz, 2006.

_____ **“Histórico da Educação Profissional em Saúde”**, IN: FERREIRA, Angélica Fonseca e STAUFFLER, Anakeila de Barros (orgs). O processo Histórico do Trabalho em Saúde, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

_____. **A Educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade.** In: Matta, Gustavo Corrêa; Lima, Júlio César França (orgs). Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/EPSJV, 2008.

_____ e LIMA, J.C.F. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde.** 2 ed. Ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PIRES, D. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil.** São Paulo: AnnaBlume, 1998.

_____ **Organização do Trabalho na Saúde.** In: LEOPARDI, M.T. (Org.) O Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ UFSC, Papa-Livros, 1999.

_____ **Novas Formas de Organização do Trabalho em Saúde e Enfermagem.** Revista Baiana de Enfermagem, 13: 83-92, 2000a.

_____ **Reestruturação Produtiva e Conseqüências para o Trabalho em Saúde.** Revista Brasileira de Enfermagem, 53: 251-632, 2000b.

RAMOS, Marise Nogueira. **Qualificação, competências e certificação: visão educacional.** Revista Formação. Humanizar cuidados em saúde: uma questão de competência. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, n. 2, p. 5-16, 2001.

_____. **A Educação Profissional pela Pedagogia das Competências e a Superfície dos Documentos Oficiais,** Educ. Soc., Campinas, v. 23, nº 80, setembro, 2002. Disponível em www.cedes.unicamp.br.

_____. **É Possível uma Pedagogia das Competências Contra-Hegemônica? Relações Entre Pedagogia das Competências, Construtivismo e Neopragmatismo.** Trabalho, Saúde e Educação: 93-114, 2003.

_____. **Conceitos Básicos sobre o Trabalho,** IN: FERREIRA, Angélica Fonseca e STAUFFLER, Anakeila de Barros (orgs). O processo Histórico do Trabalho em Saúde, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

_____. **Trabalho, Educação e Correntes Pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV e UERJ, 2010.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D. & BLANK, V.L.G. **A Temática do Processo de Trabalho em Saúde como Instrumental para Análise do Trabalho no Programa Saúde da Família.** IN: FERREIRA, Angélica Fonseca e STAUFFLER, Anakeila de Barros (orgs). O processo Histórico do Trabalho em Saúde, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SAVIANI, D.O **Choque teórico da politecnia.** Trabalho, Educação e Saúde, 1 (1):131-52, mar.2003.

SCHRAIBER, L.B. et al. **Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: identificando problemas.** Ciência e Saúde Coletiva, 4: 221-242, 1999.

SILVA, J. A.; DALMASO, A.S. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para o processo de formação de recursos humanos em saúde.** Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v.6, n. 10, p. 75-94, fev. 2002.

SOUZA, M.F. **A Cor-Agem do PSF.** São Paulo: Hucitec, 2001.

STOTZ, E.N.; DAVID, H.M.S.L & BORNSTEIN, V.J. **Educação Popular em Saúde.** In: Educação e Saúde (Org.) Carla Macedo Martins e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPJV/Fiocruz, 2007.

VASCONCELOS, E.M. **Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde.** In: VASCONCELOS, E.M. (Org.) A Saúde nas Palavras e nos Gestos. São Paulo: Hucitec, 2001.

VIANA, A. L. & DAL POZ, M. R. **Reforma em saúde no Brasil: programa saúde da família** – Informe final – Série Estudos em Saúde Coletiva; n.166. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1998.

VIEIRA, Mônica. **A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde.** In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (Org.) Textos de apoio em Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora; Fiocruz, 2005.

_____. **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde.** Organização de Mônica Vieira; Anna Violeta Durão; e Márcia Raposo Lopes. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

ANEXO I

Avaliação Eixo “Investigação e Planejamento em Saúde”

Data do preenchimento:

O Eixo **Investigação e Planejamento** teve como objetivo geral, nesta III etapa do curso :

- Propor intervenções pelos problemas encontrados nas práticas de saúde através de elaboração de um plano de ação orientado pelo planejamento estratégico e pautado por ações educativas.

Além disso, o eixo teve os seguintes objetivos específicos:

1. Proporcionar um espaço de reflexão e intervenção no âmbito do seu espaço de atuação;
2. Promover a compreensão das relações entre o processo investigativo e planejamento;
3. Conhecer e utilizar algumas ferramentas do planejamento em saúde;
4. Discutir estratégias para a construção de plano operativo;
5. Envolver a equipe de trabalho na operacionalização e execução do plano.

a. Você acredita que todos os objetivos acima foram alcançados?

() Sim () Não **Caso não**, quais objetivos **não foram** alcançados? Comente.

b. Sobre o processo de elaboração do trabalho de conclusão de curso: comente pontos **positivos** e pontos **negativos**.

c. Você considera que aprendeu a utilizar as ferramentas do planejamento estratégico em saúde?

() Sim. () Não.

Comente.

d. Você vê relações entre os aprendizados do eixo e sua prática profissional?

() Sim. () Não.

Comente.

e. Comente a relação professor-aluno.

f. De que forma você vê sua participação no eixo “**Investigação e Planejamento**”. De que forma você contribuiu para o desenvolvimento das aulas?

ANEXO II

III Etapa do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde

Eixo Educação e Saúde

Responsáveis pelo Eixo:

Carga Horária:

Nº de aulas:

Início:

Término:

Objetivos:

- Aprofundar a discussão sobre os diferentes enfoques de educação;
- Relacionar as implicações do trabalho educativo em saúde nos movimentos sociais e na participação popular em saúde;
- Explorar as possibilidades das instituições culturais e meios comunicativos para o trabalho de educação em saúde;
- Subsidiar o processo de elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso

Aula 1)

Tema:

Data:

Referência bibliográfica:

Aula 2)

Tema:

Data:

Referência Bibliográfica:

ANEXO III

Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde – Etapa III

Avaliação final

Data do preenchimento:

Sobre o Eixo Educação e Saúde:

O eixo “**Educação e saúde**” teve como objetivo, nesta primeira parte do curso, discutir as noções de educação, cultura, comunicação e ciência, apontando como tais noções estão presentes no trabalho do agente comunitário de saúde. Além disso, o eixo se propôs também a mapear e analisar as atividades educativas desenvolvidas por este trabalhador.

- a. Os textos de apoio lidos em sala de aula ajudaram na compreensão do tema? ()

Sim () Não () Mais ou menos

Explique:

- b. A forma como os professores expuseram e debateram os temas foi clara?

(..) Sim () Não () Mais ou menos.

Explique:

- c. Você vê relações entre esses aprendizados e a prática profissional?

() Sim. () Não.

Comente.

d. Comente a relação professor-aluno:
