

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO
MARIA ALCINA GOMES DE SOUSA MONTEIRO**

**TRABALHO, SAÚDE E EDUCAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO
PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO ESTADO DO
MARANHÃO NO PERÍODO 2004- 2011**

Uberlândia-MG

2013

MARIA ALCINA GOMES DE SOUSA MONTEIRO

**TRABALHO, SAÚDE E EDUCAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO
PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO ESTADO DO
MARANHÃO NO PERÍODO 2004- 2011**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Educação da Universidade Federal de Uberlândia -
UFU como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Educação.

Linha de Pesquisa: Políticas e Gestão em Educação

Orientador: Professora Dra. Fabiane Santana Previtali.

Uberlândia-MG

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

M775t Monteiro, Maria Alcina Gomes de Sousa, 1961-
2013 Trabalho, saúde e educação: um estudo sobre a formação profissional dos agentes comunitários de saúde do estado do Maranhão no período 2004- 2011 / Maria Alcina Gomes de Sousa Monteiro. -- 2013.
182 p. : il.

Orientador: Fabiane Santana Previtali.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Educação.
Inclui bibliografia.

1. Educação - Teses. 2. Agentes comunitários de saúde - Maranhão - Teses. 3. Profissionais de saúde - Formação - Teses. I. Previtali, Fabiane Santana. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Educação. III. Título.

CDU: 37

MARIA ALCINA GOMES DE SOUSA MONTEIRO

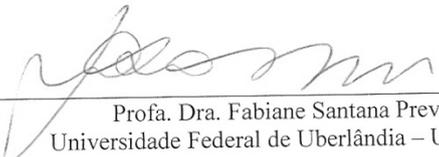
**TRABALHO, SAÚDE E EDUCAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE A FORMAÇÃO
PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO ESTADO DO
MARANHÃO NO PERÍODO 2004- 2011**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Educação da Universidade Federal de Uberlândia -
UFU como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Educação.

Linha de Pesquisa: Políticas e Gestão em Educação

Uberlândia, 11 de abril de 2013

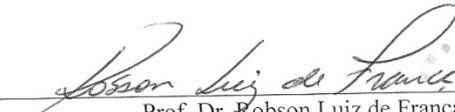
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Fabiane Santana Previtali
Universidade Federal de Uberlândia – UFU



Prof. Dr. Ricardo Luiz Coltro Antunes
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP



Prof. Dr. Robson Luiz de França
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

A DEUS pela infinita bondade de ter permitido mais essa dádiva na minha vida.

A minha mãe REGINA DE OLIVEIRA GOMES DE SOUSA, por ter heroicamente batalhado as condições que me permitiram estar aqui colhendo os frutos dos seus esforços. Mulher guerreira que me ensinou até no último momento de sua vida terrena que não podemos desistir dos nossos sonhos. Saudade eterna!

A minha tia-mãe MARLENE DE OLIVEIRA MOREIRA, aos primos ROBERTO e JULIANA que não mediram esforços para nos ajudar em todos os momentos, minha eterna gratidão!

A meu esposo Lindbergh e aos meus filhos Felipe e Lucas, amores da minha vida, por estarem ao meu lado em todas as horas.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não poderia ser concluído se não fosse a ajuda de várias pessoas, às quais presto minhas verdadeiras considerações.

Ao meu irmão Ivaldo Gomes de Sousa, minha cunhada Antonia e sobrinha Ivana pelo companheirismo, união e pelas palavras de ânimo principalmente nos momentos mais difíceis.

À professora Dra. Fabiane Santana Previtali, pela confiança e pela valiosa orientação durante o desenvolvimento desse trabalho. Um agradecimento especial por ter compreendido as minhas limitações diante de todas as adversidades vividas durante a realização desse estudo.

À Universidade Federal de Uberlândia - UFU e ao Programa de Pós-Graduação em Educação pelas inestimáveis contribuições para minha formação profissional.

Aos professores Drs. Robson Luiz de França e Carlos Alberto Lucena pelas valiosas contribuições na banca da qualificação.

Aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Educação - UFU, pelo acolhimento, amizade e consideração.

A todos que fazem parte do quadro de servidores das Escolas: Escola Técnica do SUS Dra Maria Nazaré Ramos de Neiva - MA e Escola Técnica do SUS de São Luís - MA pelo apoio.

A todos os servidores da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão que colaboraram direta ou indiretamente para a realização deste estudo.

À família Monteiro que ficou em São Luís - MA torcendo por nós.

À família Oliveira que com muito carinho nos acolheu em Uberlândia - MG.

RESUMO

Este estudo insere-se no âmbito da Educação Profissional em Saúde no atual contexto econômico, político e social em que se apresentam projetos educativos que, sob a lógica do capital, são voltados para a adaptação dos trabalhadores às necessidades capitalistas. E outros que apontam para a construção de sujeitos críticos capazes de compreender os fundamentos e as contradições do processo produtivo capitalista e de questionar as formas de exploração a que são submetidos. Tem como objetivo analisar a proposta de formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde do estado do Maranhão no período de 2004 a 2011, visando compreender seus impactos no exercício profissional e nas condições de trabalho dessa categoria. A metodologia fundamenta-se na utilização de referenciais bibliográficos sobre o tema e análise documental. Justifica-se por possibilitar um repensar sobre a prática recente de formação dos trabalhadores do SUS, levada a efeito pelo próprio SUS. No decorrer do estudo discute-se sobre a relação saúde, trabalho e educação vista pelo prisma ontológico e histórico e no contexto de sociabilidade capitalista, em que esta relação assume novos contornos, visto que se torna preponderante seu caráter mercadológico. Apresentam-se elementos históricos e legais de construção da categoria profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e da proposta de formação desses trabalhadores, com um olhar sobre a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Maranhão. Um projeto inacabado diante das condições conjunturais que não têm permitido a esses trabalhadores concluírem esse processo de formação e profissionalização.

Palavras-chave: Saúde. Trabalho. Educação. Formação técnica.

ABSTRACT

This study discusses about Health Professional Education in the current economic, political and social in presenting educational projects which, under the logic of capital, are geared to adapt to the needs of workers and capitalists others who point to the construction of critical able to understand the foundations and contradictions of capitalist production process of questioning and forms of exploitation they are subjected. The objective is analyze the proposed formation of Community Health Workers in the state of Maranhão in the period from 2004 to 2011, to understand the impacts on professional practice and working conditions in this category. The methodology is based on the use of bibliographic references on the subject and document analysis and is justified by allowing a rethink about the recent practice of training workers SUS, carried out by the SUS In this article we discuss the relationship between health, work and education seen through the prism and ontological and historical context of capitalist sociality in which this relationship takes on new contours as it becomes predominant character merchandising. It presents historical and legal elements of the construction of the professional category of Community Health Workers and the proposed formation for these workers. With an insight into the formation of community health workers of the state of Maranhão. An unfinished project on cyclical conditions that has allowed these workers to conclude this process of training and professionalization.

Keywords: Health. Work. Education. Technical training.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Número de profissionais das equipes de Saúde da Família.....	39
QUADRO 2 – Número de Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família do Maranhão	138
QUADRO 3 - Plano de Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde/ETSUS/MA	147
QUADRO 4 - Matriz Curricular do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde/ETSUS/MA	147
QUADRO 5 - Descrição das competências, habilidades e bases tecnológicas da etapa formativa I: Contextualização	149
QUADRO 6 - Resumo da Execução do Curso TACS.....	154

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Número de municípios com estratégia de Saúde da Família Implantados, no estado do Maranhão, 2007 a 2012	139
GRÁFICO 2 - Percentual da população coberta pela estratégia de Saúde da Família, no estado do Maranhão, 2007 a 2012	139
GRÁFICO 3 – Cobertura Equipes de Saúde Bucal no estado do Maranhão	140
GRÁFICO 4 - Número de municípios com estratégia de Agentes Comunitários de Saúde Implantados, no estado do Maranhão, 2007 a 2012	140
GRÁFICO 5 - Percentual da população coberta pela Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, no estado do Maranhão, 2007 a 2012	141
GRÁFICO 6 – ACS (Grupo I e II) por sexo que se matricularam na Etapa formativa I do Curso TACS-ETSUS-MA	156
GRÁFICO 7 – Faixa etária dos ACSs (Grupo I e II) que se matricularam na Etapa formativa I do Curso TACS-ETSUS-MA.....	156
GRÁFICO 8 – Escolaridade dos ACSs (Grupos I, II, III, IV, e V) que se matricularam na Etapa formativa I do Curso TACS- ETSUS – MA.	157

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABANGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente de Controle de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAE	Comissão de Assuntos Econômicos
CAS	Comissão de Assuntos Sociais
CEB	Câmara de Educação Básica
CEDES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEE	Conselho Estadual de Educação
CEFOR	Centro de Formação de Recursos Humanos
CENDRHU	Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CEPUERJ	Centro de Produção da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
CNCT	Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio
CNE	Conselho Nacional de Educação
CODEFAT	Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador
COMASCE	Comitê de Mobilização e Articulação dos ACSs e ACE do Maranhão
CONACS	Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
EPMS	Estação de Pesquisa de Mercado em Saúde
EPMS	Estação Pesquisa de Mercado em Saúde
ESB	Estratégia Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica do SUS
ETSUS-MA	Escola Técnica do SUS do Maranhão
FAMEM	Federação dos Municípios do Estado do Maranhão
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador
FAZ	Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social

FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FEMACS	Federação Maranhense dos Agentes Comunitários de Saúde
FMI	Fundo Monetário Internacional
FSESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MDS	Ministério de Desenvolvimento Social e combate a Fome
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPT	Ministério Público do Trabalho
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPS/OMS	Organização Panamericana de saúde da Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEQs	Planos Estaduais de Qualificação
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PLANFOR	Plano Nacional de Formação do Trabalhador
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNEP	Política Nacional de Educação Profissional
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde
PQN	Plano Nacional de Qualificação
PROEJA	Programa Nacional de Integração da Educação Profissional na Modalidade Jovens e Adultos
PROEP/MEC	Programa de Extensão da Educação Profissional –
PROEP	Programa de Expansão da Educação Profissional
PROFAE	Programa de Formação Profissional do Auxiliar de Enfermagem
PROFAPS	Programa de Formação Profissional de nível médio para a saúde

PRONATEC	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PSF	Programa Saúde da Família
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SES-MA	Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SETEC	Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINDACS	Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de São Luís-MA
SISP/IPEA	Sistema de Indicadores de Percepção Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TACS	Técnico Agente Comunitário de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	25
CAPÍTULO 1 - A RELAÇÃO TRABALHO, SAÚDE E EDUCAÇÃO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	33
1.1 O Agente Comunitário de Saúde	33
1.2 A conjuntura política do final do século XX e início do século XXI.....	50
1.3 Trabalho, Saúde e Educação: Conceitos e Concepções.....	69
CAPÍTULO 2 - O PROCESSO HISTÓRICO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ACS	83
2.1 As políticas de Educação Profissional	83
2.2 As políticas públicas de formação profissional técnico de nível médio dos trabalhadores da saúde pública	104
2.3 As políticas de formação profissional do ACS	126
CAPÍTULO 3 - A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO NO PERÍODO DE 2004 A 2011	135
3.1 O estado do Maranhão: A Estratégia Saúde da Família	135
3.2 A formação profissional do ACS no estado do Maranhão	142
3.3 A organização política dos ACSs do estado do Maranhão	160
CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS	171

INTRODUÇÃO

Na abordagem desenvolvida toma-se como ponto de partida que qualquer reflexão sobre a política pública de saúde, especificamente sobre a formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde – SUS, deve prioritariamente direcionar-se rumo aos seguintes sentidos: à Constituição Federal de 1988 que assegura a saúde como direito; ao compromisso de cuidar bem em saúde, mediado por um processo de educação e pelo entendimento desse processo educativo como um contributo para a formação de sujeitos conscientes, críticos e autônomos e, dessa forma, capazes de contribuir para a transformação de relações sociais baseadas em explorações, injustiças e desigualdades.

Nessa perspectiva, as reflexões realizadas visam discutir a relação entre trabalho e educação e as vinculações com a saúde; as concepções e processos de políticas públicas voltadas para a formação de trabalhadores de nível médio e técnico para área da saúde; a educação técnica como parte de uma formação humana; as contradições, limites e possibilidades de ação da escola nesse processo.

Tais reflexões situam-se no campo da Educação Profissional em Saúde, no atual contexto econômico, político e social no qual se apresentam projetos educativos, que sob a lógica do capital são voltados para a adaptação dos trabalhadores às necessidades capitalistas e outros que apontam para a construção de sujeitos críticos capazes de compreender os fundamentos e as contradições do processo produtivo capitalista e de questionar as formas de exploração a que são submetidos.

As políticas públicas voltadas para a formação de trabalhadores de nível médio e técnico para área da saúde articulam-se entre os campos do trabalho, da educação e da saúde e se inserem entre as políticas de educação profissional que historicamente tem reforçado as relações capitalistas.

Estes são reflexos da divisão social e técnica do trabalho que “[...] rompendo a unidade entre teoria e prática prepara diferentemente os homens para que atuem em posições hierárquicas e tecnicamente diferenciadas no sistema produtivo.” (KUENZER, 1991, p. 6). Ou seja, uma educação para a classe dominante e outra para os trabalhadores.

No contexto atual, as políticas de educação profissional apresentam-se atreladas à noção de competências e ao discurso de qualificação para a empregabilidade. A competência diz respeito à capacidade que o sujeito tem de enfrentar as mais diversas situações no trabalho ao mobilizar saberes adquiridos tanto formalmente como na vida cotidiana, valorizando-se

mais a subjetividade e os saberes vindos da experiência do trabalhador. A empregabilidade é entendida como a capacidade que o indivíduo tem de se inserir ou permanecer no mercado de trabalho. Tal discurso tem se apresentado para responsabilizar o trabalhador pela saída do mercado de trabalho, pois, sob a lógica do capital, é ele quem não tem condições de entrar ou permanecer nesse mercado, porque não dispõe das qualificações necessárias para isso.

Nessa perspectiva, têm-se intensificado os investimentos na qualificação profissional dos trabalhadores para a área da saúde. Entretanto, essas preocupações têm se constituído em um campo de embates entre diferentes concepções de saúde, trabalho e formação profissional, que dizem respeito tanto à disposição em proporcionar uma formação ampla e crítica para o exercício da cidadania, como também de preparar o trabalhador somente para se adaptar às necessidades produtivas do capital.

Entende-se por formação crítica aquela que permite compreender os fundamentos e as contradições da sociedade capitalista e com essa compreensão inserir-se nas lutas pela construção de relações sociais mais justas e igualitárias, ainda que nos limites da ordem capitalista.

Tendo como referência estas articulações, desenvolvemos uma investigação que proporcionou refletir sobre as políticas públicas de formação profissional dos trabalhadores técnicos de nível médio para a saúde, com enfoque sobre a política de formação profissional do Agente Comunitário de Saúde – ACS.

O ACS é um trabalhador exclusivo do Sistema Único de Saúde – SUS, faz parte do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e da equipe de trabalho da Estratégia Saúde da Família - ESF, eixo estruturante da atenção básica preconizada pelo SUS, em que lhe cabe o papel de articulador, mobilizador e educador social.

Ressalta-se que as propostas de utilização do ACS como força de trabalho no Brasil tiveram maior ênfase nas décadas de 1970/80, período em que se incentivou o envolvimento da população com as ações e serviços de saúde. Destaca-se a experiência dos agentes comunitários de saúde do estado do Ceará em 1986, que serviu de base para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS criado em 1991 (BRASIL, Portaria MS nº 1986, 1991).

De acordo com dados do Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica, no mês de dezembro de 2012, existiam no Brasil 315.076 ACSs cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e 257.265 implantados e atuando em 5.297 municípios, vinculados às equipes de saúde da família ou ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Estes trabalhadores, em um cenário contraditório, polêmico e de disputas políticas, colocam-se em evidência na Agenda da Saúde por conta de sua luta em torno da criação da profissão conquistada em 2002 (lei nº 10.507) e de sua formação técnica iniciada em 2004 em todo o Brasil por meio das Escolas Técnicas do SUS, instituições responsáveis pela formação profissional de trabalhadores técnicos de nível médio para o SUS.

Assim, este estudo em relação à saúde se ocupa da saúde pública (SUS); em relação ao trabalho, se ocupa do trabalho em saúde, especificamente o trabalho dos ACSs; e em relação à educação preocupa-se com a educação escolar, particularmente do ensino médio técnico para a área da saúde, especificamente do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde ofertado aos ACSs do estado do Maranhão no período 2004 a 2011.

O Maranhão é um dos 27 estados do Brasil situado na região Nordeste ocupando uma área de 333.365,6 km², com uma população de 6.574.789 habitantes (IBGE, 2010) distribuídos entre os seus 217 municípios. Em dezembro de 2012, estavam cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB 17.024 ACSs e 15.476 implantados, cobrindo 89,79% da população e 1.751 equipes da ESF implantadas, cobrindo 76,03% da população maranhense (BRASIL, SIAB, 2012).

As motivações para estudar sobre o tema iniciaram-se em 2004 ao participar dos debates para construção da Escola Técnica do SUS do estado do Maranhão. O envolvimento nas discussões deve-se a alguns fatos: primeiro, porque a minha prática profissional sempre esteve ligada à área de Educação e de Saúde, o que fez com que tivesse um interesse especial pelo tema. Segundo, porque acredito que os desafios nos impulsionam a crescer profissionalmente e pessoalmente.

Além disso, as questões ligadas à educação e ao trabalho, sempre foram vistas por mim com muito interesse, pois além de um profundo respeito aos que trabalham para sobreviver como eu, também enxergo na educação uma possibilidade de construção de um mundo melhor.

Por conta do meu envolvimento com essas questões, fiz parte do Grupo Estadual de Articulação e Implantação da Escola Técnica do SUS do Maranhão (MARANHÃO, Portaria nº 082/GS/ SES, 2004), onde tive a oportunidade de vivenciar muitas das discussões referentes à implantação daquela escola nesse estado.

Assim, buscando compreender as contradições e encontrar respostas às minhas inquietações, fui instigada a realizar inúmeras leituras e a participar de vários debates para entender as relações entre a saúde, trabalho e educação, bem como as diversas concepções que perpassam os diversos projetos de formação profissional de nível médio e técnico para

saúde pública. Foi essa busca que me trouxe até aqui e me levará certamente a outros lugares, pois quando aparecerem algumas respostas surgirão certamente outras perguntas.

Inicialmente foram muitos os questionamentos, dentre eles: por que a necessidade de se criar uma escola específica para os trabalhadores do SUS? Por que estão na área da saúde e não da educação, qual a interface entre estas políticas na implantação e implementação dessas escolas? Qual são os impactos dos cursos oferecidos na prática e na vida dos alunos-trabalhadores?

Estes questionamentos levaram em consideração que o SUS, com todo seu respaldo teórico e legal, apesar dos avanços, não tem garantido a contento as suas ações prioritárias de atenção à saúde, haja vista os vários pontos de estrangulamentos nos níveis de atenção, a prática recente de formação profissional de trabalhadores do SUS levada a efeito pelo próprio SUS, principalmente no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão – SES que, ao não ter tradição em processos sistemáticos em espaço escolar, deve se constituir um enorme desafio.

A definição do problema para esse estudo começou a delinear-se quando na Escola Técnica do SUS-MA teve início a elaboração da proposta de formação profissional para os Agentes Comunitários de Saúde do estado do Maranhão. Nesse momento, surgiram outras tantas perguntas: Quem é o Agente Comunitário de Saúde-ACS e qual é o seu papel na configuração da Atenção Básica oferecida à população? Como acontece a formação profissional dos ACSs e qual a contribuição dessa formação sobre o seu trabalho e sua vida? Ocorrem mudanças nas condições de trabalho dos ACSs depois do curso? Esse processo educativo contribui para a formação de sujeitos críticos? Como os ACSs têm se organizado e qual a luta empreendida no sentido de reivindicar melhores condições de trabalho e formação profissional?

Diante disso, esta pesquisa tem com objetivo central analisar a proposta de formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde no Estado do Maranhão, no período de 2004 a 2011, para compreender as possíveis relações com o exercício profissional e condições de trabalho dessa categoria.

Ressalta-se que a opção por esse período deve-se ao fato de que foi no ano de 2004 que se iniciou o processo de formação profissional dos ACSs do estado do Maranhão.

No presente estudo buscam-se compreender a relação entre trabalho, educação e saúde no âmbito das políticas públicas de saúde; conhecer as políticas públicas de formação profissional de nível médio para a saúde pública; com enfoque no processo histórico de formação profissional dos ACSs; conhecer a proposta de formação profissional dos ACSs no

estado do Maranhão e as possíveis relações com o exercício profissional e condições de trabalho; e, também, identificar a organização política dos ACSs do Maranhão e qual a luta empreendida por condições de trabalho e formação profissional.

A pesquisa se caracteriza por ser de natureza qualitativa, mas na qual também são usados dados quantitativos. No que se refere à pesquisa qualitativa, pode-se destacar que é aquela que possibilita uma visão ampla do objeto estudado e seu envolvimento com a realidade social, política, econômica e cultural. Segundo Popart et. al. (2010), se caracteriza em geral por sua flexibilidade de adaptação durante o seu desenvolvimento, inclusive a construção progressiva do seu próprio objeto de investigação, por sua capacidade de se ocupar de objetos complexos, de combinar diferentes técnicas de coleta de dados, de descrever em profundidade e por sua abertura para o mundo empírico.

Para o desenvolvimento da pesquisa realizou-se um estudo bibliográfico para se apreender o tema proposto e análise documental. A revisão de literatura permitiu uma aproximação às concepções e fundamentos epistemológicos referentes ao tema pesquisado, permitindo relacioná-los as descobertas do estudo durante todo o processo da pesquisa.

A pesquisa documental é aquela que é realizada a partir de documentos contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos. Os documentos podem ser de fonte primária, quando relativos aos documentos e secundários de livros, teses, revistas, jornais, como também de fontes escritas ou não como fotos, filmes e audiovisuais. (MARCONI, LAKATOS, 1999).

Este estudo se fez através de análise de documentos do Ministério da Saúde, da Educação, tais como Leis federais, Portarias Ministeriais e da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, das organizações políticas dos ACSs e, ainda, de documentos pertinentes à formação dos ACSs no estado do Maranhão no período de 2004 a 2011, dentre os quais se destacam: Planos de cursos, Projetos de investimentos, Relatórios, Projeto Político Pedagógico, Regimento Escolar, Portarias, Protocolos, Termos de compromisso, Editais, Materiais didáticos, entre outros. Além de: análise de dados de sistemas de informação da educação e da saúde; acesso a banco de dados e a trabalho de autores que estudam sobre Educação em Saúde e sobre o trabalho e a formação do Agente Comunitário de Saúde. Ressalta-se que foram utilizados diversos artigos encontrados nos sites do Ministério da Saúde, Fiocruz, BVS-MS e em Banco de teses de muitas Universidades, dentre outros.

A análise possibilitou compreender as relações construídas dentro de um contexto histórico sem perder de vista o movimento do real e, principalmente, porque o resultado deste estudo se constitui em uma aproximação do real que é muito mais complexo e dinâmico.

Têm-se como hipóteses: que o projeto de formação profissional dos ACSs é um projeto inacabado diante das condições conjunturais, que não têm permitido a esses trabalhadores concluírem esse processo de formação e profissionalização; que viver e conhecer a comunidade e passar por uma qualificação básica (etapa formativa I) pode não bastar para os cuidados em saúde que a população precisa, merece e tem direito de ter. E ainda que a qualificação básica, apesar de ser uma oportunidade de aprendizado, pouco contribui para a formação de sujeitos críticos, promove poucas mudanças no exercício profissional, assim como tem pouca influência nas condições de trabalho dessa categoria profissional.

Acredita-se que tais análises sejam oportunas, visto tratar-se de refletir sobre os esforços que vêm sendo realizados para consolidar o Sistema Único de Saúde como política pública de Estado assegurada como direito do cidadão. E se justificam por possibilitar um repensar sobre as propostas de formação dos trabalhadores de nível médio para a saúde e, conseqüentemente, contribuir para a intensificação dos debates e estudos concernentes às políticas de educação profissional para a área da saúde pública.

No primeiro capítulo apresenta-se o Agente Comunitário de Saúde – ACS, seu perfil, o seu trabalho na Estratégia Saúde da Família – ESF, eixo estruturante da Atenção Básica preconizada pelo Sistema Único de Saúde - SUS, cuja prioridade é a prevenção e a promoção da saúde, em que se atribui a esse profissional a responsabilidade pelo “elo” entre o serviço de saúde e a comunidade, além do papel de educador, articulador e mobilizador social. Apontam-se elementos históricos e legais de construção dessa categoria profissional diante dos impactos das transformações capitalistas contemporâneas e dos desafios da Política de Saúde no contexto de reestruturação produtiva do capital. Apresentam-se, ainda, concepções acerca da relação entre trabalho, saúde e educação, vistas pelo prisma ontológico e histórico e no contexto de sociabilidade capitalista, em que esta relação assume novos contornos visto que se torna preponderante seu caráter mercadológico.

Discorrem-se, ainda, sobre algumas concepções e processo das políticas públicas no Brasil a partir da década de 1980, quando os movimentos sociais reivindicavam políticas sociais universais e equânimes, algumas consolidadas na Constituição Federal de 1988, mas que na década seguinte, diante do contexto de crise e de reestruturação produtiva do capital ao transferir-se do Estado a sua responsabilidade de atuação no social para o mercado, conformam a essas conquistas um profundo retrocesso, o que faz com se ampliem as desigualdades sociais historicamente produzidas.

No segundo capítulo são abordadas as políticas públicas de educação profissional nesse contexto e a educação profissional em saúde em seu percurso histórico, apresentando-se as políticas públicas de formação profissional dos trabalhadores da saúde pública e, por fim, a proposta de formação profissional do Agente Comunitário de Saúde, vislumbrando-se os limites e possibilidades de construção de sujeitos críticos a partir desse processo educativo.

No terceiro capítulo apresenta-se um breve diagnóstico do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia Saúde da Família - ESF no Maranhão e a proposta de formação desses trabalhadores no estado do Maranhão, bem com suas possíveis relações com o exercício profissional e condições de trabalho. Por fim, apresenta-se a organização política dos Agentes Comunitários de Saúde nesse estado.

Nas Considerações Finais apresentam-se algumas reflexões e indagações acerca do referido tema, assim como se vislumbra a qualificação desses trabalhadores da saúde pública com vista à construção de sujeitos críticos e autônomos.

CAPÍTULO 1

A RELAÇÃO TRABALHO, SAÚDE E EDUCAÇÃO E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

1.1 O Agente Comunitário de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde é um dos profissionais mais recentes na área da saúde. No entanto, as propostas de utilização do agente de saúde como força de trabalho no Brasil vêm desde os anos 1940, período em que já se presenciava experiências em que o cerne estava na atuação comunitária. Tem-se, como exemplo, o trabalho desenvolvido no Serviço Especial de Saúde Pública - SESP (1942 a 1960) e na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública - F-SESP criada em 1960, vinculada ao Ministério da Saúde - MS por meio da lei nº 3.750 de 1960.

Na F-SESP, tinha-se a figura das visitadoras sanitárias-auxiliares cujo trabalho consistia no atendimento aos indivíduos e às famílias, nas unidades de saúde e nas comunidades, com a supervisão e a orientação de um enfermeiro. Estas visitadoras eram responsáveis pela cobertura da população de uma determinada área e a sua prática era muito parecida com o trabalho dos atuais Agentes Comunitários de Saúde (SILVA; DALMASO, 2002, p. 27).

Porém, estas propostas tiveram maior destaque nos anos 1970/80, com a realização de experiências de atuação em saúde pública e comunitária, desenvolvidas por organizações religiosas católicas, organizações não governamentais e instituições acadêmicas nas quais se priorizava o envolvimento da população com as ações e os serviços de saúde,

Bornstein; Matta; David lembram que:

Num contexto de negação do direito à participação democrática, estabelecer uma articulação com os serviços, por meio de pessoas da comunidade que receberiam um treinamento básico, mesmo que informal, se configurava como uma perspectiva de ruptura com os modos tradicionais de ofertar ações de saúde (2009, p. 193).

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS (Decreto Presidencial nº 78.307 de 24 de agosto de 1976), instituído para a região Nordeste (1976-1979) e depois expandido nacionalmente (1980-1985), intensificou as experiências de práticas

de saúde recorrendo às pessoas da comunidade. Este programa tinha por finalidade implantar uma estrutura básica de saúde pública nas localidades com até 20 mil habitantes e a utilização de pessoal de nível auxiliar que seriam recrutados nessas comunidades.

A Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde (1978), realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata, atual Cazaquistão (ex URSS), deu centralidade a essas propostas, visto que foi o marco referencial para as propostas de atenção primária em saúde com base no elo entre os serviços e a comunidade.

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira - MRSB também apoiou estas experiências de utilização de pessoas da comunidade para as ações e serviços de saúde e defendeu a atuação comunitária como fundamental para reversão do modelo assistencial até então centralizado nas ações curativas.

Este movimento fez parte de um conjunto de lutas políticas iniciadas na década de 1970, direcionadas para a construção de uma ordem institucional democrática no Brasil, que foi intensificado na década de 1980, quando se assistiu um processo de redemocratização da sociedade brasileira. “O ápice desse processo se verifica na Constituição de 1988, quando reivindicações históricas da sociedade brasileira tomam estatuto de direito.” (GOMES, 2001, p. 24).

Escorel (1998); Cordeiro (2004); Faleiros et. al. (2006) citam que:

Foi contra a crise da saúde, a permanência da ditadura e as características perversas desse ‘sistema’ que segmentos sociais se mobilizaram por mudanças, configurando o ‘movimento’ da RSB ou movimento sanitário. Este assentava-se num triple formado pelo movimento popular de saúde, pelo movimento estudantil, por intermédio da Semana de Saúde Comunitária (Sesac) e do Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (Ecem) e pela articulação de professores e pesquisadores de medicina social e de saúde pública, além de profissionais da saúde em torno do Cebes, da Abrasco, Movimento de Renovação Médica (Reme) entre outros. (apud PAIM, 2008, p. 95).

Na área da saúde, o Movimento da Reforma Sanitária expressa o conjunto de mobilizações e de lutas para assegurar a saúde como um direito e dever do Estado e pela constituição de um novo sistema de atendimento condizente com as necessidades de saúde da população. O que significa uma mudança no modelo de atenção ou prática assistencial, até então centrado na dimensão curativa e na assistência médico-hospitalar, para um modelo de vigilância à saúde cuja prioridade é a promoção e proteção da saúde e prevenção das doenças.

Esse movimento lutava ao mesmo tempo contra a dualidade do sistema de saúde, caracterizado pelo predomínio de serviços especializados com altíssimos custos acessíveis somente à elite e pela oferta de serviços de baixa cobertura e péssima qualidade para os pobres, excluindo a maioria da população da atenção, deixando-a desprovida do atendimento de suas necessidades de saúde. (LOPES, DURÃO, CARVALHO, 2011, p. 166).

Entre as experiências de utilização de pessoas da comunidade para as ações e serviços de saúde merece destaque a experiência dos Agentes Comunitários do Ceará, com a criação de uma frente de trabalho para a realização de ações básicas de saúde por meio da contratação de 6.113 trabalhadores em 118 municípios do sertão cearense, no período de setembro de 1987 e agosto de 1988. Destes trabalhadores 95% eram mulheres, pagas com recursos dos fundos especiais de emergência, do governo federal, que após treinamento de duas semanas trabalharam, durante seis a doze meses naquelas comunidades (SILVA; DALMASO, 2002, p. 47).

O Relatório de Projeto de Avaliação desenvolvido por Minayo et. al. em 1990, informa que, logo depois, o governo do Ceará, com recursos estaduais, iniciou entre setembro de 1988 e julho de 1989, em quarenta e cinco municípios do interior cearense, o Programa de Agentes Comunitários do Ceará. Selecionando para esse programa 1.701 Agentes de Saúde atendendo a mais de 170 mil famílias, cobrindo uma população de 850 mil habitantes. Em setembro de 1990 chegou a atingir 84 municípios com 2.905 Agentes, cobrindo 290 mil famílias o que corresponde aproximadamente a 1.450 mil habitantes (apud SILVA; DALMASO, 2002, p. 47)

Com o objetivo de melhorar a capacidade da população de cuidar da sua própria saúde, recomendava-se que estes agentes trabalhassem com outros integrantes da comunidade que tradicionalmente já realizavam ações de saúde como as parteiras leigas, os curandeiros locais e outros agentes. Para a seleção exigia-se que os agentes de saúde residissem na comunidade em que fossem trabalhar, sendo que cada grupo de 20 ou 30 vinculava-se a um supervisor de nível superior com dedicação exclusiva, ou com 20 horas semanais de trabalho.

O treinamento desses trabalhadores incluía uma capacitação de 60 dias sob responsabilidade da supervisão local, com ênfase nas ações de educação e participação comunitária (SILVA; DALMASO, 2002, p. 49).

Com base na experiência dos Agentes de Saúde do Ceará foi criado em 1991 o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde - PNACS (Resolução Nº 025 de 12 de dezembro de 1991 do Conselho Nacional de Saúde).

O PNACS teve início na região Nordeste e em seguida expandiu-se para a região Norte. Neste programa tinha-se como critério para o recrutamento dos ACSs: ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, morar a mais de dois anos na comunidade e ter disponibilidade de 8 horas diárias para o trabalho.

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde - PNACS passa a chamar-se no ano seguinte (1992) somente Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e, em 1993, já estava presente em 13 estados da região Norte e Nordeste, com 29 mil ACS atuando em 761 municípios (SILVA; DALMASO, 2002).

Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família – PSF, inserindo o Agente Comunitário de Saúde – ACS em uma equipe composta minimamente por médicos, enfermeiros e auxiliares ou técnicos de enfermagem. Os programas PACS e PSF “[...] têm em comum a figura do ACS como elemento inovador no quadro funcional, sobre o qual recaem expectativas de mediação e facilitação do trabalho de atenção básica em saúde [...]” (BORNSTEIN; MATTA; DAVID, 2009, p. 194).

Segundo o Ministério da Saúde a Atenção Básica:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção dos agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidados e gestão, democráticas e participativas, sob formas de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexa e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhido [...] deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo e continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural buscando produzir à atenção integral. (BRASIL, 2011).

Em 1997 o Programa de Agentes Comunitário de Saúde e o Programa Saúde da Família - PSF passam por uma reconfiguração e integrados, passam a compor a Estratégia Saúde da Família – ESF (BRASIL, Portaria MS nº 1.886, 1997), considerada o eixo estruturante da Atenção Básica preconizada pelo SUS. Principal estratégia de reformulação da atenção à saúde no Brasil, cujo objetivo é a reorganização da prática assistencial, substituindo o modelo orientado para a cura de doenças e hospitalizações. Tem como foco a família e as

intervenções são voltadas para a prevenção e promoção da saúde, o que significa ir além de práticas curativas (Portaria MS nº 1886, de 18 de Dezembro de 1997, revogada pela Portaria MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011).

A Estratégia Saúde da família visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamento da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2011, p. 54).

A Estratégia Saúde da Família tem as seguintes especificidades: a existência de equipe multiprofissional (Equipe Saúde da Família) compostas minimamente por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar cirurgião-dentista auxiliar e ou técnico em saúde bucal. Cada equipe deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada 3.000. Sendo que o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de saúde da família, não ultrapassando o limite máximo de pessoas recomendado por equipe (BRASIL, 2011).

Estas equipes além da participação de dentistas, auxiliares de consultório dentário e técnico em saúde bucal, Equipe de Saúde Bucal, podem contar com o apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, criados pela Portaria GM nº154 de 24 de janeiro de 2008, revogada pela Portaria GM nº 2488 de 21 de outubro 2011 cujo objetivo é ampliar a abrangência e o escopo da atenção. Compostos por profissionais de diferentes ramos de conhecimento para atuarem em conjunto com as equipes da ESF, compartilhando práticas de saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes (BRASIL, 2011). No estado do Maranhão estão habilitados 96 NASF.

Sobre o ACS, que tem atuação exclusiva na saúde pública, recai a responsabilidade de “desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente.” (Art. 1º do Decreto Federal nº 3.189/1999 que fixa as diretrizes para exercício das atividades do ACS. BRASIL, 2004, p. 52).

As suas atribuições específicas são:

- I. Trabalhar com a descrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II. Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III. Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV. Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V. Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que as famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referencia a média de uma visita/família/mês;
- VI. Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;
- VII. Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e
- VIII. Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidade implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe. É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. (BRASIL, Portaria MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011).

Como se observa o trabalho dos ACSs é de grande amplitude e de muita relevância para as comunidades onde atuam. Assim como é grande o volume de atribuições propostas para esses profissionais, o que nos mostra a importância dos mesmos para a saúde pública e conseqüentemente para a população.

Segundo Morosini (2010 p. 23),

De uma maneira geral, o discurso predominante concebe que o ACS deve atuar nos processos de atenção e educação em saúde principalmente como um mediador entre a instituição saúde, seus referenciais científicos, seus instrumentos e técnicas, de um lado, e a população, seu conhecimento cotidiano e seus valores de outro [...].

Assim, a Estratégia Saúde da Família enquanto condutora dos sistemas de saúde nos municípios brasileiros tem alcançado resultados positivos em relação aos principais indicadores de saúde da população, principalmente acerca da mortalidade infantil. Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo - USP e Universidade de Nova York (disponível no site www.dab.saude.gov.br/portal), constatou-se que a cada 10% de cobertura da Estratégia Saúde da Família o índice de mortalidade infantil cai em 4,6%.

Os ACSs, elementos fundamentais da ESF, constituem uma das maiores categorias profissionais do âmbito do Sistema Único de Saúde e estão presentes em todos os municípios do país, conforme quadro a seguir:

Quadro 1 – Número de profissionais das equipes de Saúde da Família

Agentes Comunitários de Saúde			
Credenciados pelo Ministério da Saúde	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
315.076	257.265	125.119.788	65,04

Equipe de Saúde da Família			
Nº de Municípios com ESF	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
5.297	3.404	105.504.290	54,84

Equipe de Saúde Bucal						
Nº de Municípios com ESB	Modalidade I			Modalidade II		
	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas
4.901	25.234	20.959	20.155	3.323	2.131	2.048

FONTE: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB
Credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal
Unidade Geográfica: Brasil
Competência: Dezembro de 2012

Assim, os Agentes Comunitários de Saúde representam força de trabalho muito importante para a saúde pública por serem imprescindíveis para a consolidação da Atenção Básica preconizada pelo SUS e, também, porque nas comunidades onde moram e trabalham são figuras benquistas pelos moradores não somente pela sua proximidade com as pessoas, por ser morador e conhecedor da área onde trabalham, mas porque é para eles que a população apresenta inicialmente as suas queixas e tem acesso aos primeiros cuidados em saúde. Embora, muitas das vezes, não sejam reconhecidos por essa mesma população “que não compreende sua função e espera dele a facilitação do acesso ao médico e, quando é o caso, aos medicamentos e exames - o que efetivamente depende pouco desse trabalhador.” (DURÃO et. al., 2009, p. 238).

Portanto, esses trabalhadores são protagonistas desse processo muito importante para a saúde da população, especialmente para as populações mais pobres. No entanto, sua trajetória profissional, desde que surgiram no SUS, é marcada por desafios, contradições e lutas por profissionalização, condições de trabalho, qualificação profissional e reconhecimento social.

Entre os principais desafios estão as lutas para o reconhecimento dessa atividade como uma profissão, mais especificamente como uma profissão da área da saúde. Visto que surgiram como uma ocupação no âmbito do SUS. Nessa trajetória foram muitas as divergências em torno da necessidade de profissionalização dos ACSs, pois, em decorrência da “natureza comunitária” do seu trabalho, considerava-se que para o desenvolvimento dessa atividade não se necessitava de um saber específico. [...] “ser um trabalhador que por vivenciar e compreender a cultura local tem a possibilidade de traduzir melhor os anseios da população com a qual convive. Nesse sentido, não caberia definir o seu perfil ocupacional.” (LOPES; DURÃO; CARVALHO, 2011, p. 162).

Entre as contradições, como nos aponta Durão et. al. (2009); Morosini (2010); Vieira, Chinelli, Lopes (2011); e Durão, Morosini, Carvalho (2011), são profissionais considerados centrais e estratégicos para a principal política de atenção básica, mas, no entanto desvalorizados, com baixa remuneração, em um trabalho que exige conhecimentos profundos, sendo que têm uma formação simplificada. Têm a função de relacionar as condições de vida com a preservação da saúde em ambientes altamente pauperizados. São profissionais que devem ter vínculos intensos com a comunidade da qual também fazem parte, mas trabalham com vínculos precários. Enfim, “uma história marcada pela precarização de vínculos e pelo aligeiramento de sua formação.” (MOROSINI, 2010, p. 39).

Theisen (2004, p. 14) apresenta ainda algumas contradições em que os ACSs estão imersos: são profissionais que precisam ser solidários e disseminar hábitos saudáveis e de preservação da saúde em ambientes marcados por condições insalubres; atuam em um campo complexo de situações, que vai do campo familiar, social, jurídico e econômico; devem servir de elo entre a comunidade e os serviços de saúde aos quais muitas vezes a população tem dificuldade de acesso ou não resolve seus problemas; além de não ter limite entre ambiente de trabalho e local de moradia o que acaba o sobrecarregando “contaminação da vida cotidiana pelo trabalho”; e também nem sempre são reconhecidos por parte dos demais trabalhadores da equipe saúde da família; e, finalmente, por trabalharem em um contexto social no qual existem ainda construções sociais que associam o trabalho feminino ao trabalho doméstico, religioso, envolvendo o cuidado, paciência, dedicação e solidariedade e de pouco reconhecimento social.

Enfim, por serem moradores das comunidades em que trabalham não conseguem se distanciar dessas problemáticas porque também são inerentes à sua vida.

Em síntese, não é ocioso assinalar que os ACSs atuam em meio a uma contradição: são profissionais cuja função é a de serem solidários e disseminarem hábitos que visem à preservação da saúde em um ambiente marcado pela falta de condições dignas de vida. Esse paradoxo entre uma política efetiva de atuação de cidadania nesses locais e um discurso que enfatiza a necessidade da solidariedade dos trabalhadores com os usuários tenciona, a todo momento, o trabalho desses agentes. Por serem moradores da comunidade e terem uma relação de vizinhança com os usuários do PSF, não conseguem estabelecer um distanciamento em relação aos problemas que os cercam, os quais, ao fim e ao cabo, também os afetam. De mais a mais, são constantemente cobrados pelos usuários para a solução de problemas cuja solução está muito vezes muito além da sua possibilidade de atuação. (DURÃO; MOROSINI; CARVALHO, 2011, p. 152).

Vale lembrar que o contexto econômico, político, social e cultural das últimas décadas é marcado por uma série de mudanças em âmbito mundial, decorrentes da crise do padrão de acumulação capitalista cujos reflexos são sentidos em todas as instâncias da vida social. As políticas públicas, nesse cenário, se alteram substancialmente diante da transferência de responsabilidades governamentais para o setor privado, o que faz com que se destituam muitos dos direitos conquistados pela classe trabalhadora.

Exige-se do Estado uma nova relação com a sociedade na qual era preciso limitar as suas ações ao mínimo necessário para garantir as regras do jogo capitalista, ou seja, diminuir os gastos e privatizar as empresas estatais até atingir o estágio, em que ao mercado caberia o comando de todo o processo de reprodução material da sociedade (PAULANI, 2006). E “aos poucos -já que há resistências e sujeitos em conflito nesse processo eminentemente político- vai configurando um Estado mínimo para os trabalhadores e um Estado máximo para o capital.” (BEHRING, 2003, p.64).

Diante disso, o Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8080/90), fruto das lutas e conquistas do Movimento da Reforma Sanitária, apesar de representar um grande avanço e o início de um novo momento para a saúde pública no Brasil, principalmente no que diz respeito à garantia da saúde como direito e dever do Estado, no contexto de crise e de reestruturação produtiva do capital, é ao mesmo tempo questionado pela ideologia neoliberal que defende a privatização do patrimônio público, à transferência de responsabilidades governamentais para o mercado, a redução dos gastos públicos e conseqüentemente ao aumento das desigualdades.

Desta forma, direitos recém-conquistados, entre eles a saúde como direito universal, a integralidade e equidade da atenção, dão lugar a propostas que acentuam o processo de exclusão das camadas mais pobres, que além de não ter alternativa também não podem pagar pelos serviços de saúde.

[...] Um cenário contraditório e complexo, em que se confrontam as posições progressistas, defendendo a saúde como um direito universal, extensivo a todos os cidadãos do país, sem distinções, e a realidade da formação recente do capitalismo em nosso país, fazendo da saúde uma mercadoria, um privilégio daqueles capazes de pagar por planos e seguros de saúde ou então, minoria da minoria, daqueles capazes de pagar diretamente pelo bom atendimento médico nos melhores centros do Brasil. (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 11).

Braga também argumenta nessa direção (2007, p. 97):

Desde então o SUS vem sofrendo dificuldades de toda ordem na sua implementação ao longo dos anos 90 e 2000, com o desenvolvimento do projeto neoliberal no país. Tal projeto, sob hegemonia do capital internacional em articulação com o capital nacional, caracteriza-se – no que tange às políticas públicas em geral e especialmente às políticas sociais – pela privatização, focalização, descentralização sem partilha de recursos financeiros e poder de decisão sobre a formulação das políticas, e participação e controle social restritos à execução dessas mesmas políticas.

Nesse contexto, para a área da saúde, especialmente para a Atenção Básica, se colocam em evidência dois projetos: um sob orientações neoliberais e de organismos internacionais e o outro consoante com a Reforma Sanitária Brasileira.

Na realidade, como nos aponta Machado (2007), esse movimento no sentido da reorientação da atenção em saúde no Brasil, em especial a ESF, se constrói aglutinando de forma contraditória ao menos dois projetos diferenciados e em disputa quanto aos rumos do sistema de saúde. De um lado, o projeto da RSB, que tem como objetivo principal assegurar a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos e a transformação social; de outro, o projeto articulado às propostas dos organismos internacionais que propões o fortalecimento das ações básicas de saúde garantindo uma atenção pública à saúde a custos reduzidos com o intuito de mitigar a pobreza. (Apud DURÃO et. al., 2009, p. 226).

Morosini (2010) também corrobora com o debate:

Trata-se do conflito formado, de um lado, pela 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 e voltada para uma população excluída da possibilidade de inserção no mercado de atenção à saúde; de outro lado, pela perspectiva de uma política de atenção básica compreendida como parte de um plano maior e mais abrangente que inclua os demais níveis de atenção, conformando um sistema integrado e contínuo de atenção à saúde, conforme as necessidades da população (2010, p. 34).

Vieira et. al. (2011); Vieira (2007) se referem que o aumento no número de ACSs e a expansão da ESF podem ser indicativos dessas duas lógicas distintas: uma política que busca romper com o modelo centrado em hospitais e na figura de médicos (hospitalocêntrico) e avançar na concretização do SUS, ou uma política focalizada, direcionada a grupos em

situação de pobreza, em consonância com as políticas neoliberais que foram intensificadas na década de 1990.

Nessa lógica, a incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde como a expansão da Estratégia Saúde da Família seria uma forma de racionalização dos custos, com o emprego de uma mão de obra barata, com fracos vínculos empregatícios e de baixa qualificação. (VIEIRA et. al, 2011, p. 25)

Nessa perspectiva, Rizzoto (2000) e Silva (2008) salientam que a ESF pode ser entendida como uma política direcionada à população em situação de pobreza e seria uma reposta “as nefastas consequências dos ajustes de recorte neoliberal sobre a vida da maioria da população brasileira”. Destacando ainda que: “[...] a implantação do programa constituiria uma forma de racionalizar os recursos do Estado destinados aos segmentos sociais que não atraem o interesse da iniciativa privada.” (apud DURÃO et. al., 2009, p. 226).

Assim, o trabalho do ACSs tem se constituído de muita relevância para a saúde da população visto que contribui para a promoção e proteção à saúde da população, mas que também tem se relacionado diretamente com as populações mais pobres.

A atividade dos ACS foi criada prioritariamente para dar conta de necessidades fundamentais dos setores que mais sofrem com os efeitos da mundialização do capital. Nesse sentido, ela está intimamente ligada ao movimento *desigual e combinado* do processo de acumulação do capitalismo que produz, ao mesmo tempo, um avanço acelerado das bases tecnológicas e um aumento crescente do nível de precarização de vida da maioria da população. (DURÃO et. al., 2009, p.228).

Segundo Durão et. al. (2009, p. 230) o programa, em suas experiências iniciais, teve como marca essa situação “marginalizada” da população atendida e com a qual esse novo profissional deveria se identificar.

[...] Este fato permite constatar que, especialmente em suas experiências iniciais, o programa apresentava como uma de suas marcas a relação entre o estado de vulnerabilidade e pobreza da população atendidas e a formação aligeirada dos trabalhadores, em concordância com diretrizes emanadas do Banco Mundial [...] (DURÃO et. al., 2009, p. 229).

O trabalho dos ACSs desde a sua criação também esteve ligado à força de trabalho das mulheres. Cria-se inicialmente uma atividade remunerada nas comunidades, como uma forma de criar emprego, sobretudo para esse segmento com poucas condições de inserção no mercado de trabalho (SILVA; DALMASO, 2002), ao mesmo tempo em que, por serem mulheres, estejam mais comumente associadas ao penhor para a solidariedade, que é uma das

características que marcam o trabalho dos mesmos (MOROSINI, 2010), e ao trabalho simples¹ também associado às mulheres (DURÃO et. al., 2009).

Note-se que as habilidades vistas como próprias da socialização feminina são comumente tomadas como inerente aos sujeitos e, nesse sentido, circunscritas ao campo do trabalho simples e sem qualquer reconhecimento social, ou seja, as atividades desenvolvidas por estas trabalhadoras, ainda que consideradas fundamentais para a atual política de saúde do país, são sistematicamente desqualificadas como funções que prescindem de habilidades ou conhecimento mais complexos. (DURÃO et. al., 2009, p.230)

Menezes (2011) chama atenção para o fato de que as profissões que tem como característica o cuidar e o educar têm sido historicamente ocupadas por mulheres como é o caso do trabalho dos ACSs.

Em relação à formação desses trabalhadores constata-se que a criação do trabalho do ACSs foi caracterizada como uma atividade simples, portanto não necessitavam de qualquer formação mais ampla. Inicialmente bastava saber ler e escrever, residir na comunidade em que fosse trabalhar. A qualificação profissional restringiu-se, em geral, à capacitação em serviço, realizada pelo enfermeiro-supervisor, principalmente no caso do PACS, ou pela equipe do Programa Saúde da família (PSF), chamado “treinamento introdutório” e, durante o trabalho, participavam de outros treinamentos específicos.

A lei n.º 10.507 de 2002, que criou a profissão dos ACSs, estabelece como requisito para ser contratado ter o ensino fundamental, residir na comunidade onde irá atuar e haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde. O que foi ratificado pela lei n.º 11.350/2006 que regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006.

Entretanto, as questões referentes à formação profissional desses trabalhadores têm sido substrato para debates e críticas por parte da comunidade acadêmica, dos gestores, do controle social do SUS e dos ACSs, uma vez que, pela amplitude do papel de articulador e mobilizador social na comunidade e, sobretudo de educador ao levar informações sobre prevenção e promoção da saúde, seja imprescindível que estejam asseguradas as condições de intervenção mediada por um processo educativo mais amplo.

¹ Trabalho simples “é aquele reduzido à indiferença de quem o realiza, já que, para isto, não são exigidos mais do que conhecimentos elementares como ler, escrever e contar, além de rudimentos técnico-procedimentais para o exercício das tarefas.” (RAMOS, 2010, p. 104).

O debate que marcou a formulação da política de formação dos ACSs consistia em duas posições distintas: de um lado, os que percebem uma contradição entre o rol de atividade que esse profissional tem a cumprir e a sua baixa escolarização e outros que veem no ACS, pelo fato de pertencer à comunidade, condições inerentes que podem ser colocada a serviço das comunidades. Para a realização da missão de elo entre os serviços e a comunidade, o fato de serem oriundos dessas comunidades conferia essas condições e justificaria a sua baixa escolarização (MOROSINI, 2010). “É em torno desse ideário que muitas questões se levantaram em relação á formação dos ACSs e as eventuais efeitos dessa formação na identidade deste trabalhador e, conseqüentemente, no resultado de seu trabalho [...]” (MOROSINI, 2010, p. 69).

Ou seja, para realizar o seu trabalho, os ACSs por serem conhecedores da realidade das comunidades não necessitariam de uma formação mais ampla, esse fator aliado à disposição para a solidariedade seriam elementos suficientes para a intervenção profissional. Nessa perspectiva, o aumento da escolaridade poderia até se constituir um empecilho para o desenvolvimento do trabalho desses agentes por distanciá-los da realidade da qual fazem parte.

A concepção do trabalho do ACS como um trabalho simples estaria presente na compreensão de que esse trabalho não requer uma formação específica e complexa para sua realização. Ao contrario, a função de ACS poderia ser desenvolvida a partir de atributos que este trabalhador possui a priori pelo fato de ser originário da comunidade onde atuará e em função de certos atributos subjetivos, especialmente o penhor à solidariedade. Como já vimos esses elementos conformam o perfil social desse trabalhador. (MOROSINI, 2010, p. 144)

Nessa perspectiva, tais argumentos se inserem na lógica neoliberal de racionalização dos gastos públicos, visto que o aumento da escolaridade pode levar a exigência de melhores salários e condições de trabalho para esses trabalhadores.

Por outro lado, contrários aos que advogam que os ACSs não necessitam de uma formação mais ampla, muitos estudiosos, profissionais da área da saúde e os próprios ACSs defendem a necessidade dessa formação e de uma remuneração maior. Nesse sentido, como fruto desses embates e discussões, em 2004 foi publicado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação o Referencial Curricular Para o Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde. A partir desse mesmo ano, por meio da Portaria MS de nº 2.747 de 2004 que institui o repasse regular e automático de recursos financeiros na modalidade fundo a fundo para a formação profissional, inicia-se em todo o Brasil um itinerário para a formação técnica dos ACSs.

Em relação à gestão do trabalho, as equipes de saúde da família se estruturaram com bases em vínculos precários de trabalho, especialmente, os ACSs.

Cabe ressaltar que a expansão do PACS/PSF ocorre em um contexto de constrangimentos para o aumento de gastos com pessoal pelos governos, face às imposições de leis federais, levando a formas de contratação de profissionais diversificadas, como cooperativas, terceirizações, intermediação por meio de organizações não-governamentais e universidades, criação de cargos comissionados, algumas vezes sem vínculos trabalhistas estáveis (estatutários ou celetistas), particularmente no que tange aos agentes comunitários de saúde. [...] Na realidade, a gestão de recursos humanos é uma área de tensão entre a agenda expansiva do SUS e a agenda de reforma do Estado dos anos 90, restritiva aos gastos com funcionalismo e incentivadora de novas parcerias entre o público e o privado, inclusive para a contratação de pessoal. A expansão acelerada do PSF nesse contexto dá-se em muitos locais do país por meio do aumento dessas novas modalidades de contratação e/ou da precariedade das relações de trabalho (MACHADO, 2005, p. 197).

Com a Lei complementar nº 101 de 4 de maio de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, os gastos com pessoal em todas as esferas de governo foram ainda mais limitados e com isso ampliou-se ainda mais as contratações instáveis e de baixo custo, principalmente nos municípios com o crescimento do Programa Saúde da Família, especialmente para os ACSs cujo posto de trabalho estava crescendo continuamente (LOPES, DURÃO, CARVALHO, 2011 p. 178).

Desta forma, a história profissional desses trabalhadores foi marcada por contratos informais e precários de trabalho, aliados a baixos salários, isso fez com que deixassem de ter vantagens como 13º salário, férias, licenças maternidade e para tratamento de saúde, adicional de insalubridade, vale transporte, aposentadoria entre outros direitos sociais. Além disso, não dispunham de condições de trabalho mínimas para sua atuação, como equipamentos de proteção individual e transporte, visto terem que andar por longa distância a pé, enfrentando muito sol ou chuva, principalmente nas comunidades rurais em que as residências, muitas vezes são distantes uma das outras.

Em relação à vinculação, no Monitoramento 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 vínculo de trabalho precarizado, o que incluía o contrato temporário, o contrato informal, o contrato verbal, entre outros (MOROSINI, 2010, p. 24).

No entanto, a precarização não foi exclusividade desses programas, nem da área da saúde, mas são reflexos das políticas públicas no Brasil que ao seguirem o receituário de orientações neoliberais destituiu direitos conquistados pela classe trabalhadora.

Ribeiro et al (2007) informam, apoiados em pesquisas de Bertocini (2000), Costa, Lima e Oliveira (2000) e Souza (2000), as condições de trabalhos em que as equipes estavam imersas com destaque para: a não composição básica das equipes, insuficiência de profissionais com o perfil proposto, várias modalidades de contrato de trabalho, heterogeneidade na estrutura física das unidades de saúde, algumas em péssimas condições, sobrecarga no atendimento, conflitos com a população quando não conseguem atender à demanda, entre outros.

Vieira (2007) destaca que em relação ao serviço público, a precariedade também se relaciona às irregularidades no que diz respeito às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho. O contrato sem concurso público, os contratos terceirizados, não têm base legal com o Estado, pois contrariam o inciso II da Constituição Federal, que determina o provimento dos cargos na administração pública por meio de concurso público. Na área da saúde é crescente o número de trabalhadores sob essas condições nas mais diversas modalidades, como exemplo: cooperativas, bolsas de trabalho, contratos temporários por meio da consolidação das leis de trabalho – CLT, entre outros.

Essas condições de trabalho, também são constatadas por outros autores que em seus estudos nos mostram que:

Os ACS surgiram como vítimas de uma conjuntura geral de desregulamentação das condições sociais de trabalho, que marca a década de 90. Ao contrário de outros grupos de trabalhadores, não aconteceu de perderem benefícios e direitos, já que a categoria não existia previamente. Mas, ao surgirem como fruto de uma política social, viram-se defrontados com muitos entraves no acesso à tradição brasileira desses direitos e benefícios, na medida em que eles deixaram de ser alvo essencial das políticas públicas. Portanto, os ACSs nascem desprotegidos em relação a essas garantias legais do trabalho, e os gestores do SUS, mesmo quando consideram relevante e justo que tais garantias lhes sejam concedidas, têm sérias dificuldades em institucionalizá-las. (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p. 24).

Desta forma, em sua trajetória profissional esses trabalhadores têm enfrentado muitos entraves para o seu desenvolvimento, seja pelas condições de trabalho a que são submetidos, pela qualificação que lhes é oferecida ou pela impossibilidade de atuação diante das dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde.

Alia-se a essas problemáticas um sentimento de impotência diante da falta de resolutividade nos serviços de saúde, visto que a população, muitas vezes, não consegue

atendimento condizente com as suas necessidades ou tem o acesso dificultado para os outros níveis de atenção, o que deixa não somente o ACSs, mas toda a equipe sem alternativas para esse quadro.

Assim, em meio a muitas polêmicas em torno da atuação dos ACSs, a resistência se estabeleceu nas organizações políticas que lutam por reconhecimento, profissionalização, melhores condições de trabalho e formação profissional. Destaca-se a atuação da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde - CONACS, principal entidade de organização e representação dos ACSs em nível nacional, com articulações regionais e locais. O Ministério Público do Trabalho - MPT, que também teve um papel muito importante principalmente depois do Procedimento Investigatório nº 160/2003 que questionou a forma de contratação na ESF, colocando a profissionalização alvo de debates e propostas (MOROSINI, 2010).

No âmbito dessa luta, foram vários os projetos de lei (PL) que tramitaram no Congresso Nacional com o objetivo de regulamentar a prática profissional dos ACSs, assim como diversos processos judiciais também foram movidos por esses trabalhadores, cujo resultado foi à criação da profissão pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, determinando (art. 4º) o seu exercício exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob supervisão do gestor local de saúde, mediante vínculo direto ou indireto. (MOROSINI, 2010).

As polêmicas em relação à forma mais adequada de contratação dos ACSs vêm desde a inserção desse trabalhador no SUS. A principal alegação estava na característica de sua função de ser um morador da comunidade, o que seria uma dificuldade para a admissão no serviço público, visto que isso contraria o princípio do acesso em condições iguais aos cargos públicos, já que por concurso público qualquer cidadão poderia concorrer para o cargo.

Em 14 de fevereiro de 2006, foi promulgada a Emenda Constitucional n.º 51/06, que dispõe sobre a contratação desse trabalhador por meio de processo seletivo público que foi regulamentado pela lei n.º11.350/2006 que define o regime jurídico de contratação desses profissionais.

Ressalta-se aqui a importância da emenda constitucional nº 51 que abre uma exceção no processo seletivo dos ACSs, permitindo que se faça concurso público cuja única exigência, no caso desse trabalhador, é o local de moradia. A conquista dessa emenda em 2006 legitima a luta dos agentes para serem efetivados, sem perderem sua especificidade de moradores da comunidade local. (LOPES, DURÃO, CARVALHO, p. 184)

Mesmo assim, como nos explica Mota; David (2010, p. 230), ainda existe controvérsias e disputas em torno dessas questões, pois [...] “ainda não há garantia efetiva da

formalização da contratação, nem clareza quanto ao processo de trabalho.” (MOTA; DAVID, 2010 p. 230).

No estado do Maranhão, por exemplo, decorridos mais de seis anos de regulamentação profissional da categoria ainda existem 20 municípios que ainda não se adequaram a legislação (Emenda Constitucional nº 51 de 14 de fevereiro de 2006 e Lei Federal nº 11.350 de 5 de outubro de 2006), regularizando o vínculo formal de trabalho destes profissionais. Esta tem sido uma das reivindicações da Federação Maranhense dos Agentes Comunitários de Saúde - FEMACS, junto a Federação dos Municípios do Estado do Maranhão - FAMEM (FEMACS, 2012).

No Relatório Técnico Final do Monitoramento da Qualidade do Emprego na ESF realizado pela Estação de Pesquisa de Mercado em Saúde (EPMS), do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em 2010, constata-se que há uma tendência de melhoria nas condições de trabalho dos profissionais da ESF, seja em relação ao estabelecimento de vínculo trabalhista, seja em relação à remuneração, variando conforme as ocupações.

Essa melhoria ganha destaque entre os agentes comunitários de saúde, categoria cujo surgimento remete à própria implantação da ESF. Essa melhoria se destaca na consolidação da ocupação de agente comunitário de saúde no interior da Estratégia Saúde da Família. [...] Entre as categorias analisadas, os ACS apresentam o maior percentual de trabalho protegido e também o maior tempo médio de permanência nos municípios, 5,9 anos. Além disso, foi a única positiva na média salarial em todos os anos (EPMS, 2010, p. 205).

Em relação aos salários entre as ocupações de nível médio este relatório aponta que a maior média verificada é entre os técnicos de enfermagem e a menor entre os ACSs. Os salários dos ACSs apresentam média nacional de R\$ 613,00, valor mínimo de R\$415,00 e o máximo R\$ 1.800,00.

Assim, a criação da profissão foi muito importante porque inseriu os ACSs entre os profissionais da área da saúde e, com isso, lhes conferiu maior reconhecimento. Entretanto, embora considerados centrais na reorganização do sistema de saúde e ocuparem um espaço muito importante na comunidade, visto serem força de trabalho essencial da ESF, em muitos municípios ainda têm vínculos frágeis, representados pela falta de direitos trabalhistas legais e condições de trabalho. Como, também, não têm sido garantido a todos os ACSs a formação técnica, posto que até o momento somente poucos tiveram a oportunidade de concluir esse processo educativo.

Desta forma, a vinculação institucional, melhores condições de trabalho e da formação profissional continuam a fazer parte das reivindicações desses trabalhadores. Nesse momento, as mobilizações giram em torno da aprovação do piso salarial da categoria por meio do Projeto de Lei nº 658/2011, que vem regulamentar a Emenda Constitucional nº 63 de 4 de fevereiro de 2010 aprovada e sancionada. Recentemente foi aprovada na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE) a PL 196/09 que estabelece o valor do Piso salarial de R\$ 930,00 (Novecentos e trinta reais) para os ACSs e ACE – Agente de Controle de Endemias, o Projeto de Lei segue agora para votação terminativa de mérito na Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado. (Disponível em: [www. syndrasscodo.com.br](http://www.sindrasscodo.com.br), acesso em 25 de janeiro 2013).

Entretanto, apesar das fragilidades apontadas, o atendimento prestado à população pela equipe de Saúde da Família em pesquisa recente (Percepção Social sobre a Saúde no Brasil - Sistema de Indicadores de Percepção Social - SISP/IPEA), foi considerado pelos brasileiros em 2011 o serviço mais bem avaliado do SUS. Isso pode significar que a atuação das equipes, mesmo diante de toda essa problemática tem atingindo a população por eles atendida.

Portanto, a educação desses trabalhadores conforma-se em projetos conflituosos, atravessados por interesses diversos e por diferentes concepções de saúde, trabalho e educação. De um lado, a resistência do movimento organizado dos ACSs, e dos movimentos em defesa da saúde pública como direito de todos e dever do Estado e por outro, a conjuntura política cujos direcionamentos têm apontado a favor dos interesses do capital.

Nessa conjuntura, em que as políticas públicas têm sido profundamente impactadas pelas transformações no modo de produção capitalista decorrente da crise que se instala no mundo inteiro, no final do século XX e início do século XXI, constatam-se alterações significativas não somente na área da saúde, educação e no mundo do trabalho, mas em todas as instâncias da vida social.

1.2 A conjuntura política do final do século XX e início do século XXI

O contexto econômico, político, social e cultural do final do século XX e início do século XXI, evidencia as transformações societárias ocorridas em âmbito mundial, decorrentes da crise do padrão de acumulação capitalista, estruturado com base no taylorismo/

fordismo que foi, segundo Antunes (1996, p. 229), “[...] crescentemente alterado, mesclado e alguns casos até mesmo substituído pelas formas produtivas flexibilizadas e desregulamentadas das quais a chamada acumulação flexível e o modelo japonês ou toyotismo são exemplos.”

Para Previtali (2011, p.35),

As transformações estão associadas a um processo de reestruturação das formas de organização e controle do trabalho ao longo das cadeias produtivas, através das quais o capital busca romper com a estrutura político-institucional de regulação, que lhe proporcionou crescimento e relativa estabilidade durante o período taylorista-fordista. Por um lado, a reestruturação produtiva visa responder à crise que se instala no regime taylorista-fordista de acumulação, a partir da segunda metade da década de 1970. Por outro lado, está implicando na construção de uma nova ordem de acumulação, porém, ainda circunscrita à lógica da reprodução do capital e fundada na dinâmica histórica das lutas de classes.

O taylorismo, princípio teórico que orientou o jeito de ser do modo de produção capitalista no século XX, fundamentou-se na “Teoria da Administração Científica” de Frederick Winslow Taylor, cujo fundamento é a organização e o controle dos processos de trabalho. Tal teoria aprimorada por Henry Ford, empresário do ramo automobilístico americano, transformou-se no modelo de desenvolvimento e de organização do trabalho que dominou a grande indústria capitalista nesse período, em uma união que ficou conhecida como taylorismo/fordismo.

[...] Fundado na produção em massa, responsável por uma produção mais homogeneizada. Esse binômio caracterizou-se pela mescla da produção em série fordista com o cronômetro taylorista, além de fundar-se no trabalho parcelar e fragmentado, com uma linha demarcatória nítida entre a elaboração e execução [...] (ANTUNES, 2006, p. 229).

Esse padrão de organização industrial baseou-se em uma produção em série e em larga escala para o consumo de ampla massa de trabalhadores. Neste o trabalhador tinha as tarefas parceladas e pré-determinadas, vinculados a um posto de trabalho e com o tempo de produção reduzido por conta de movimentos simples e repetitivos e pelo controle rigoroso sobre seu trabalho.

Este modelo atingiu seu auge entre os anos depois da 2ª Guerra Mundial e o início da década de 1970 e teve forte relação com a política econômica do Estado de Bem-Estar Social, cuja marca é a intervenção do Estado na esfera econômica. Essa aliança entre o capital, trabalho e Estado proporcionou ao modo de produção capitalista estabilização nesse período.

De acordo com Aglietta (2000),

O regime de acumulação fordista proporcionou à superação das barreiras para uma acumulação sustentada do capital, as quais repousam de um lado, na resistência dos trabalhadores à tentativa de aumentar a produtividade e, de outro lado, nas desproporções entre produção e consumo. Essas barreiras foram superadas pela instituição de uma negociação coletiva, envolvendo capital e trabalho e Estado, a qual procurou promover e assegurar, ao mesmo tempo, a acomodação dos trabalhadores ao processo de intensificação do trabalho e o crescimento do mercado para o consumo com a intermediação de uma política macroeconômica, corporativa, que regulava produção, demanda e distribuição. (apud PREVITALI, 2011, p. 45).

Esse regime, de acordo com as condições históricas, sociais e culturais onde foi vivenciado, envolveu um conjunto de práticas e de controle do trabalho, bem como de formas de intervenção e resistência da classe trabalhadora, criando as condições para a produção em massa e acumulação do capital. Entretanto, durante a segunda metade da década de 1970 apresenta sinais de esgotamento. Como resposta a esta crise, o capital iniciou, ao longo das décadas de 1980 e 1990, um amplo processo de reestruturação que envolveu a introdução de inovações técnicas e ou organizacionais no processo de trabalho com vistas a assegurar o controle sobre o mesmo (PREVITALI, 2011).

A crise do padrão de acumulação capitalista revelou as fragilidades desse modo de organização da produção. Contribuíram para essas fragilidades a resistência dos trabalhadores que não estavam mais dispostos a atender aos compromissos tayloristas/fordistas e as mudanças nos mercados consumidores de bens e serviços, que estavam cada vez mais exigentes, forçando as empresas a buscarem estratégias de racionalização de custos e aumento da produtividade (DELUIZ, 2001).

Segundo Antunes, (2009) os traços mais evidentes desta crise foram: além do esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista; a queda da taxa de lucro, hipertrofia da esfera financeira que ganhava relativa autonomia frente aos capitais produtivos; maior concentração de capitais devido às fusões entre as empresas monopolistas e oligopolistas; a crise do Estado de Bem-Estar Social; incremento acentuado das privatizações; tendência generalizada às desregulamentações e a flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força produtiva.

Para Mézaros (2009), não se trata somente de mais uma das crises cíclicas, mas a crise estrutural do capital, indicando que o seu sistema sociometabólico está esgotado, e exigindo a instituição de uma mudança sistêmica e radical.

Embora a crise estrutural do capital tivesse determinações mais profundas, a resposta capitalista a essa crise procurou enfrentá-la tão somente na sua superfície, na sua dimensão fenomênica, isto é, reestruturá-la sem transformar os pilares essenciais do modo de produção capitalista. [...] Dado que as lutas anteriores entre capital e trabalho, que tiveram seu apogeu nos anos 60, não resultaram na

instauração de um projeto hegemônico do trabalho contra o capital, coube a este, derrotadas as alternativas mais ousadas do mundo do trabalho, oferecer sua resposta para a crise. Atendo-se à esfera fenomênica, à sua manifestação mais visível, tratava-se para o capital de reorganizar o ciclo produtivo do capital preservando seus fundamentos essenciais (ANTUNES, 2009a, p. 38).

Em resposta à crise buscaram-se intensamente novos mecanismos e formas de acumulação. Entre as experiências e tentativas de superação dessa crise o toyotismo, ou modelo japonês foi o que teve maior repercussão e se tornou o principal modelo de referência para os países capitalistas. Este modelo caracteriza-se como uma forma de organização do trabalho, originada na fábrica Toyota no Japão, baseada em uma produção variada, heterogênea e diversificada e mais voltada para atender os fluxos da demanda. Além de fundamentar-se no trabalho em equipe, na flexibilidade de funções, na ampliação e diversificação das formas de intensificação da exploração do trabalho (ANTUNES, 2006, 2009a).

A reestruturação produtiva fundamentou-se no que o ideário dominante denominou de “Lean Production”, “empresa enxuta” ou “empresa moderna”, cuja característica é o maquinário tecnocientífico ampliado (trabalho morto) e o trabalho vivo (trabalho humano) restringido, limitado e intensamente explorado. O resultado desse processo é o desemprego explosivo, precarização estrutural do trabalho, rebaixamento salarial e perdas de direitos (ANTUNES, 2010).

A nova ordem de acumulação capitalista ancora-se em novas concepções de organização do trabalho, com base em tecnologias, em que o cerne é a integração dos processos produtivos, flexibilização do trabalho e do trabalhador. Nesse novo paradigma, aquele trabalhador que tinha suas tarefas delimitadas, no seu posto de trabalho, acostumado em tarefas repetitivas e rotineiras, próprio do taylorismo/fordismo dá lugar a um trabalhador “flexível”, “polivalente”, “multifuncional” que deve ter uma visão do conjunto do processo de trabalho, para intervir frente às mais diversas situações no âmbito do trabalho. Em outras palavras, expressa uma profunda intensificação do trabalho e de exploração do trabalhador.

Esse novo trabalhador é aquilo que Teixeira denomina “trabalhador coletivo combinado”. [...] Assim como as empresas foram levadas a reconstituir, na prática, a unidade das diferentes formas de existências do capital, a reestruturação produtiva, com seus novos métodos e técnicas de contratação e gerenciamento, recompõem a unidade das diferentes fases do processo de trabalho, recriando um novo tipo de “trabalhador coletivo combinado”. Este não mais existe como unidade de diferentes trabalhos, realizados por distintos trabalhadores ligados entre si pelas malhas invisíveis da divisão técnica das ocupações. O novo trabalhador coletivo combinado existe agora na figura de cada trabalhador particular que, ao lado dos demais, encarna e realiza a unidade das diferentes fases do processo produtivo. Noutros

termos, cada trabalhador individual é um trabalhador coletivo combinado. (Apud NORONHA, 2008, p. 25).

Essa metamorfose do mundo do trabalho tem consequências nefastas para a classe trabalhadora, tanto no que diz respeito à sua materialidade, quanto para a sua organização política. Dentre elas pode-se citar: a diminuição expressiva do trabalho estável e contratado regularmente, o aumento do emprego parcial, temporário, subcontratado, terceirizado e tantas outras formas de inserção precária do trabalhador no mercado de trabalho; aumento do trabalho feminino; exclusão dos trabalhadores jovens e velhos; além da superexploração do trabalho dos imigrantes e trabalho infantil. Aliado a isso o esfacelamento da organização política dos trabalhadores ao separá-los e desregulamentar seus direitos, e o desemprego estrutural em todo o mundo (ANTUNES, 2009a, 2010).

Em relatório recente sobre o trabalho no mundo a OIT- Organização Internacional do Trabalho (Relatório sobre o trabalho em 2012: Melhores empregos para uma economia melhor), assinala-se que ainda estão faltando 50 milhões de empregos comparando-se com a situação antes da crise. Indica-se, também, que muitos dos empregos que surgem são precários e que as taxas de emprego aumentaram somente em 5 das 36 economias avançadas² deste 2007, e que a taxa de desemprego juvenil aumentou em cerca de 80 por cento nos países avançados e em dois terços nos países em desenvolvimento. O trabalho em tempo parcial involuntário aumentou em dois terços nas economias avançadas. O trabalho temporário aumentou em mais da metade nos países avançados. A proporção de emprego informal se situa em mais de 40 por cento em dois terços dos países emergentes e em desenvolvimento. Em termos gerais, este relatório indica que embora o crescimento econômico tenha se reativado em algumas regiões a situação global do emprego é extremamente alarmante e não dá sinais de recuperação no futuro próximo (OIT, 2012).

Neste relatório aponta-se que as mulheres e jovens são bastante afetados pelo desemprego. As taxas de desemprego dos jovens aumentaram em cerca de 80% nas economias avançadas e em dois terços das economias em desenvolvimento.

Aponta-se ainda que a taxa de pobreza aumentou na metade das economias desenvolvidas, e em um terço nas economias em desenvolvimento, enquanto que a desigualdade aumentou na metade dos países desenvolvidos e em um quarto nas economias em desenvolvimento (OIT, 2012).

² Economias avançadas são os países desenvolvidos que tem alto nível de desenvolvimento econômico e social e alto Índice de desenvolvimento Humano-IDH

Em relação ao Brasil, o relatório aponta que, justamente como em outros países como a Indonésia e o Uruguai, a taxa de emprego aumentou e a incidência de trabalho informal diminuiu. Em comparação com outras economias da região, tem a terceira menor taxa de desemprego, depois do México e Barbados (OIT, 2012).

Antunes (2012) lembra que na década de 1990 e começo da década de 2000 o Brasil viveu um período de estagnação da economia e com isso cresceu o número de desempregados e paralelamente o de terceirizados e de trabalhadores na informalidade. Em meados dessa década retoma o crescimento econômico, no entanto um grande contingente dos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho é terceirizado. O que implica em um conjunto de trabalhadores submetidos à ausência de legislação, a intensificação da jornada de trabalho, a um trabalho exaustivo e violento, visto que as empresas se desobrigam com os seus trabalhadores e as que contratam nem sempre cumpre a legislação trabalhista.

Pochmann, analisando o emprego no Brasil refere-se que:

A adoção de um conjunto de programas de ajuste macroeconômicos, a partir do colapso do padrão de financiamento da economia brasileira no início dos anos 80, com a crise da dívida externa, bem como a implantação do modelo econômico neoliberal desde 1990, terminou por inviabilizar a retomada sustentada do crescimento econômico. Diante do cenário de estagnação da renda per capita, como fortes e rápidas oscilações econômicas e num contexto hiperinflacionário até 1994, o país abandonou a tendência de estruturação do mercado de trabalho inaugurado ainda na década de 1930. Desde 1980, verifica-se uma importante desaceleração na queda das ocupações no setor primário da economia, enquanto o setor secundário deixa de apresentar uma maior contribuição relativa no total de ocupações. Com isso, o setor terciário passou a registrar um certo inchamento, com a expansão de ocupações precárias e o desemprego maior [...]. (POCHMANN, 2002, p.10).

O autor refere-se, também, que desde 1990, diante do modelo econômico neoliberal, o processo de abertura comercial, financeira, produtiva e tecnológica foi responsável pela baixa expansão das exportações. Em contrapartida, o aumento das importações contribuiu associado ao ambiente macroeconômico desfavorável (altas taxas de juros, cambio valorizado, renda per capita estagnada) para a desaceleração na abertura de novas vagas, abrindo caminho para o forte aumento do desemprego (POCHMANN, 2002, p. 11).

Adverte o autor que nos últimos anos voltamos à trajetória de estruturação do mercado de trabalho. E hoje é o terceiro país que mais gera emprego no mundo, mas ainda incompleto, pois o centro do mercado de trabalho no Brasil é a terceirização e os serviços responsáveis por 80% das ocupações geradas.

[...] realmente ainda temos uma parte importante dos nossos ocupados ainda informais, à margem da legislação social e trabalhista. Ainda temos o problema do desemprego aberto; em torno de 5 a 6 milhões de pessoas vivendo na condição de desempregado. Por outro lado temos pessoas que estão ocupadas, mas em condições precárias e à margem da legislação [...]. (POCHMANN, 2012, p.14).

Nesse sentido, Antunes (2012) adverte que a terceirização é a porta de entrada para a precarização do trabalho em escala global. Terceiriza-se para reduzir os custos e para acirrar a divisão e, com isso, bloquear a organização sindical e a resistência da classe trabalhadora.

Pochmann (2012) também argumenta que nesse contexto de mudanças estruturais percebe-se um crescimento da individualização do trabalho, o que compromete a organização dos trabalhadores. “[...] os novos métodos de gestão empresarial aprofundaram o individualismo, a competição entre os trabalhadores. Isso afasta a compreensão da classe trabalhadora em si.” (POCHMANN, 2012, p. 13).

Na área da saúde:

A política neoliberal de flexibilização da inserção do trabalhador no mundo do trabalho na década de 90- adotada pelo governo federal e seguida, em boa medida, pelos governos estaduais e municipais - produziu efeitos deletérios no SUS - Verifica-se hoje nas instituições um volume enorme de contratações de serviços por terceirização (MACHADO, 2006, p. 21).

Nesse sentido, Machado; Moysés; Oliveira (2006) atualizando os dados produzidos em 1998, no primeiro volume do livro *Trabalhadores de Saúde em números*, reafirmam a ocorrência de mudanças importantes no mundo do trabalho e suas repercussões no processo de trabalho em saúde.

[...] o mercado de trabalho em saúde tem se mostrado complexo, dinâmico e altamente competitivo. A municipalização dos serviços de saúde foi uma das principais características deste período, o crescimento da oferta de empregos no setor público se deu a partir da expansão do sistema municipal de saúde, que 1992 representava 21% do total de empregos públicos do SUS e em 2002 aumentou para 65%. O setor privado aparentemente redirecionou seu foco de atenção, expandindo-se em regiões que até os anos 90 tinha a hegemonia do setor público, como o Norte e Nordeste. Somados aos fatores estruturais, houve uma forte tendência de desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho sobre a qualidade do emprego no setor saúde. As mudanças estruturais afetaram os contratos de trabalho, ampliando a informalidade dos vínculos de modo heterogêneo. (MACHADO; MOYSÉS; OLIVEIRA, 2006, p. 9).

A ESF tem sido responsável pelo aumento do número de trabalhadores da área da saúde, envolvendo em todo o Brasil 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil equipes de Saúde da Família. (Disponível em: www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento. Acesso em 06/03/2013).

Em relação ao aumento do trabalho feminino, na área da saúde não é diferente dos outros setores, “[...] a feminilização tornou-se uma marca registrada do setor. A maioria da força de trabalho em saúde é feminina, representando hoje mais de 70% de todo o contingente- e com tendência ao crescimento.” (MACHADO, 2006, p. 21).

Entretanto, Antunes adverte que:

Sabe-se que esta expansão do trabalho feminino tem, entretanto, significado inverso quando se trata da temática salarial e dos direitos no qual a desigualdade salarial das mulheres contradita a sua crescente participação no mercado de trabalho, seu percentual de remuneração é bem menor do que aquele auferido pelo trabalho masculino. O mesmo frequentemente ocorre no que concerne aos direitos e condições de trabalho. (ANTUNES, 2010, p. 22).

O trabalho dos agentes comunitários de saúde é majoritariamente feminino e tem sido uma das suas marcas. Admite-se que isto está relacionado ao fato das mulheres historicamente estejam relacionadas ao cuidado com o outro e a construção histórico social no qual a mulher é educada para a docilidade, atenção e cuidado com os integrantes da família (MENEZES, 2011).

Percebe-se que essa tendência de feminilização dessa categoria profissional vem de encontro à lógica neoliberal de redução de gastos públicos ao se utilizar uma mão de obra barata, com pouca qualificação.

Antunes (2010)

Na divisão sexual do trabalho, operada pelo capital dentro do espaço fabril, geralmente as atividades de concepção ou aquelas baseadas em capital intensivo, são preenchidas pelo trabalho masculino, enquanto aquelas dotadas de menor qualificação, mais elementares e frequentemente fundadas em trabalho intensivo, são destinadas às mulheres trabalhadoras (e, muito comumente, também aos trabalhadores/as imigrantes e negros/as). Isso para não falar no trabalho duplicado (no mundo da produção e da reprodução), ambos imprescindíveis para o capital (ANTUNES, apud POLLERT, 1996, p. 188).

Nogueira (2004) refere-se que, se por um lado à presença feminina cada vez mais intensa no mundo do trabalho é positiva no processo de emancipação das mulheres, é ao mesmo tempo negativa tendo em vista a precarização do trabalho das mesmas.

Antunes (2010, 2009a) chama a atenção para um elemento importante na nova configuração do mundo do trabalho: a crescente ampliação do trabalho intelectual, do trabalho imaterial (aquele que não cria algo objetivo) principalmente nas esferas da comunicação, informação, publicidade e *marketing*. Ao juntar-se com o trabalho material (que cria algo

corpóreo) é embutido nas marcas, no simbólico, dando corpo à era do capitalismo dos signos, das embalagens, do descartável e do supérfluo.

Diz o autor que:

Ao se apoderar da dimensão cognitiva do trabalho, ao apoderar-se de sua dimensão intelectual- Traço crucial do capitalismo de nossos dias- os capitais ampliam as formas e os mecanismos de geração de valor, aumentando também os modos de controle e subordinação dos sujeitos do trabalho [...]. (ANTUNES, 2010, p. 16).

Pochmann, (2012) corrobora ao afirmar que é o surgimento de uma nova classe trabalhadora assentada no trabalho imaterial, que por conta das tecnologias de comunicação e informação se conectam permanentemente ao trabalho, “O trabalho imaterial é “reportável” (2012, p.13), ou seja, a pessoa o realiza em qualquer lugar, em qualquer horário”. Por isso há uma desconexão com a regulação pública do trabalho, posto que os direitos trabalhistas só tenham validade quando o trabalhador está exercendo o seu trabalho em um local determinado para isso.

Menezes, (2011, p. 116) ao se referir à jornada intensa de trabalho dos ACSs comenta:

O vínculo emocional e afetivo, junto ao compartilhamento geográfico, social e cultural com a população atendida, traz às ACS um comprometimento ainda maior com seu trabalho, muitas vezes sem limites de horário, em uma aproximação de suas próprias visões do que seria ser uma mulher ou uma mãe. Não há local onde deixasse de ser ACS nem horário livre de ser ACS, tal como se concebe o “ser mãe”. Esse trabalho de ACS “24 horas”, sem custo adicional para o Estado, mostra uma perversa relação entre o público e o privado. O trabalho, concebido “normalmente” como algo separado do âmbito familiar e privado pelo espaço e pelo tempo, se mistura no trabalho das ACS em detrimento muitas vezes das condições de saúde das próprias trabalhadoras e, apesar de não se insurgirem contra isso, diversas delas apontam essa contradição, ao mesmo tempo em que criticam os médicos que não buscariam atender à comunidade com o mesmo zelo e dedicação do que elas.

Assim, a crescente imbricação entre trabalho imaterial e material, a monumental precarização do trabalho, a intensificação da exploração da força de trabalho, a crise estrutural do desemprego e a destruição da natureza, é “a forma de ser do trabalho no capitalismo contemporâneo e não sua negação.” (ANTUNES, 2010, p. 20).

Trata-se, portanto, de uma aguda destrutividade, que no fundo é a expressão mais profunda da crise estrutural que assola a (des) sociabilização contemporânea: destrói-se a força humana que trabalha; destroçam-se os direitos sociais; brutalizam-se enormes contingentes de homens e mulheres que vivem da venda de sua força de trabalho; torna-se predatória a relação produção/natureza, criando-se uma monumental “sociedade descartável” que joga fora tudo o que serviu como “embalagem” para as mercadorias e o seu sistema, mantendo-se e agilizando-se, entretanto, o circuito reprodutivo do capital. (ANTUNES, 1996, p. 232).

Nesse processo a subjetividade do trabalhador colocada a favor do capital, se torna fundamental, ou seja, é preciso que ele esteja de corpo de alma envolvido com os objetivos da empresa. Para isso, se aposta no discurso de cooperação, colaboração, envolvimento e parceria do trabalhador.

Quanto mais motivado e envolvido ele estiver com os objetivos da empresa, maiores são as possibilidades de ocorrência de pequenas mudanças operacionais que impactarão de forma significativa na redução de custos, bem como na eficiência do processo produtivo e, dessa forma, a empresa estará melhor adaptada às condições de concorrência no mercado. (PREVITALI, 2011, p. 36).

Desse modo, os trabalhadores ao colocar os seus saberes a serviço do capital acabam colaborando e fortalecendo esse processo. Estudos de Previtali (2006) Previtali; Faria (2008) demonstram que o trabalhador colabora com a gerência administrativa ao indicar onde o trabalho pode ser feito por um número menor de trabalhadores ou em um menor tempo, implicando em demissões e ou intensificação do trabalho (PREVITALI, 2011, p. 36).

No cerne de tais mudanças estão inseridos não somente o declínio do modelo de desenvolvimento taylorista/ fordista, mas também o desmonte do Estado de Bem-Estar, e da união entre o capital, trabalho e Estado, que deu sustentação ao modo de produção capitalista durante o século XX.

O Estado de Bem-Estar Social se consolidou depois da segunda guerra mundial, teve como representante teórico, John Maynard Keynes, economista inglês, ex-presidente do Banco da Inglaterra, e como essência a vigência do Estado como regulador, interventor e estimulador da economia. A lógica Keyensiana consistia em estimular a renda para o consumo mediado por pleno emprego e suporte das políticas públicas. Enfim, o estabelecimento de uma forte articulação entre política econômica e política social. O Estado nesse sentido seria o provedor da tão propagada justiça social, que embasam os discursos das políticas públicas.

Segundo Pereira (2006, p. 99):

A justiça possui um caráter substantivo ou material que requer a definição de critérios distributivos. Dentre esses critérios, o principal é *o direito de todos ao que lhe é devido*, já mencionado, o qual deve ser concretizado por políticas de ação (políticas públicas modernamente), que diferindo do perfil clássico de políticas, tem como principal tarefa satisfazer necessidades sociais. Sendo assim, esse direito que serve de critério distributivo à justiça – assume configuração social identificada preponderantemente com o princípio da igualdade – que requer efetiva participação do Estado no bem-estar dos cidadãos. [...] Deriva daí o conceito de justiça social.

Entretanto, no contexto de sociabilidade capitalista o termo justiça social, é carregado de contradições, isto por que o que está na base de sua determinação histórica é a questão social³, que é “apreendida como o conjunto de expressões das desigualdades sociais da sociedade capitalista madura.” (IAMAMOTTO, 2005, p. 27). E, entre relações tão desiguais que marcam as relações sociais capitalistas, nas quais as explorações inerentes ao sistema são determinantes para as desigualdades sociais, alcançar um patamar de justiça social significa romper com as estruturas vigentes o que pressupõe outra ordem social.

Mas, mesmo na ordem capitalista, esse momento histórico foi de enormes ganhos para a população no que diz respeito à garantia de direitos sociais, ou seja, melhores condições de vida principalmente em relação ao trabalho, saúde e educação.

Houve naquele momento, uma melhoria efetiva das condições de vida dos trabalhadores fora da fábrica, com acesso ao consumo e ao lazer que não existiam no período anterior, bem como uma sensação de estabilidade no emprego, em contexto de pleno emprego keynesiano. (BEHRING; BOSCHETTI, p. 89).

O Estado de Bem-Estar é associado ao Welfare State e aos sistemas de proteção social, cujo objetivo é possibilitar o acesso a bens e serviços a população prioritariamente para aquelas em situação de vulnerabilidade e risco social.

Segundo Raichelis (2006, p. 75)

Este modo de regulação capitalista, que se realizou de distintas formas nos vários países da Europa e nos Estados Unidos, dá origem a um conjunto de instituições de bem-estar social que vão compor amplo e diversificado sistema de proteção social, cujos pilares se assentam na política de pleno emprego, nas políticas sociais universais, na estruturação de rede de proteção contra riscos sociais, nas quais se destacam o seguro-desemprego e a previdência social.

Os sistemas de proteção social se configuraram em cada país de acordo com a sua realidade. No Brasil, apresenta-se com forte caráter assistencialista e clientelista. Isto porque “[...] a política social brasileira é formatada a partir de um contexto autoritário no interior de um modelo de crescimento econômico concentrador de renda e socialmente excludente.” (GOMES, 2001, p.21).

No Brasil, de acordo com alguns autores (LIMA, 2008; NETTO, 1996; SADER, 2008) não se chegou a conhecer um padrão de bem-estar social, ao contrário de muitos países mais desenvolvidos, em que a existência do Welfare State se deu por conta das lutas das classes

³ Segundo Iamamoto, a questão social é inseparável das conformações assumidas pelo trabalho, em um campo de disputa de projetos societários, fundados em interesses de classes distintos. “é expressão do processo de produção e reprodução da vida social na sociedade burguesa.” (2005, p.114).

trabalhadoras. Netto (1996, p. 104) refere-se que “[...] não há aqui, um Welfare State a destruir; a efetividade dos direitos sociais é residual; não há “gorduras” nos gastos sociais de um país com os indicadores sociais que temos.”

Segundo Coutinho, (2006) o que foi conseguido no Brasil, por meio de lutas das classes trabalhadoras, não anula a característica dominante de nosso país de atender aos interesses privados. Isto porque,

O Welfare brasileiro, não funciona: embora juridicamente a Constituição consagre importantes direitos sociais, estes não são implementados na prática, não tanto porque o país seja pobre ou o Estado não disponha de recursos, como frequentemente se alega, mas, sobretudo porque não há vontade política de fazê-lo, ou seja, porque não há um verdadeiro interesse público embasando a ação de nossos governantes. Eles preferem pagar a dívida e assegurar o chamado equilíbrio fiscal (por meio de enormes superávits primários) do que atender às reais demandas da população brasileira. (COUTINHO, 2006, p. 185)

Fagnani (2005) aponta que as lutas por um Estado de Bem-Estar no Brasil, ou seja, as reformas progressistas, dentre elas a Reforma Sanitária, tiveram na Constituição Federal conquistas muito importantes, como exemplo a saúde como direito universal. No entanto o contexto é de contrarreformas, isto é, desfavorável às conquistas asseguradas constitucionalmente, o que significa um processo de desmonte de tais conquistas. O Estado “Mínimo” substitui o Estado de Bem-Estar, o seguro social substitui a seguridade social, assim como a focalização à universalização, a prestação de serviço pelo Estado pela privatização, os direitos trabalhistas pela desregulamentação e flexibilização (apud MOROSINI, 2010, p. 33).

Com o esgotamento do ciclo expansivo do capital, no início da década de 1970. “O Welfare State é apontado como responsável pela crise econômica, ao provocar a elevação crescente do déficit público, acompanhado de inflação e de redução da poupança privada.” (SILVA, 2002, p. 83).

Nesse contexto de crise, emerge o Estado sob égide neoliberal cujo escopo é a sua intervenção mínima, deixando o mercado livre para administrar o capital que se estabelece nos países capitalistas a partir da década de 1970. Seguindo estas orientações, os países periféricos passam por reformulações profundas seguindo as orientações do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial.

Essas determinações entre outras consequências provocam um impacto significativo sobre as políticas públicas, especialmente as de corte social e fazem emergir um período na história que entre outras consequências, destitui direitos sociais conquistados pelos

trabalhadores, enfraquece a luta coletiva e provoca um processo de intensas desigualdades sociais.

Vale ressaltar que as políticas públicas se apresentam para orientar a ação pública, visam concretizar direitos sociais e chegam até o cidadão por meio de programas, projetos e serviços. (PEREIRA, 2009, p. 95)

Estas políticas cumprem as funções: social, econômica e política. A função social ocorre com a redistribuição dos recursos sociais, a função econômica contribui para o barateamento da força de trabalho, mediante a socialização dos custos da sua reprodução e serve também à adequação e controle da futura mão-de-obra e ao atendimento da força de trabalho excedente. Com a função política, obtêm-se uma maior integração dos setores subalternos à vida política e social e, portanto, à ordem socioeconômica, favorecendo a obtenção, a aceitação e a legitimação necessária para a manutenção da ordem (PASTORINI, 1997).

Em uma perspectiva capitalista as políticas públicas se apresentam como respostas concretas àquelas necessidades que o mercado não pode garantir, ou seja, é destinada para aqueles que no âmbito da relação capital/trabalho não conseguem se manter e a sua família dentro de padrões mínimos. Tais políticas apresentam-se para garantir direitos sociais.

Pastorini (1997) esclarece que na perspectiva marxista, supera-se a mera análise de neutralidade das políticas sociais, visto serem espaços e consequências das lutas sociais (e de classes) e como uma unidade política-econômica-social, considerando a perspectiva da totalidade. Portanto, não podem ser pensadas apenas como concessões por parte do Estado, pois existe uma relação múltipla e não bipolar que envolve três sujeitos: as classes hegemônicas, o Estado intermediador e hegemoneizador e as classes trabalhadoras e subalternas que estão em conflito e tensão permanente. As políticas sociais são compreendidas como produto dessas relações, sendo assim não se desconhece as lutas prévias e os conflitos anteriores que deram lugar e propiciaram esse ato do Estado conceder.

Para os liberais, a política social objetiva permitir aos indivíduos a satisfação de certas necessidades não levadas em conta pelo mercado capitalista, enquanto para os marxistas a política social faz parte da estratégia da classe dominante para exercer controle sobre os indivíduos. (LIMA, 2008, p. 140)

Nesse contexto, o mundo sofre as consequências da crise capitalista, isto está expresso nas taxas de desemprego, no contexto de precarização do trabalho, no fato de ter cada vez mais homens e mulheres excluídos do mundo do trabalho. Além do mais muitos não têm

moradia, saúde, lazer, segurança, entre outros direitos. Essa destituição de direitos sociais arrasta milhares de pessoas no mundo à condições subumanas, ou seja, à situação de extrema pobreza. “[...] nada menos que dois terços da população planetária estão postos à margem da reprodução do sistema do capital, vivendo abaixo da “linha de miséria” ou próximo dela [...]” (CARVALHO, 2008, p. 17).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (art. 6º) consagrou direitos conquistados pelos trabalhadores. No entanto são muitos os cidadãos privados desses direitos. Pois, mesmo apontando-se taxas crescentes de emprego, grande parte deles é precário, terceirizado, com baixos salários e jornadas extensas, sem falar que ainda convive-se com trabalho escravo e trabalho infantil. Além do mais, se ainda temos milhões de pessoas vivendo do Programa Bolsa-família⁴, pode-se concluir que grande parte da população ainda precisa de emprego.

De acordo com dados do Ministério de Desenvolvimento Social e combate a Fome-MDS, no Brasil mais de 13 milhões de famílias recebem o benefício e no Estado do Maranhão (ano de referencia 2012) há 951.611 famílias recebendo o benefício do programa Bolsa Família (BRASIL, MDS, 2012. Disponível em: www.mds.gov.br, acesso em 5 de março, 2013).

Assim, em nosso país, as políticas sociais têm se direcionado aos que estão fora do mercado de trabalho, ou inseridos de forma precária, ou seja, está focalizada nas populações pobres e extremamente pobres, de modo a garantir o acesso a patamares mínimo de sobrevivência.

Para aqueles que estão nos programas de distribuição de renda, condiciona-se a sua inserção em serviços de saúde e de educação, o que já é um direito, ou seja, o direito à educação e à saúde, aos quais nem sempre têm acesso. Para esta população também são destinadas atividades de qualificação, que não garantem trabalho e renda, o que também é um direito, o direito ao trabalho. Assim, nessa relação culpabiliza-se o cidadão de não cuidar da saúde, da educação e por não ter trabalho.

Em relação aos critérios de pobreza, Iamamoto (2009, p. 38) esclarece que:

⁴ O Programa Bolsa Família instituído pela lei Nº 10.836 em 9 de janeiro de 2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004 é o mais importante programa de transferência de renda do governo federal. Dispõe de benefícios financeiros definidos pela Lei nº 10.836/2004 que são transferidos mensalmente as famílias beneficiárias. Para receber o benefício considera-se a renda mensal per capita da família, o nº de crianças e adolescente de 0 a 17 anos de idade, gestante e nutrízes. O benefício básico concedido a famílias extremamente pobres com renda per capita de R\$ 70,00 independente da composição familiar e pobres R\$ 140,00 per capita. (BRASIL, 2012-MDS).

Reconhecendo controvérsias quando aos critérios para o cálculo do número de pobres, inclusive de parte de organismos internacionais da ONU que adotam critérios diferenciados (como Banco Mundial e a Comissão Econômica para América Latina e o Caribe-CEPAL), o governo federal assume como parâmetro o salário mínimo nominal. Os indigentes formam o grupo populacional com renda de até um quarto do salário mínimo domiciliar per capita e os pobres, o grupo com renda de até meio salário mínimo domiciliar per capita. Nas categorizações de pobre e indigente, o cálculo é feito a partir de parâmetros de renda abaixo do qual se supõe que um indivíduo não consegue atender suas necessidades básicas. A linha da pobreza considera a renda suficiente para o suprimento das necessidades essenciais, incluindo além da alimentação, a moradia, o transporte, a saúde, a educação etc. A linha de indigência leva em conta somente as necessidades de alimentação.

É no contexto de mudanças no mundo do trabalho, em decorrência da crise capitalista do final do século XX e início do século XXI, e com o conseqüente desemprego estrutural, que o fenômeno da pobreza aumenta em todo o mundo levando milhares de pessoas às condições subumanas.

Ressalta-se que o fenômeno da pobreza é expressão das relações capitalistas desiguais em que a riqueza de poucos e a miséria de muitos convivem como se fossem coisas normais. Ou seja, de um lado a concentração de renda e de poder nas mãos de uma minoria e, de outro, a maioria da população privada do mínimo necessário a uma vida digna, sendo que é no âmago dessa relação que se perpetua o ciclo de pobreza.

Segundo Yasbec (2005, p. 217) a pobreza é um fenômeno multidimensional, que não se expressa somente pela carência de bens materiais, embora este seja um elemento fundamental para sua identificação, mas também está relacionada à ausência de direitos sociais, de oportunidades, de informação de possibilidades e de esperanças.

É como nos diz Frigotto (2006, p.252): “[...] dentro das políticas de ajuste para recuperar as taxas de lucro, nas últimas décadas o sistema capital vem abolindo quase todos os direitos dos trabalhadores conquistados ao longo do século XX.”

As condições de trabalho e o desemprego crescente, assim, têm levado à degradação das condições de vida dos trabalhadores e têm, também, impossibilitado a construção e o fortalecimento de formas coletivas de resistência.

Desta forma, desorganizados politicamente, os trabalhadores assistem avançarem sobre os seus direitos. Sem alternativa, ou em condições desfavoráveis para resistir, se vêem diante de uma situação tão perversa que “hoje muitos lutam para ter a possibilidade de serem explorados.” (PASTORINI, 2004, p. 34).

Nesse contexto, as políticas sociais no Brasil, têm sido questionadas por traços que as caracterizam como paternalista e clientelista, com pouca participação da população nos

processos de tomada de decisão e pela privatização do Estado por setores das classes dominantes, restringindo na prática, os direitos de cidadania (GOMES, 2001).

Iamamoto (2009, p. 35) esclarece que na trajetória da construção dos direitos em nosso país, pesou a determinação de elementos fundamentais de nossa formação histórica: “a grande propriedade territorial, as relações de poder, apoiadas em relação de dependência pessoal, no compadrio e na ideologia do favor.” Esclarecendo ainda que: “Essa herança favorece o cultivo dos interesses privados, inclusive o uso privado de recursos públicos, impeditivos da constituição de uma cidadania sólida e universal.”

No Brasil, embora na década de 1980 tenham se verificado os primeiros impulsos do processo de reestruturação produtiva, foi somente na década de 1990 que este se intensificou por meio da adoção dos receituários oriundos da acumulação flexível e do toyotismo, como exemplo a utilização de formas de subcontratação e de terceirização da força de trabalho e a transferência de plantas e unidades produtivas entre outras medidas (ANTUNES, 2009).

É nesse sentido que se realiza a Reforma de Estado no Brasil, a partir de meados da década de 1990, apresentando-se o Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado em novembro de 1995 e no seu bojo, reformas setoriais, pautadas em modelos gerenciais tidos como inovadores e com base em critérios adotados pela iniciativa privada. Com isso enxuga-se a máquina estatal, flexibiliza-se as relações de trabalho, abre espaço para as empresas privadas e também para o emprego precário e o desemprego.

Assim, em nosso país os impactos desse processo de ajuste macroestrutural são visíveis em todas as áreas. No campo da Educação tem se buscado a construção de um novo sujeito social, um novo tipo de trabalhador, multifuncional, polivalente, flexível, capaz de agir diante das diversas situações no âmbito do trabalho.

Como se refere Noronha,

As mudanças que estão ocorrendo no mundo do trabalho e das relações sociais, ao produzirem um “novo” tipo de trabalhador, o trabalhador coletivo combinado, passam a exigir, concomitantemente, um “novo” tipo de Educação, de Pedagogia e de formação de professores que sejam adequados à forma da cooperação complexa, para que haja condições de se formar um trabalhador que possa atender às novas demandas do mercado. Essas questões estão presentes nas reformas educacionais, com o objetivo de realizar a articulação de tais reformas das estruturas econômicas. (2008, p. 28).

Diante disso, as reformas educacionais, no bojo da Reforma de Estado, apontam para a construção desse trabalhador, capaz de enfrentar as mudanças efetuadas no mundo do trabalho e atender as novas demandas do capital.

Nesse sentido, as políticas de educação profissional apresentam-se juntamente com a noção de competências e atreladas ao discurso de qualificação para a empregabilidade. A competência diz respeito à capacidade que o sujeito tem de enfrentar as mais diversas situações no trabalho ao mobilizar saberes adquiridos tanto formalmente como na vida cotidiana, valorizando-se mais a subjetividade e os saberes vindos da experiência do trabalhador e a empregabilidade que é entendida como a capacidade do indivíduo se inserir ou permanecer no mercado de trabalho. Tal discurso é justamente para responsabilizar o trabalhador pela saída do mercado de trabalho, pois, sob a lógica do capital, é ele que não tem condições de entrar ou permanecer nesse mercado, porque não dispõe das qualificações necessárias para isso.

No campo da Saúde também se segue o receituário de orientações neoliberais ao privilegiar um projeto cuja essência é a diminuição de gastos públicos e as privatizações nos serviços de saúde, e desta forma ampliando os espaços de reprodução do capital.

É como se refere Antunes:

Os serviços públicos, como saúde, energia, educação, telecomunicações, previdência etc., experimentaram, como não poderia deixar de ser um significativo processo de reestruturação, subordinando-se à máxima da *mercadorização*, que vem afetando fortemente os trabalhadores do setor estatal e público. Tornaram-se importantes empresas privadas geradoras de valor. (ANTUNES, 2010, p.14).

A saúde, o trabalho e a educação são direitos sociais do cidadão, que devem ser garantidos por meio de políticas públicas. Tais direitos são resultados de lutas e conquistas dos trabalhadores que foram incorporados em leis. Portanto não são decorrentes de desenvolvimento natural, mas parte de uma luta historicamente deflagrada entre as classes subalternas e o poder dominante. Sendo assim não se consolidaram como dádivas, mas são produtos das contradições do modo de produção capitalista.

De acordo com Raicheles (2006, p. 74),

As políticas públicas, embora sejam de competência do Estado, não representam decisão autoritária do governo para a sociedade, mas envolvem relações de reciprocidade e antagonismo entre essas duas esferas. É mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais em respostas às demandas da sociedade e, por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual.

Vale ressaltar que os direitos sociais associam-se à cidadania, ao contexto de Estado e essencialmente as lutas políticas. Situam-se em um campo repleto de conflitos e contradições,

principalmente por que a exploração própria da sociedade capitalista impõe limites à constituição plena de cidadania.

Assim, pensar em cidadania no modo de produção capitalista é profundamente contraditório considerando os conflitos de classes e a eterna exploração que é inerente a esse sistema. “Trata-se de uma cidadania abstrata que, formalmente, assegura a igualdade de direitos a todos os indivíduos, mas de fato, como mostra a história, não garante a todos os meios para concretizar a igualdade, nem mesmo satisfazer as necessidades de sobrevivência.” (CIAVATTA, 2009, p. 24).

Os direitos à saúde, educação e trabalho estão expressos na Constituição Federal de 1988- “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (art. 6º).

No plano legal representam um grande avanço no que tange aos direitos sociais, no entanto, contraditoriamente nem todos têm acesso a serviços de saúde que atendam adequadamente as suas necessidades de saúde, educação, trabalho e renda, isso sem falar que muitos brasileiros não têm acesso aos mais elementares dos direitos que é alimentar-se adequadamente e ter uma moradia. Sendo assim, poucos têm acesso a uma vida digna, a grande maioria da população fica mesmo a mercê do Estado, da sua suposta boa vontade.

Assim, a política de saúde, com a criação do SUS, pautado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde e garantido como um direito e dever do Estado, adquire um novo significado e representa o início de um novo momento para a saúde pública no Brasil e uma grande conquista para a população. No entanto, no contexto de égide neoliberal e de luta entre forças políticas, desde as suas bases legais, ou seja, na Constituição Federal de 1988, já se sentiu os sinais de seu enfraquecimento, como se referem Matta e Lima (2010, p. 213):

Entretanto, no embate de forças com o setor privado de saúde, a proposta de mudar as bases jurídico-legais dos contratos público-privados não se traduz integralmente no texto constitucional. O resultado é uma solução negociada do artigo 199 da Constituição que define que a assistência à saúde é livre á iniciativa privada, podendo participar de forma complementar do SUS, segundo as diretrizes deste e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Diante disso os referenciais ético-políticos do SUS: universalidade, integralidade e equidade, também se fragilizam ao se defrontarem com “[...] os contingenciamentos financeiros e as diretrizes restritivas da reestruturação macroeconômica de contornos

neoliberais, expressas na Reforma do Estado e nas iniciativas de redução da face pública e social do Estado brasileiro [...]” (MOROSINI, 2010, p. 49).

De acordo Lúcia Bahia (2006) a área da saúde, com a abertura da economia, a entrada do país nos circuitos globalizados e a economia ditando as regras políticas, resultando políticas sociais mínimas, desnatura a própria essência do SUS universal (Apud BRAGA, 2007, p. 97).

Essas determinações, entretanto, não somente desnatura o SUS como acentuam o processo de exclusão das camadas mais pobres e que não podem pagar pelos serviços de saúde.

Ao longo da década de 1990, políticas públicas passam a ser adotadas no sentido de alterar a relação entre o setor público e o setor privado na área de saúde, aumentando a participação dos empresários da área na Câmara de Saúde Complementar da Agência Nacional de Saúde, no Conselho Nacional de Saúde e em outros importantes fóruns consultivos e deliberativos do Estado. Na saúde e na previdência, sistemas complementares passam a ser estimulados para que o aparelho de Estado se responsabilize cada vez mais apenas pelo financiamento e regulação do sistema, com provisão de serviços compartilhada com o setor privado. O novo modelo de Estado se concentra no custeio do atendimento primário da população, como vacinação, e nas demandas de alta complexidade, como transplantes e cirurgia cardíaca – caras demais para gerar lucro ao setor privado. (BRAGA, 2007, p.98).

Desta forma, o setor saúde, não diferente dos outros setores, é também atingido pelas mudanças produzidas em razão da crise no padrão de acumulação capitalista. É como se refere Kuenzer:

Os serviços de saúde, como os demais, sofreram os impactos da crise do capitalismo no final do século e início deste; forçados a se reorganizar para serem competitivos e assegurarem acumulação, adotaram as estratégias próprias da reestruturação produtiva, neste sentido não se diferenciando das demais empresas, a não ser pela especificidade de seu processo de trabalho. Assim, combinaram complexificação tecnológica com redução de força de trabalho, hierarquizada segundo novas formas de articulação entre qualificação- desqualificação e quantidade de trabalhadores, além de incorporarem mecanismos de descentralização, em particular, a terceirização. (2004, p. 243).

Estas implicações incidem fortemente sobre o trabalho em saúde e conseqüentemente para grande parte dos trabalhadores da saúde que sem seus direitos garantidos engrossam a fileira da precarização estrutural do trabalho que se presencia no mundo capitalista.

Enfim, a ausência de direitos trabalhistas e de proteção social tem sido o retrato de uma época de crise no mundo do trabalho. Esta situação torna o trabalhador vulnerável, sem poder de negociações e escolhas, o que tem causado sofrimentos, angústias e incertezas.

Nessa perspectiva, as políticas de saúde têm contribuído para manter os trabalhadores em condições de produzir para o capital. As políticas de educação dos trabalhadores tem se condicionado a reprodução da força de trabalho como mercadoria, adestrando-o, disciplinando de acordo com a organização da produção. E as políticas de trabalho não têm garantido totalmente a inserção dos trabalhadores no trabalho porque não há lugar para todos em condições de trabalhar.

Nesse contexto, são diversas as concepções de saúde, trabalho e educação que perpassam as questões referentes ao trabalho e a educação dos Agentes Comunitários de saúde que dizem respeito tanto à disposição em proporcionar uma formação ampla e rica, como também em somente preparar esses trabalhadores para se adaptarem às necessidades do capital.

1.3 Trabalho, Saúde e Educação: Conceitos e Concepções

Na história da humanidade a saúde sempre foi um bem desejado por todos os seres humanos, ocupando juntamente com a doença um espaço central nas inquietações humanas. Por isso, pode-se dizer que não há, em condições normais, quem não aspire em estar saudável e não estar doente.

O termo saúde, em português, deriva de vocábulo do século XIII, *salude*. Em espanhol é *salut*, em italiano *salut*, derivados do latim *salus* (*salutis*) significando salvação, bem-estar, conservação da vida. O étimo francês *santé*, do século XI, vem de *sanitas* (*sanitatis*), do latim *sanus* significando são, o que está com saúde. Pode-se dizer que em sua origem etiológica significa um estado positivo de viver aplicável a todos os seres vivos e com mais propriedade à espécie humana (LUZ, 2008; SCLIAR, 2007).

Para a compreensão do que é saúde antes de tudo é preciso considerá-la como um processo social, ou seja, significa que é uma construção histórico-social e cultural, não podendo ser entendido simplesmente como o oposto de doença, ou como algo biológico ou clínico. Desta forma, torna-se impossível afirmar-se com precisão o que é saúde ou se alguém é saudável ou não, visto que em cada momento histórico, de acordo com o que cada sociedade considera normal ou patológico, com a organização política de Estado e relações sociais vigentes, tem-se o que é saúde e quais práticas se realizam para se manter saudável ou curar-se de doenças.

Sobre a temática, Batistella (2007a, p. 82) discorre que:

A saúde é um constructo que possui as marcas de seu tempo. Reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. Reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade.

Ao longo da história são vários os modelos explicativos em relação à saúde dos povos. No mundo antigo, as práticas de cura e prevenções de doenças baseavam-se em explicações mágicas ou religiosas. Com o desenvolvimento da civilização grega, o olhar e o entendimento dos processos de adoecimento e morte transformaram-se, quando na observação das funções do organismo buscou-se as relações com o meio e os prováveis elementos que contribuíam para a saúde ou para o adoecimento. Assim, aspectos naturais como os ventos e as chuvas são relacionados aos processos de adoecimento. Nos dias atuais ainda são utilizados alguns procedimentos da medicina grega, como por exemplo, a observação cuidadosa do ambiente onde se encontra o doente e a atenção aos líquidos do corpo com urina, o suor e a saliva (BARCELLOS; ROJS, 2003).

Estas primeiras explicações racionais emergiram a partir de Hipócrates e da medicina hipocrática, na qual se buscava explicar a saúde e a doença como decorrentes de um processo natural e não sagrado. A partir daqui desenvolve-se uma teoria que entende a saúde como resultante do equilíbrio homem\meio (BATISTELLA, 2007a).

Na idade média, com a expansão da Igreja, firmava-se uma conexão entre a doença e o pecado e, em consequência, as práticas antes realizadas pelos médicos passam a serem atribuições de religiosos. Nega-se qualquer explicação racional, ao se considerar as ciências e a medicina um desacato ao evangelho, visto que naquele contexto a doença é um castigo divino. Esse olhar sobre a saúde e a doença somente modifica-se quando se firmam as bases da ciência moderna, juntamente com a anatomia patológica e a medicina moderna. Com a criação do microscópio foi possível comprovar-se a existência de bactérias e outros organismos causadores de doenças e com isso impõe-se uma nova era. A partir daqui explica-se processo saúde-doença pela unicausalidade, isto é, atribui-se apenas uma causa às doenças, resultando um modelo de práticas predominantemente curativas. Em seguida, estas explicações dão lugar ao modelo multicausal, referindo-se a várias causas que originam as doenças, assentado no tripé, ambiente, agente e hospedeiro (BATISTELLA, 2007a).

A partir da década de 1960, tem-se uma das explicações mais importantes acerca da saúde, cuja referência é a produção social da saúde e da doença, em que são considerados os

aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos na conformação da realidade sanitária. Essa explicação “[...] implica uma profunda revisão do objeto, dos sujeitos, dos meios de trabalho e das formas de organização das práticas, visando não apenas deter o avanço das doenças, mas a promoção da saúde.” (BATISTELLA, 2007a, p. 47).

Nessa concepção, a saúde é resultante das condições de trabalho, alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Isto significa que para se combater as iniquidades em saúde, as desigualdades sociais também precisam ser combatidas.

Este entendimento ficou conhecido como “conceito ampliado” de saúde e é contrário ao modelo de atenção baseado no indivíduo, na doença, em ações curativas, centrado no hospital e no médico. Pauta-se em um modelo assistencial de vigilância em saúde, ou seja, a articulação entre as ações curativas, de promoção e de prevenção em saúde.

Nessa perspectiva, atribui-se que há uma determinação social da saúde, isto é, como as pessoas e os grupos sociais trabalham, relacionam-se, vivem e envelhecem têm íntima relação com ter mais ou menos saúde. Nesse sentido, a saúde, os riscos e problemas de saúde dos indivíduos e populações são condicionados por fatores sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais no tempo histórico em que ocorrem. Ou seja, produz-se socialmente tanto a saúde como a doença.

Para a Organização Mundial de Saúde – OMS, a saúde é definida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças ou enfermidades. Este conceito foi divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948.

No Brasil, a saúde é vista um valor social resultante de um conjunto de determinações sociais e reconhecida como “direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua proteção, recuperação” (art. 196, da CF de 1988).

Assim, no processo histórico de construção do pensamento sobre saúde, constata-se que são vários os modelos explicativos do fenômeno saúde-doença, que vão desde as explicações mágico-religiosas, a saúde como ausência de doença; saúde como bem estar; a saúde como um valor social, além de outras explicações milenares como a medicina oriental, a chinesa e a indiana, e as mais recentes as que têm como base um enfoque ecossistêmico de saúde, entre outros de natureza vitalistas, ou holísticas, como exemplo as medicinas

ocidentais homeopáticas e antroposóficas (BATISTELLA, 2007a; LUZ, 2008; BARCELLOS, ROJS, 2003).

Estas abordagens, em cada momento histórico, têm sido alvo de críticas e debates, dado a complexidade do fenômeno saúde-doença. Em relação ao conceito de saúde formulado pela OMS a grande questão que se coloca é de que não existe completo estado de bem-estar visto a heterogeneidade do ser humano e as desigualdades sociais próprias do modo de produção capitalista.

Batistella (2007b, p. 57) chama a atenção para o caráter utópico e sem dinamicidade dessa abordagem, visto que as pessoas não estão constantemente, ou não permanecem em estado de bem-estar, o que torna o conceito inatingível, não podendo ser usado com meta nos serviços de saúde.

Lefèvre e Léfrevé (2004) e Carvalho (2005) apontam que em relação ao entendimento da saúde como um valor social, considerado o mais aceito pelos estudiosos da área da saúde, tem-se como aspecto mais relevante a explicitação dos determinantes sociais da saúde e da doença e como crítica as dificuldades para o alcance dessa proposta, visto que para sua efetivação requer integração com outras políticas. Nesse sentido, ao se responsabilizar outros setores pela saúde esvazia-se a ação específica deste setor em detrimento de ações políticas globais com alto grau de generalidade (apud BATISTELLA, 2007b, p. 65).

Assim, entende-se que a saúde, as necessidades de saúde assim como as respostas a estas necessidades, somente podem ser compreendidas se em consonância com os modos históricos de produção da existência humana e na articulação com a totalidade social, da qual emergem e são partes (LIMA, 2007, p.58).

Considera-se que a saúde é uma necessidade humana e um dos elementos mais importantes para preservação da espécie. Desta forma, como todas as necessidades sociais são historicamente produzidas no interior dos processos de produção. Portanto, a satisfação de tal necessidade é condição para a sobrevivência dos homens, ou seja, para se fazerem enquanto homem.

Na história da humanidade, a satisfação de todas as necessidades humanas está diretamente relacionada com o trabalho, pois é através dele que são produzidos os meios para satisfazê-las. E visto que, os homens têm necessidades eternas, eterna também é a sua relação com o trabalho. Ou seja, é por meio do trabalho que se produz a vida.

Assim, o trabalho é a ação dos homens sobre a natureza para transformá-la e responder às suas necessidades. Como esclarece Marx e Engels:

O primeiro pressuposto de toda existência humana e, portanto de toda a história é que os homens devem estar em condições de viver para poder fazer história. Mas para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas a mais. O primeiro ato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitam a satisfação destas necessidades, a produção da própria vida material (MARX; ENGELS, 1986, p.39).

O trabalho, portanto, é a essência do ser humano, visto que se torna homem por causa do trabalho. É através da ação consciente do trabalho que este produz e reproduz a sua existência, transforma a si próprio e à natureza, relaciona-se com os outros homens, e, enfim, deixa emergir toda a sua humanidade. É a dimensão ontológica do trabalho no sentido que permite ao ser humano fazer-se humano, tanto físico como intelectual (CIAVATTA, 2009; FRIGOTTO, 2008; RAMOS, 2010).

É por meio do trabalho que o homem estabelece uma relação dinâmica e transformadora com a natureza, onde, ao mesmo tempo em que transforma a natureza também se transforma. Nessa relação põe em ação a sua capacidade de reflexão, pois: “Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar a sua vontade.” (BRAVERMAN, 1974, p. 49). Isto faz com que se diferencie o trabalho humano do trabalho dos outros animais, que também produzem os meios para viver, mas por meio de ações instintivas.

Desta forma, só existe trabalho quando as ações a serem executadas são projetadas na mente de quem vai executar e é próprio dos seres humanos.

Marx (1996, p. 297) afirma que:

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação media, regula e controla seu metabolismo com a natureza, ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural, numa forma útil para a sua vida [...] ao modificá-la, ele modifica ele mesmo, ao mesmo tempo a sua própria natureza [...]. No fim do processo de trabalho obtêm-se um resultado que já no início deste sempre existiu na imaginação do trabalhador portanto idealmente.

E ainda:

Pressupomos o trabalho numa forma exclusivamente humana. A aranha realiza operações que se parecem com as do tecelão, a abelha faz corar de vergonha muitos arquitetos ao construir as suas células de cera. Mas o que distingue, essencialmente, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu a célula na sua cabeça antes de fazê-la em cera. No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já estava presente desde o início na mente do trabalhador que, deste modo, já existia idealmente. Ele não efetua apenas uma mudança de forma no elemento natural; ele imprime no elemento natural, ao mesmo tempo, seu próprio fim, claramente conhecido, o qual constitui a lei determinante do seu modo de agir e ao qual tem de subordinar a sua vontade.

Para Marx “o trabalho é atividade humana, resultante do dispêndio de energia física e mental, direta ou indiretamente voltada à produção de bens e serviços, contribuindo para a reprodução da vida humana, individual e social.” (apud BEHRING; BOSCHETH, 2008, p. 50). Assim, os homens ao transformarem a natureza para atender as suas necessidades estão criando valores de uso, ou seja, coisas úteis para sua reprodução enquanto homem, e ao mesmo tempo, também estão transformando a si mesmo, pois está modificando também a sua consciência. Essa relação é eternizada visto que tem sempre que produzir coisas úteis para sua reprodução. Nessa relação os homens se reconhecem no produto do seu trabalho.

Antunes apoiado nas ideias de Mézsáros (1995) refere-se que são as mediações de primeira ordem, “cuja finalidade é a preservação das funções vitais da reprodução individual e societal”, visto que os homens são: seres partes da natureza, que realizam suas necessidades elementares por meio de um constante intercâmbio com a própria natureza e que não necessitam do estabelecimento de hierarquias estruturais de dominação e subordinação (ANTUNES, 2009a, p. 21).

Nesse sentido, dividem socialmente o trabalho que precisam realizar para construir a vida cotidiana.

Bravemam, (1987, p. 71) esclarece que:

Essa forma de divisão do trabalho, característica de todas as sociedades (...) deriva-se do caráter específico do trabalho humano (...) cada indivíduo da espécie humana não pode sozinho “produzir de acordo com o padrão de todas as espécies” e inventar padrões desconhecidos do animal, mas a espécie como um todo acha possível fazer isso, em parte através da divisão do trabalho.

É o trabalho concreto, criador de valores de uso, ou seja, coisas fundamentais para a reprodução da vida. Portanto, elemento imprescindível e estruturante da existência humana.

Desta forma, o trabalho tem uma dimensão ontológica, inerente à produção do ser, a sua constituição enquanto ser; teleológica, pois somente existe trabalho quando a ação e o produto da ação são projetados conscientemente por quem trabalha e é histórico visto que ao longo da história surgem diferentes formas de trabalho tais como: o trabalho primitivo, o servil, o escravo e o assalariado (FRIGOTTO, 2008; RAMOS, 2010).

Nessa perspectiva, a educação é diretamente relacionada com o trabalho, ou seja, os homens ao produzirem sua existência por meio do trabalho, aprendem nesse ato de produzir. A educação do homem, portanto é intrínseca ao trabalho, e um processo inerente a sua vida, pois para viver ele precisa aprender a produzir sua própria existência. Assim, a produção do

homem é ao mesmo tempo um processo educativo em que se apropria coletivamente dos meios de produção da existência, no qual aprende e ensina (FRIGOTTO, 2008; KUENZER, 1991; RAMOS, 2010).

Esse princípio educativo deriva do fato de que todos os seres humanos são seres de natureza e, portanto, têm a necessidade de alimentar, de se proteger das intempéries e criar seus meios de vida. É fundamental socializar, desde a infância, o princípio de que a tarefa de prover a subsistência e outras esferas da vida pelo trabalho é comum a todos os seres humanos, evitando-se dessa forma, criar indivíduos, ou grupos que exploram e vivem do trabalho de outros e se constituem, na expressão de Gramsci, em “mamíferos de Luxo”. (FRIGOTTO, 2006, p.247).

Frigotto (2008a) adverte que o trabalho tem um princípio educativo não porque se aprende ao realizar um determinado trabalho, mas porque é nele que se encontra todo o potencial humano de criação e de produção do ser. O princípio educativo do trabalho “não é em Marx e Gramsci uma técnica didática ou metodológica no processo de aprendizagem, mas um pressuposto ontológico e ético-político no processo de socialização humana.” (2006, p.247)

Adverte também que o trabalho humano se constitui ao mesmo tempo em direito e um dever.

Como princípio educativo, o trabalho é, ao mesmo tempo, um dever e um direito. Dever por ser justo que todos colaborem na produção dos bens materiais, culturais e simbólicos, fundamentais à produção da vida humana. Um direito por ser o ser humano um ser da natureza que necessita estabelecer, por sua ação consciente, um metabolismo com o meio natural transformando em bens para a sua produção e reprodução. (FRIGOTTO, 2008a, p.402).

O autor aponta que a essência ontocriativa do ser humano no âmbito do trabalho não pode ser confundida com as formas históricas que o trabalho assume no capitalismo, quais sejam: o trabalho servil, o escravo e o assalariado. Assim como o direito do homem de dispor dos bens para produzir sua existência não deve se confundir com a propriedade privada. (FRIGOTTO, 2008b)

Desta forma, o conhecimento é produzido no interior das relações sociais que se estabelecem entre os homens e destes com a natureza, portanto, são nas relações sociais de produção que o saber é construído.

De acordo com Kuenzer (1991, p.21)

O ponto de partida para produção de conhecimento, portanto são os homens em sua atividade prática, ou seja, em seu trabalho, compreendido como todas as formas de atividades humanas através das quais o homem apreende, compreende e transforma as circunstâncias ao mesmo tempo em que é transformado por elas. Desta forma, o trabalho é categoria que se constitui no fundamento do processo de elaboração do

conhecimento (Marx e Engels). O processo de produção do saber, portanto é social e historicamente determinado, resultado das múltiplas relações sociais que os homens estabelecem na sua prática produtiva.

A educação, portanto se origina com o próprio homem, visto que a produção do homem e a formação do homem é um processo que ocorre simultaneamente. Nisso reside os fundamentos histórico-ontológicos da relação trabalho-educação, pois por ser um processo produzido e desenvolvido ao longo do tempo pela ação dos próprios homens, é histórico e por que o produto dessa ação é o próprio ser do homem é ontológico (SAVIANI, 2007).

Sendo assim, não há trabalho sem educação e nem educação sem trabalho. Portanto, há uma relação histórica, intrínseca, imprescindível e eterna entre o trabalho e a educação.

Os homens cotidianamente desenvolvem, criam e experimentam novas formas de construir o seu viver. Nesse processo de construção da vida ter mais ou menos saúde é determinante para os seres humanos, e isso se expressa na vida cotidiana como resultado das condições de trabalho, de habitação, alimentação, educação, transporte, lazer e outras tantas necessidades que precisam ser satisfeitas.

Nessa perspectiva, o trabalho em saúde se constitui uma resposta às necessidades de saúde da população. Ontologicamente poderia ser compreendido como a ação humana destinada ao cuidado de um homem para com o outro. E, visto não ser o trabalho uma mercadoria, mas mediação primeira da existência humana, o trabalho em saúde seria aquele destinado a mantê-la como bem-estar físico, mental e social (RAMOS, 2007).

Entretanto, com o advento da sociedade capitalista a saúde passa a ser vista como um dos elementos fundamentais para a reprodução da força de trabalho. Porque para manter os trabalhadores vivos é preciso que estejam asseguradas as condições mínimas de saúde, de modo que tenha força física e intelectual para continuar produzindo e gerando mais-valia para os capitalistas. Ou seja, extrair o máximo de trabalho não pago e com isso gerar cada vez mais lucro para os donos dos meios de produção.

Como esclarece LIMA (2007, p. 58).

Com a emergência da sociedade capitalista. Com o advento desse novo modo de produzir a vida, o corpo humano adquire um novo significado social, como sede da força de trabalho, o que torna o trabalho em saúde um elemento estratégico tanto para o capital, pelo controle das tensões sociais a partir do aumento do consumo das classes subalternas, quanto para os trabalhadores, pelas perspectivas abertas de ampliação efetiva dos direitos sociais, constituindo, assim, novas e contraditórias necessidades de saúde.

Diante disso, o trabalho em saúde se, por um lado é parte do processo de produção da vida, por outro se institui como uma prática social comprometida em manter e reproduzir a

força de trabalho, colaborando para aumentar a produtividade no trabalho ou a produção de mais-valia, visto que colabora para controlar as tensões e antagonismos sociais produzidos pelo capitalismo e, com isso, participa mais diretamente do processo de reprodução das condições necessárias para acumulação capitalista (LIMA, 2007).

Sob essas condições, considerando a transformação do trabalho em mercadoria sob o modo de produção capitalista, o trabalho em saúde também se reconfigura e passa a produzir um bem-estar definido pelos padrões de produção⁵. Isto porque o ser humano se coisifica e é obrigado a transformar sua força de trabalho em fator de produção, reduzido em sua humanidade. Com isso faz com que o trabalho em saúde se reduza à produção e à manutenção de vidas objetivadas e reduzidas também a fatores de produção (RAMOS, 2010).

Posto que, o corpo humano, lócus da força de trabalho, que no processo de produção é quem produz mais-valia, passa a ser visto também como uma mercadoria, visto que não se separa o corpo da força de trabalho. Nessa relação, desconhece-se que este corpo é revertido de humanidade, de historicidade, que tem sentimentos e necessidades a serem satisfeitas, que precisa de tempo para a liberdade, lazer, enfim, viver a vida em todas as dimensões. Como se refere Frigotto, (2008, p. 401) “[...] tempo livre de efetiva escolha, gozo, fruição e criação, que não se confunde com férias ou descanso de fim de semana, mas uma conquista histórica.”

Assim, em um contexto de lutas sociais, visto que os trabalhadores reagem a esta exploração e reivindicam por melhores condições de trabalho e de vida, surgem as primeiras ações sanitárias tendo em vista a reprodução dos trabalhadores, para que tenha o máximo de força e vigor para produzir cada vez mais, visto que, nessa relação de exploração, somente dão conta do provimento das suas necessidades básicas e de sua família nos padrões mínimos de sobrevivência.

Estes são reflexos das relações sociais capitalistas, em que o interesse é a transformação dos valores de uso também em valores de troca. Nessa relação profundamente desigual, os donos dos meios de produção compram a força de trabalho que se torna uma mercadoria, como outra qualquer. Nesse processo impõe-se ao trabalhador produzir cada vez mais, para que mediante extração de mais-valia, seja possível a acumulação capitalista.

Antunes esclarece (2009a, p. 23) que a finalidade essencial do sistema de capital é “[...] expandir constantemente o valor de troca, a qual todos os demais - desde as mais básicas

⁵ Hoje o bem-estar definido pelos padrões de produção, entre outros determina que ser magro e atlético é sinônimo de saúde, o que faz com que as pessoas estejam em uma constante busca do corpo idealizado. Gasta-se muito com cirurgias, estética e produtos de beleza. A indústria farmacêutica ganha muito com isso.

e mais íntimas necessidades dos indivíduos até as mais variadas atividades de produção, materiais e culturais, - devem estar estritamente subordinados.”

E ainda:

A completa subordinação das necessidades humanas à reprodução do valor de troca - no interesse da autorrealização expansiva do capital - tem sido o traço mais notável do sistema de capital desde sua origem, ou seja, para converter a produção do capital em propósito da humanidade era preciso separar valor de uso e valor de troca, subordinando o primeiro ao segundo. (ANTUNES, 2009a, p.23).

Nessa relação, o trabalho, que é a essência do ser humano, fonte de satisfação das necessidades humanas e que permite fluir toda a capacidade humana de criação, se torna estranho ao trabalhador, visto que não se enxerga mais no produto do seu trabalho, posto que trabalhe não mais para satisfazer suas necessidades, mas as necessidades de acumulação capitalista.

Desta forma, o trabalho que produz o homem como sujeito ao mesmo tempo também o nega, pois ele não é mais livre diante do seu trabalho, não mais lhe pertence, é agora de quem o comprou. Como se refere Antunes (2009a, p. 12), trabalho “[...] que emancipa e aliena, humaniza e sujeita, libera e escraviza.”

Conforme Antunes (2009a) (com base em Mészáros, 2005) é a emergência do sistema de mediações de segunda ordem, que “[...] correspondem a um período específico da história humana que afetou profundamente a funcionalidade das mediações de primeira ordem ao introduzir elementos fetichizadores e alienantes de controle social metabólico.” Subordinando assim todas as funções de reprodução social. Ou seja, “quando tudo passa a ser controlado pela lógica da valorização do capital, sem que se leve em conta os imperativos humanos-sociais vitais.” (ANTUNES, 2009b, p. 11).

Nestas circunstâncias o trabalho humano se firma em uma sociedade dividida em classes sociais antagônicas, quais sejam: uma classe que detém a propriedade dos meios e instrumentos de produção com o objetivo de ter lucro e aqueles que detêm a força de trabalho, ou seja, os trabalhadores, que a vendem em troca de um salário. Trabalho agora abstrato, destinada a produção de mercadorias “Essa relação de classe é a fonte da expropriação da mais-valia absoluta e relativa ou ambas combinadas (tempo de trabalho não pago) e, portanto de alienação do trabalhador.” (FRIGOTTO 2006, p. 247).

Sob essas relações, a forma que o capital encontrou para explorar ainda mais o trabalhador, ter controle sobre ele e aumentar a produtividade é a divisão técnica do trabalho. Tal divisão é resultado de um amplo processo em que se destaca a propriedade privada, a

divisão em classes sociais, a apropriação dos meios de produção, a divisão entre trabalho manual e intelectual. Ou seja, parcela-se o trabalho e separa-se os que executam dos que planejam e comandam e com isso assegura-se uma maior acumulação capitalista. Esta divisão do trabalho “[...] é uma das condições de sobrevivência das sociedades capitalistas, uma vez que determinada pela contradição fundamental entre capital e trabalho.” (KUENZER, 2001, p. 14).

É no interior dessas relações de exploração que se opera uma separação entre o trabalho e a educação visto que se separa a reflexão da ação, a teoria da prática, a decisão da ação.

É a partir dessa ruptura que a consciência passa a supor-se como separada e é superior a prática, é a partir desse momento que o trabalho intelectual se separa do manual, sobrepondo-se a realidade, emancipando-se do mundo, reificando-se. Em decorrência, o exercício das funções intelectuais e manuais, o lazer e o trabalho, o consumo e a produção passam a caber a indivíduos distintos na sociedade, conforme as determinações de classe. Assim, a um grupo reduzido de pessoas cabe o exercício das funções intelectuais justificado pela capacidade e competência a que permitem escolaridade mais extensa, escamoteando-se o caráter de classe de referida divisão; já a maioria da população compete o exercício das tarefas de execução para que não se exige muita instrução e experiência. Sob a alegação fornecida pela escola e já incorporada ao discurso do trabalhador, da sua suposta incapacidade para aprender. (KUENZER, 1991, p. 24).

Historicamente o saber é produzido socialmente pelo conjunto dos homens nas múltiplas relações que estabelecem para produzir a existência humana. Entretanto, a classe trabalhadora mesmo participando da produção de conhecimento por meio da sua prática cotidiana, não tem como sistematizar conhecimentos ao seu favor, pois são privados de instrumentos teórico-metodológicos para isso. O saber, portanto, não é democratizado no interior do processo produtivo. Nesse sentido, considerando que a característica fundamental do trabalho no modo de produção capitalista é a sua divisão e fragmentação, o saber se apresenta também parcial e fragmentado, impedindo a classe trabalhadora de compreender a sua prática e a sua visão de mundo (KUEZER, 1991).

Nessa perspectiva, o saber que é produzido no interior do processo produtivo é expropriado do trabalhador e concentrado nas mãos dos capitalistas, restando aos trabalhadores um saber apenas proporcional a execução de atividades parciais, simplificadas e rotineiras. Com isto, desqualificam-se os trabalhadores, que passam a não ter nenhum controle sobre o seu trabalho.

Braverman esclarece,

O modo capitalista de produção destrói sistematicamente todas as perícias à sua volta, e dá nascimento a qualificações e ocupações que correspondem às suas necessidades. As capacidades técnicas são daí por diante distribuídas com base estritamente na “qualificação”. A distribuição generalizada do conhecimento do processo produtivo entre todos os participantes torna-se desse ponto em diante, não meramente “desnecessária”, mas uma barreira concreta ao funcionamento do modo capitalista de produção. (BRAVERMAN, 1974, p. 79).

Nesse processo, somente uma pequena parcela da população tem acesso e as condições para compreender a totalidade do processo de produção. Estes são preparados para o mando, para serem dirigente, para perpetuar o ciclo de exploração.

Como explica Braverman,

Toda fase do processo do trabalho é divorciada, tão longe quanto possível do conhecimento e do preparo especial, e reduzida a simples trabalho. Nesse ínterim, as relativamente poucas pessoas para quem se reservam instrução e conhecimento são isentas tanto quanto da obrigação de simples trabalho (...). Esta poderia até ser chamada a lei geral da divisão do trabalho capitalista. Não é a única força atuando sobre a organização do trabalho, mas é certamente a mais poderosa e geral. Seus resultados, mais ou menos adiantados em cada indústria e ocupação, dão irrecusável testemunho de sua validade. Ela modela não apenas o trabalho, mas também populações, porque a longo prazo cria aquela massa de trabalho simples que é o aspecto principal das populações em países capitalistas desenvolvidos. (BRAVERMAN, 1974, p.80).

Assim, no processo de valorização do capital a apropriação do saber do trabalhador se torna fundamental para a acumulação capitalista sem ele não é possível promover as mudanças necessárias no processo produtivo de modo a aumentar constantemente a taxa de lucro.

Previtali (2011) adverte que a grande questão que se coloca para o capital é de como aumentar a produção de mais-valia independente do prolongamento da jornada de trabalho. Isto se torna possível com a extração de mais-valia relativa, que se estabelece através de um processo de mudanças nos meios de produção e nos métodos de organização do trabalho por meio de aplicação de tecnologia. Tal processo aumenta a força produtiva do trabalho que, por sua vez, reduz o valor da mercadoria e da força de trabalho. Para enfrentar a concorrência, os capitalistas são estimulados a constantemente transformar as condições técnicas e sociais do processo de trabalho através da apropriação do saber dos trabalhadores. Por isso é que estão sempre investindo em novas técnicas de produção e organização do trabalho, alterando as forças produtivas.

No modelo de desenvolvimento fordista, que dominou grande parte do século XX, toma-se por base um modelo de gestão em que o cerne está na divisão do trabalho, na fragmentação do saber e na separação entre concepção e execução.

Deluiz (2001, p. 8) esclarece que as características do trabalho em saúde são marcadas pela complexidade, heterogeneidade e fragmentações. A complexidade decorre da diversidade de profissões, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das formas de organização do trabalho. A diversidade revela a heterogeneidade. A fragmentação encerra várias dimensões, tais como: a fragmentação conceitual, isto é a separação entre o pensar e o fazer; a técnica pela presença cada vez maior, de profissionais especializados e a fragmentação social ao se estabelecer relações rígidas de hierarquia e subordinação, configurando a divisão social do trabalho no interior e entre as diversas categorias profissionais.

O campo das relações educativas no período taylorista/fordista baseia-se na qualificação profissional, ou seja, na capacidade potencial do trabalhador para desempenhar um determinado papel na divisão social e técnica do trabalho. Qualificação para o mercado de trabalho, compartimentalizada, especializada para o exercício do trabalho.

Em relação ao termo qualificação ressalta-se que:

O uso mais corrente do termo qualificação se relacionou aos métodos de análise ocupacional, que visavam identificar as características do posto de trabalho e delas inferir o perfil ocupacional do trabalhador apto a ocupá-lo. Em outras palavras, procurava-se identificar que tipo de qualificação deveria ter o trabalhador para ser admitido num determinado emprego. Dessa forma, o termo qualificação esteve associado tanto ao processo como ao produto da formação profissional. Nesse sentido, um trabalhador desqualificado poderia vir a ser qualificado para desempenhar determinada função requerida pelo posto de trabalho por meio de cursos de formação profissional. Por outro lado, visto pela ótica do posto de trabalho, o termo qualificação se relacionou ao nível de saber acumulado expresso pelo conjunto de tarefas a serem executadas quando o trabalhador viesse a ocupar aquele posto. Essa abordagem contribuiu para a formulação dos códigos das profissões e para sua classificação no plano da hierarquia social. (RAMOS, 2006, p. 34).

O campo das relações educativas do modelo toyotismo se baseia em competências, ou seja, na capacidade real do trabalhador diante das situações do âmbito do trabalho. Na era da acumulação flexível, as escolas devem ser ágeis, flexíveis e enxutas tal como as empresas.

Desta forma, o novo tipo de produção demanda um novo homem, com outra visão de mundo, pensando, sentindo e agindo de uma forma adequada aos novos métodos de trabalho, no qual por conta da automação não seja preciso mobilizar grandes energias intelectuais e criatividade. As capacidades agora chamadas de competências, e o trabalhador polivalente, com múltiplas tarefas, e controle de qualidade na verdade tem a finalidade de evitar todo e qualquer desperdício e não restabelecer a unidade perdida (KUENZER, 2004b).

Assim é que a crítica feita por Gounet (1999) mostra que esta nova forma de organização da gestão do trabalho, se aparentemente amplia o conteúdo do trabalho ao substituir a linha pela célula de produção, onde um trabalhador cuida de várias máquinas, na verdade cada vez mais esvazia sua atividade, reduz os requisitos de qualificação e intensifica o uso da força de trabalho, explorando-o ainda mais. Ou seja, sob a aparente reconstituição da unidade de trabalho para enfrentar os limites da divisão técnica, se esconde sua maior precarização, exatamente porque a finalidade das novas formas de organização, ao ampliar as possibilidades de reprodução ampliada do capital, não superam, mas aprofundam, a divisão entre capital e trabalho. (KUENZER, 2004b, p. 4).

É nessa conjuntura e no embate entre as diversas concepções de trabalho, saúde e educação que as políticas públicas de educação profissional e, especificamente as políticas de formação dos trabalhadores de nível médio e técnico para a área da saúde, têm se conformado.

CAPÍTULO 2

O PROCESSO HISTÓRICO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO ACS

2.1 As políticas de Educação Profissional

Nas comunidades primitivas os homens coletivamente aprendiam e ensinavam no ato de produzir e, deste modo, passavam de geração em geração os conhecimentos acumulados, de tal modo que a educação se identificava com a produção da própria vida.

Na Grécia antiga a educação dos cidadãos se estabelecia por meio da política, que se referia às ações na esfera pública, ou seja, à participação na Pólis (cidade grega) das decisões sobre a vida na cidade. Cidadania significava a participação plena nestas decisões, sendo que não eram considerados cidadãos, os estrangeiros, as mulheres e os escravos. Nesse contexto, o trabalho é considerado uma atividade indigna dos cidadãos.

Sob esse pretexto oculta-se e naturaliza-se a exploração de poucos homens que não trabalhavam e viviam à custa do trabalho da maioria, visto que é com os frutos do trabalho escravo que se sustentava a sociedade. Educação e trabalho aqui se separam ao se desqualificar o trabalho e considerar a educação uma atividade somente para os homens livres.

A educação dos proprietários passa a se organizar na escola que era considerada lugar de ócio e o ginásio para prática de esportes. As funções intelectuais e, portanto também as escolas ficavam restritas a uma pequena parcela da sociedade (SAVIANI, 2007).

Na idade média, a sociedade se sustentava pelo trabalho servil, desenvolvido segundo técnicas simples que não exigiam incorporação de conhecimentos sistemáticos, quem se dedicava as funções intelectuais era o clero, por isso as escolas eram chamadas monacais (SAVIANI, 2002).

A divisão dos homens em classes provocou uma separação entre a educação e o trabalho. Esta separação reflete a divisão que foi se processando ao longo da história entre trabalho manual e intelectual. Como se refere Saviani (2007, p. 155).

[...] essa divisão dos homens em classes irá provocar uma divisão também na educação. Introduce-se, assim, uma cisão na unidade da educação, antes identificada plenamente com o próprio processo de trabalho. A partir do escravismo antigo

passaremos a ter duas modalidades distintas e separadas de educação: uma para a classe proprietária, identificada como a educação dos homens livres, e outra para a classe não proprietária, identificada como a educação dos escravos e serviçais. A primeira, centrada nas atividades intelectuais, na arte da palavra e nos exercícios físicos de caráter lúdico ou militar. E a segunda, assimilada ao próprio processo de trabalho. A primeira modalidade de educação deu origem à escola. A palavra escola deriva do grego e significa, etimologicamente, o lugar do ócio, tempo livre. Era, pois, o lugar para onde iam os que dispunham de tempo livre. Desenvolveu-se, a partir daí, uma forma específica de educação, em contraposição àquela inerente ao processo produtivo. Pela sua especificidade, essa nova forma de educação passou a ser identificada com a educação propriamente dita, perpetrando-se a separação entre educação e trabalho.

As escolas, portanto foram criadas para que o processo de educação dos homens ocorra de modo sistemático e intencional. Tais instituições, ao longo da história, têm seguido as determinações capitalistas, pois estão sempre se colocando a serviço dos seus interesses. Portanto, longe de serem neutras, tendem a se colocar em favor das classes mais favorecidas.

Kuenzer (1991, p. 23) adverte que historicamente “[...] o trabalhador tem recebido a ‘qualificação’ que é conveniente aos interesses do capital.” Ou seja, uma educação para os que devem executar e outra para os que irão comandar, de acordo com a classe a que pertence.

A relação das escolas com o mundo do trabalho tem origens recentes na história da humanidade, posto que se considere por muito tempo o trabalho como do mundo da servidão e as escolas do mundo das “atividades superiores do espírito”. Somente com a revolução industrial situou-se a questão do conhecimento como um problema do trabalho, uma vez que as formas artesanais tradicionais já não atendiam a todas as necessidades do processo produtivo (CIAVATTA, 2009).

Com a Revolução Industrial, ocorre também uma revolução educacional ao se colocar a máquina no centro do processo produtivo e se edificar a escola como forma principal e dominante de educação (SAVIANI, 2007).

A transmissão via escola, de conhecimentos técnicos e científicos, corresponde ao aparecimento de novas divisões e novas funções na hierarquia social do trabalho (CAMPELLO; FILHO, 2008).

Ramos (2001, p. 17) esclarece que:

O uso da ciência como força produtiva gerou a necessidade de os trabalhadores dominarem certa quantidade de conhecimentos e habilidades necessárias ao exercício do trabalho. A aprendizagem profissional, então, voltou-se para a escola que, aos poucos passou a assumir o papel não só de socialização, mas também de transmissão do saber técnico. (...) O ensino destinado à formação de trabalhadores visava além do disciplinamento, conferir o domínio de um ofício. Funda-se dessa maneira, a prática institucionalizada da formação profissional.

No Brasil, até quase a república o ensino técnico profissional esteve relegado a um plano secundário, posto que inicialmente o trabalho pesado fosse atribuição dos índios e escravos e por outro lado a educação oferecida pelos jesuítas colaborasse para a valorização das carreiras liberais, as letras, a política, a administração e ao desprezo pelo ensino de ofícios. Esse pensamento perdurou por muito tempo e durante esse período o ensino profissional era voltado para atender as camadas menos favorecidas principalmente os órfãos e desafortunados (CAMPELLO; FILHO, 2008).

No governo de Nilo Peçanha em 1909 criam-se dezenove escolas de aprendizes e artífice, por meio do decreto nº 7.566 de 1909, situando uma em cada Estado da Federação. Nesse decreto explicita-se que essas escolas são destinadas aos deserdados da fortuna.

Assim, no Brasil, a formação de trabalhadores constitui-se historicamente com uma nítida demarcação da trajetória dos que iriam desempenhar as funções intelectuais e as funções instrumentais.

No Brasil, o dualismo se enraíza em toda a sociedade através de séculos de escravismo e discriminação do trabalho manual. Na educação, apenas quase na metade do século XX, o analfabetismo se coloca como uma preocupação das elites intelectuais e a educação do povo se torna objeto de políticas de Estado. Mas seu pano de fundo é sempre a educação geral para as elites dirigentes e a preparação para o trabalho para os órfãos, os desamparados. (FRIGOTTO; CIAVATTA; RAMOS, 2005, p.32).

A Constituição de 1937 explicita claramente esse dualismo escolar, ou seja, a destinação do ensino profissional aos menos favorecidos, o ensino pré-vocacional e profissional destinado às classes menos favorecidas. Determina que o ensino vocacional e pré-vocacional é dever do Estado a ser cumprido com a colaboração das empresas e isso proporcionou a definição das leis orgânicas do ensino profissional e a criação de entidades como o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - SENAI e Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC (CAMPELLO; FILHO, 2008).

A industrialização, a partir principalmente dos anos 1930, exige uma nova proposta de educação que prepare os trabalhadores para a indústria, e seguindo a nova ordem social, gerada pela acumulação do capital. Era preciso uma nova concepção de ensino profissional no qual se introduzisse o domínio de técnicas e adaptação ao trabalho fabril, além de preparar os jovens para a divisão do trabalho (CAMPELLO; FILHO, 2008).

A partir do ano de 1940, esse dualismo toma um caráter estrutural, especialmente ao se organizar a Lei Orgânica de Ensino Secundário, e junto a esta as leis orgânicas que regulavam

o ensino profissional. Nestas leis mantinham-se as duas estruturas educacionais independentes (FRIGOTTO; CIAVATA; RAMOS, 2005).

Com a reforma, surge na EB, pela primeira vez, uma etapa entre o ginásial e a educação superior, os cursos colegiais (origem do atual EM), com duas variantes: científico e clássico, voltados para o acesso ao ensino superior. Assim, a educação fica estruturada em dois níveis, a educação básica e a superior. A EB divide-se em duas etapas: o primário; e o secundário, subdividido em ginásial e colegial ou profissionalizante. O profissionalizante, constituído pelos cursos normal, industrial técnico, comercial técnico e agrotécnico, não habilitava para o ingresso no ensino superior, mas tinha o mesmo nível e duração do colegial. [...] Também cabe ressaltar que a criação do SENAI, em 1942, no âmbito dessa reforma, do SENAC, em 1946, e dos demais “S”, ao longo das décadas seguintes, revelam a opção governamental de repassar à iniciativa privada a tarefa de preparar mão-de-obra para o mundo produtivo. A partir dessa lógica, o ensino secundário e o normal formariam as elites condutoras do país e o profissional os filhos de operários para as artes e os ofícios, ratificando o caráter dualista da educação e sua função reprodutora da estrutura socioeconômica. (MOURA, 2007, p. 3)

Ao se analisar a Educação Profissional no Brasil aponta-se que vivemos três fases: uma primeira fase da educação profissional no Brasil se inicia nos anos 1940, no processo de industrialização quando estava em pleno vigor a ideologia desenvolvimentista, ou seja, a crença de que o Brasil alcançaria um nível de desenvolvimento econômico similar aos países avançados, a formação técnica de nível médio é considerada estratégica. Esse foi um momento auge para as Escolas Técnicas Federais. Tal ideologia deu sustentação à Teoria do Capital Humano na qual o investimento em educação pelo Estado é fonte de desenvolvimento. (EDUCAÇÃO..., 2011, p. 4).

A equivalência entre o ensino técnico e secundário somente veio a ser estabelecida em 1950, com as leis da equivalência (lei n. 1.076/1950; lei n. 1821/1953; lei n. 3.552/1959), e depois a equivalência plena com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB de 1961. A Regulamentação da profissão de técnico de nível médio somente ocorreu em 1968 (FRIGOTTO; CIAVATA; RAMOS, 2005).

Com a criação da 1ª Lei de diretrizes e Bases da Educação pela primeira vez regulamentam-se todos os níveis e modalidade de ensino, a plena equivalência entre todos os cursos do mesmo nível. É o fim da dualidade, mas na prática permanece a vertente propedêutica continua, pois continua presente nos conteúdos exigidos para o acesso a educação superior e nos cursos profissionalizantes continuam vinculados às necessidades do mercado (MOURA, 2007).

A Lei Federal nº 5.692/71 reformulou a Lei Nº 4.024/61, transformando o segundo ciclo de ensino médio em 2º Grau dando a este o caráter de formação profissional obrigatória

na escola. Ou seja, com essa lei se tornava compulsória a profissionalização no ensino médio. Passam a denominar-se 1º grau e 2º grau o que antes era primário, ginásial e colegial.

A lei nº 5.692/71 surgiu então, com um duplo propósito: o de atender à demanda por técnicos de nível médio e o de conter a pressão sobre o ensino superior. O discurso utilizado para sustentar o caráter manifesto de formar técnicos construiu-se sob o argumento da “escassez de técnicos” no mercado e pela necessidade de evitar “frustração de jovens” que não ingressavam nas universidades nem no mercado por não apresentarem uma habilitação profissional. Isto seria solucionado pela “terminalidade” do ensino técnico. (FRIGOTTO; CIAVATA; RAMOS, 2005, p.33).

Esclarece-se que a esta lei estava atrelada a ideologia de garantia de emprego com a formação profissional técnica de nível médio com forte marca da dualidade, pois ainda existia o ensino propedêutico e a educação profissional era vista um caminho para aqueles que não fossem para o nível superior inserir-se no mercado de trabalho. (EDUCAÇÃO..., 2011, p. 4).

A lei nº 5.692/71 foi substituída pela Lei nº 7.044/82 que extingue a profissionalização obrigatória, retoma ao modelo anterior, ou seja, as escolas propedêuticas para as elites e os cursos profissionalizantes para os trabalhadores, mantendo-se, contudo a equivalência entre o ensino médio propedêutico e o ensino técnico.

O dualismo, nesse momento, porém, difere do período anterior à LDB de 1961, já que ocorre preservando a equivalência entre os cursos propedêuticos e técnicos. A marca desse dualismo não estava mais na impossibilidade de aqueles que cursavam o ensino técnico ingressarem no ensino superior, mas sim no plano dos valores e dos conteúdos da formação. No primeiro caso, o ideário social mantinha o preceito de que o ensino técnico destinava-se aos filhos das classes trabalhadoras cujo horizonte era o mercado de trabalho, e não o ensino superior. No segundo caso, enquanto a lei n.5.692/71 determinava que na carga horária mínima prevista para o ensino técnico de 2º grau (2.200 horas) houvesse a predominância da parte especial em relação à geral, a Lei n. 7.044/82, ao extinguir a profissionalização compulsória, considerou que nos cursos não-profissionalizantes as 2.200 horas pudessem ser totalmente destinadas à formação geral. Com isso, os estudantes que cursavam o ensino técnico ficavam privados de uma formação básica plena que, por sua vez, predominavam nos cursos propedêuticos, dando, àqueles que cursavam esses cursos, vantagens em relação às condições de acesso ao ensino superior e à cultura em geral. (FRIGOTTO, CIAVATTA, RAMOS, 2005, p. 34).

Esse momento encerra a primeira fase da educação profissional. Na sua segunda fase a ideologia desenvolvimentista é substituída pela ideologia da globalização. Nesse período ganha força o pressuposto de crise fiscal do Estado, o que exige cortes nos gastos públicos. Assim, devido às mudanças no modelo de acumulação, inicia-se um período de enfraquecimento da industrialização e conseqüentemente uma diminuição dos postos de trabalho. Nesse contexto a relação educação-emprego não existe mais, forma-se agora para a

empregabilidade, ou seja, com base na ideia de que o indivíduo precisa ser qualificado para se inserir no mercado de trabalho (EDUCAÇÃO..., 2011, p. 4).

Nessa perspectiva, a desvinculação com o ensino médio aparece também atrelada à ideologia de que os gastos com a educação integrada seriam desnecessários visto que aqueles que tinham condições de cursar o ensino médio depois ingressavam no ensino superior. Esta desvinculação reforçava a privatização da educação profissional, ficando aberta para a iniciativa privada, que supostamente estaria mais apta a formar de maneira mais rápida, ficando para o Estado o ensino médio que embora estivesse livre a iniciativa privada é de responsabilidade do Estado (EDUCAÇÃO..., 2011, p. 4).

Nesse período vivenciam-se várias reformas em todas as áreas. No campo específico da educação um marco importante para a compreensão das reformas efetivadas na América latina foi a Conferência Mundial Educação para Todos em março de 1990 em Jomtien na Tailândia, pois foi nesse evento que os governos e organismos internacionais assumiram compromissos propondo várias mudanças na área da educação.

Fruto dos compromissos assumidos elabora-se, o Plano Decenal de Educação para todos em 1993 e no seu bojo a Lei de Diretrizes e bases da Educação Nacional (LDB nº 9.394/96).

Lima (2008, p. 52) ao se reportar a LDB comenta,

Na conjuntura internacional, cuja orientação eram de uma economia globalizada e neoliberal, a LDB não poderia ser outra coisa. Ela é filha da década de 1990. Uma década marcada hegemonicamente por orientações, no plano internacional, de um modelo de política social neoliberal, que, no Brasil, vem se concretizando de vários modos, expresso em variadas reformas (previdência e do aparelho do Estado, principalmente).

Vale ressaltar que no processo de elaboração da Constituição Federal de 1988 e da LDB (nº 9.394/96) os debates sobre a dualidade ganharam muita força, defendia-se o direito à educação pública, democrática e laica e tendo o trabalho como princípio educativo. Defendia-se o ensino médio na perspectiva da politecnicidade, que “diz respeito ao domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que caracterizam o processo de trabalho produtivo moderno.” (SAVIANI, 2002, p. 140).

Frigotto, Ciavatta, Ramos (2005, p. 35) esclarecem:

[...] o ideário da politecnicidade buscava e busca romper com a dicotomia entre educação básica e técnica, resgatando o princípio da formação humana em sua totalidade; em termos epistemológicos e pedagógicos, esse ideário defendia um ensino que integrasse ciência e cultura, humanismo e tecnologia, visando ao desenvolvimento

de todas as potencialidades humanas. Por essa perspectiva, o objetivo profissionalizante não teria fim em si mesmo nem se pautaria pelos interesses do mercado, mas constituir-se-ia numa possibilidade a mais para os estudantes na construção dos seus projetos de vida, socialmente determinados, possibilitados por uma formação ampla e integral.

Visto que, com a propriedade privada a ciência se converte em força produtiva, ou seja, em meio de produção, que são de propriedade da classe dominante. Mas como o capital não pode expropriar totalmente os conhecimentos dos trabalhadores, pois sem estes não podem acrescentar valor ao capital, são desenvolvidos mecanismos por meio dos quais expropriad-se os conhecimentos dos trabalhadores, sistematiza-os e os devolve de forma parcelada. Ou seja, o trabalhador domina somente os conhecimentos relativos ao que a ele cabe realizar. Lembrando a formulação de Adam Smith -Instrução em doses homeopáticas- O domínio de o mínimo de conhecimento necessário. O taylorismo é uma dessas expressões (SAVIANI, 2002).

Nesse quadro é que se delinea a concepção de profissionalização, do ensino profissionalizante. Esta concepção capitalista burguesa tem como pressuposto a fragmentação do trabalho em especialidades autônomas. Formam-se trabalhadores para executar com eficiência determinadas tarefas requeridas pelo mercado de trabalho. Tal concepção também vai implicar a divisão entre os que concebem e controlam o processo de trabalho e aqueles que o executam. O ensino profissional é destinado aqueles que devem executar, ao passo que o ensino científico- intelectual é destinado àqueles que devem conceber e controlar o processo. (SAVIANI, 2002, p. 138).

A noção de politecnicidade contrapõe-se a essa ideia e encaminha-se no sentido de acabar com a separação entre trabalho manual e intelectual, entre instrução profissional e instrução geral. Ou seja:

[...] Postulando que o processo de trabalho desenvolva, em uma unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais. Um pressuposto dessa concepção é que não existe trabalho manual puro e nem trabalho intelectual puro. Todo trabalho humano envolve a concomitância do exercício dos membros, das mãos, e do exercício mental, intelectual. Isso está na própria origem do entendimento da realidade humana como constituída pelo trabalho. (SAVIANI, 2002, p. 138)

Nesse sentido a formação se dá a partir do trabalho e de se compreender “de forma cada vez mais aprofundada, os princípios científicos que estão direta e indiretamente na base desta forma de se organizar o trabalho na sociedade.” (SAVIANI, 2002, p. 142).

O debate sobre a educação escolar brasileira com enfoque politécnico se intensificou na década de 1980 no bojo das mobilizações de educadores, partidos políticos e movimentos

sociais organizados da área da educação, concomitante ao movimento da Reforma Sanitária, a qual no âmbito da saúde e a construção do SUS.

[...] A proposta de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), negociada durante anos por mais de 30 organizações e instituições da sociedade civil comprometidas com as reformas de base e com um projeto democrático de educação, foi dura e sistematicamente combatida. Foram sendo tomadas, pelo alto e autoritariamente, diferentes medidas legais, numa reforma a conta-gotas, até aparecer o projeto do Senador Darcy Ribeiro que, como lembrava Florestan Fernandes, deu ao governo o projeto que esse não tinha. (FRIGOTTO, CIAVATTA, RAMOS, 2005, p.13).

O projeto de Lei do deputado Otávio Elísio, foi derrotado pelo projeto de Lei do Deputado Darcy Ribeiro que deu origem a Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB nº 9.394/96. No texto do deputado Elísio no art. nº 3º o direito à educação é assegurado pela instituição de um sistema nacional de educação mantido pelo poder público, gratuito em todos os níveis, aberto e acessível a todos os brasileiros e no art. nº 35 e educação politécnica através da integração entre formação geral e formação específica para o trabalho (FRIGOTTO, CIAVATTA, RAMOS, 2005, p. 22).

Na LDB (Lei nº. 9.394/96) destina-se um capítulo específico para a educação profissional os artigos 39 a 42. Os artigos reservados à Educação Profissional são, posteriormente, regulamentados pelo Decreto nº. 2.208 de 17 de abril de 1997. O MEC indica as regras a serem seguidas na qualificação profissional de nível técnico, por meio do Parecer CNE/CEB nº. 16/99 que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico; o parecer⁶ CNE/CEB nº. 17/97 que estabelece as diretrizes operacionais para a educação profissional em nível nacional e a Resolução CNE/CEB nº4/dez 1999 que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico.

Vale ressaltar que:

Diretrizes são orientações para o pensamento e a ação. As diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio (Brasil, CNE/CEB, 1998) e as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação de Nível técnico (Brasil, CNE/CEB, 1999), elaboradas no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), introduziram um discurso novo na educação brasileira: orientações explícitas de como deveria ser pensada e conduzida a ação educacional nas escolas. (CIAVATTA, RAMOS, 2012, p. 11).

⁶ Ressalta-se que “Pareceres são proposições em que as Câmaras e as comissões se pronunciam em matérias a elas submetidas. [...] As Resoluções aprovadas pelo Plenário do Conselho são atos de caráter normativo firmados pelo Presidente [...]” (ROTHEN, 2004, p.2, apud CIAVATTA, RAMOS, 2012, p. 15).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico (Resolução CNE/CEB Nº 4 de 1999) definem os critérios e procedimentos a serem adotados pelo sistema de ensino e pelas escolas de educação profissional por área profissional.

O Decreto Federal nº. 2.208/97 estabelece um currículo para a educação profissional de nível técnico de forma independente do ensino médio, ou seja, proibiu que o ensino médio, propiciasse também a formação técnica, introduziu a noção de competência legalmente na educação profissional e definiu três níveis para a educação profissional: básico, técnico e tecnológico.

Competência é definida no âmbito dessas Leis como: “A capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho.” (art. 6º da resolução CNE/CBE nº. 4/99) (RAMOS, 2006).

Na educação profissional em saúde a noção de competências foi instituída com o Sistema de Certificação de Competências do PEOFAE (SCC/PROFAE) que assim “contribuiu para a difusão de uma das principais referências para os currículos da educação profissional afinada com os valores e com a epistemologia da fase de acumulação flexível do capital, qual seja, a pedagogia das competências.” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 91).

Isto porque a educação nesse contexto de mudanças toma outra direção, não interessa mais aquele trabalhador típico do taylorismo/fordismo, é preciso agora um trabalhador que possa acompanhar as mudanças tecnológicas e organizacionais que estão sendo introduzidas no processo de trabalho da era da acumulação flexível.

França (2008) corrobora com o debate ao se referir que às políticas públicas de Educação profissional, com influência do capitalismo, as décadas de 1980 e 1990 foram marcadas pela relação entre educação, modernização e qualificação profissional o que ficou bastante evidente nas praticas educacionais que visam preparar mão-de-obra adequada para atender as necessidades do mercado, acompanhando o momento e o desenvolvimento econômico do país.

Desta forma, a palavra de ordem desse momento é qualificação profissional, quem não é qualificado não pode se inserir no mercado de trabalho. Com esse pensamento a classe trabalhadora tem procurado melhorar a sua escolaridade.

Vale ressaltar que os termos qualificação e formação profissional são polissêmicos, e apresentam várias significações. De acordo com Pereira; Ramos (2006), formação profissional é uma expressão recente, criada para designar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, assim, à relação permanente entre o trabalhador e o

processo de trabalho na óptica dos trabalhadores. Está associado às ideias de autonomia e de autovalorização. No conceito de formação profissional, estão contidos os sentidos e as concepções sobre a qualificação profissional que é mais associada ou apreendida pelo trabalho que o sujeito executa.

Segundo Schwartz (1995) a qualificação profissional apresenta três dimensões: a conceitual, relacionada à formação e à certificação profissional; a experimental, concernente ao conteúdo real da formação, incluindo os saberes tácitos; e a social, que insere a qualificação no âmbito das relações sociais (Apud RAMOS, 2006, p. 43).

Para Castro (1994) qualificação está relacionada à existência de regras que foram produzidas coletivamente, nesse sentido foram partilhadas e barganhadas e não necessariamente decorrentes da natureza da ocupação desempenhada pelo trabalhador (APUD VIEIRA et. al., 2011, p. 28).

Em Machado (1996) “a qualificação pode ser compreendida como arena política na qual são disputadas credenciais que conferem reconhecimento e asseguram o acesso a classificações vigentes no mundo do trabalho”. Como um processo dinâmico representa uma mediação para se compreender as relações sociais e técnicas que podem explicar porque um grupo profissional alcança reconhecimento social (Apud VIEIRA et. al., 2011, p. 28).

Nesse contexto de mudanças, a qualificação é tensionada pela noção de competência, em razão do enfraquecimento de suas dimensões conceitual e social e do fortalecimento da dimensão experimental. Passa-se a valorizar a subjetividade e o saber tácito do trabalhador, fortalecendo a ideia de que a construção de aprendizados vai além dos conhecimentos formais adquiridos, mas se dá a partir das diversas experiências que vivencia, seja na escola, no trabalho ou na vida cotidiana (RAMOS, 2001, 2006, 2010).

Esse tensionamento em relação à dimensão conceitual ocorre porque os saberes tácitos adquirem relevância diante dos saberes formais cuja posse era normalmente atestada pelos diplomas. Em relação à dimensão social porque em face de crise do emprego e de valorização das potencialidades individuais, as negociações que antes eram coletivas passam a basear-se em normas mesmo pactuadas coletivamente, aplicadas individualmente. Nesse cenário se sobressai a dimensão experimental (RAMOS, 2006).

O currículo escolar baseado em competência tem como fundamento:

A redefinição do sentido dos conteúdos de ensino, de modo a atribuir sentido prático aos saberes escolares, abandonando a preeminência dos saberes disciplinares para se centrar em competências supostamente verificáveis em situações e tarefas específicas. Essas competências devem ser definidas com referência às situações que

os alunos deverão ser capazes de compreender e dominar. Somente após essas definições e que se selecionam os conteúdos de ensino. (RAMOS, 2008, p. 119).

A transferência desses conteúdos para a formação, orientada pelas competências que os alunos precisam desenvolver, dá origem ao que se chama de “pedagogia das competências” (RAMOS, 2006).

Pereira e Ramos (2006, p. 90) indicam como princípios dessa pedagogia:

A adaptabilidade individual do sujeito a mudanças socioeconômicas do capitalismo. Por essa ótica, a construção da identidade profissional do trabalhador torna-se produto das estratégias individuais que se desenvolvem em respostas aos desafios das instabilidades internas e externas à produção, o que inclui também estar preparado para o desemprego, o subemprego ou trabalho autônomo. Essa é a nova ética que subjaz à 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.

Ramos (2006; 2010) adverte que esse modelo tem transformado a escola em um espaço de reprodução artificial do cotidiano, empobrecendo-a como espaço de conhecimento, podendo até formar pessoas que lidam bem com os conhecimentos práticos, mas que não conseguem produzir novos conhecimentos, sujeitos que se adaptam bem à realidade, mas não contribuem para a sua transformação.

Desta forma, os processos formativos baseados em competências, têm forte ligação com os novos requisitos exigidos pelas recentes transformações nos setores produtivos em que a lógica é construir um novo trabalhador, multifuncional, polivalente, flexível e adequado ao novo momento produtivo.

Também Frigotto argumenta nessa direção (2006):

As políticas de educação escolar e de formação técnico profissional que se consolidaram na hegemonia neoliberal buscaram, não sem contradição, a produção das qualificações necessárias ao funcionamento da economia nos setores restritos que exigem trabalho complexo, o alargamento da formação para o trabalho simples e a formação de quadros para elaboração e disseminação da pedagogia da hegemonia. Trata-se de produzir o pacote de competências adequadas à formação do ‘cidadão produtivo’ ajustado técnica e socialmente às demandas do capital. Um cidadão que acredite que a ele não compete ser sujeito político. (2006, p. 266).

Saviani (1985) ressalta que as correntes pedagógicas que influenciam a educação brasileira podem ser classificadas como críticas e não críticas. Críticas são aquelas correntes em que a educação é vista como uma mediação eticopolítica da formação humana, que possibilita a compreensão da realidade e fornece elementos para subsidiar ação dos homens

no sentido de superar a exploração e alienação e caminhar rumo à emancipação humana. (apud RAMOS 2010 p. 171).

A emancipação humana é “entendida no patamar de uma compreensão por parte do trabalhador da lógica a que é submetido pela sociedade administrada a favor do capital. Educação, portanto como contraponto e como resistência ao existente.” (PEREIRA, 2008, p. 394).

Saviani (1985) adverte que entre as correntes não críticas estão às teorias que consideram a realidade como um dado natural e estável e fornece elementos para os homens se adaptarem a ela. A pedagogia tradicional, o tecnicismo, o pragmatismo e mais recentemente a pedagogia das competências são exemplo dessa corrente (apud RAMOS, 2010, p. 210).

Ressalta-se também que o contexto destas décadas é marcado pela revitalização da Teoria do Capital Humano e pela disseminação da Ideologia da Empregabilidade. A ideia central dessa teoria é de que o investimento na instrução, treinamento e educação dos trabalhadores corresponderiam a um acréscimo na capacidade produtiva, e seria a solução para as desigualdades entre países e indivíduos.

Trata-se de uma noção que os intelectuais da burguesia mundial produziram para explicar o fenômeno das desigualdades entre as nações e entre indivíduos ou grupos sociais, sem desvendar os fundamentos reais que produzem estas desigualdades: a propriedade privada dos meios e instrumentos de produção pela burguesia ou classe capitalista e a compra numa relação desigual, da única mercadoria que os trabalhadores possuem para proverem os meios de vida seus e de seus filhos – a venda de sua força de trabalho (FRIGOTTO, 2006, p.67).

Com a ideologia da empregabilidade difundiu-se a ideia de que, quanto mais capacitado o trabalhador, maiores seriam suas chances de ingressar e/ou permanecer no mercado de trabalho. Com esse pensamento, a classe trabalhadora passou a se mobilizar pela melhoria dos seus padrões de escolarização, para se tornar “competente” e com isso garantir-se no emprego. Com isso transfere-se a responsabilidade pelo desemprego para o próprio trabalhador que deve adquirir capacidade de competição para lutar por um espaço, ou para se manter no mercado de trabalho, pois, sob a lógica do capital, se ele está desempregado é porque não tem condições de competir.

Neves (2008, p. 368) esclarece: “Seduzida, em grande parte por essas ideologias, a classe trabalhadora passa a investir na melhoria dos seus padrões de escolarização, sem ao menos refletir sobre a natureza escolar ministrada.”

Lucena; França; Palafox (2009) corroboram com o debate:

No Brasil, o processo de desestatização e regulação inicia-se nos anos 1990, com o governo Collor de Mello e, a seguir com Fernando Henrique Cardoso, no discurso de modernização econômica e produtiva do país. As principais consequências da implementação desse modelo refletem na fragilização dos direitos trabalhistas, no esvaziamento do poder de negociação coletiva de trabalho e no acirrado discurso de qualificação do trabalhador como requisito fundamental para a manutenção no mercado de trabalho. (LUCENA; FRANÇA; PALAFOX, 2009, p.153).

Na área da saúde, também é disseminada a neo-teoria do capital humano e a ideologia da empregabilidade, como Pereira (2008, p. 409) esclarece:

Na saúde, os adeptos da ressignificação da noção de capital humano na articulação com ideologia da empregabilidade assumem como imperiosa a formação dos trabalhadores para o sucesso do Sistema de Saúde. Desse modo, a denúncia da naturalização de ações de saúde desenvolvidas por uma parcela significativa de trabalhadores e a urgência em combatê-la é incorporada à educação para o capital, [...].

Pereira (2008) adverte também que não se pode ignorar que essa inclusão abre espaço para que os trabalhadores de saúde tenham esse direito, inclusive com financiamento do Estado. Apesar do envolvimento de parcerias público-privadas, o que aumenta a possibilidade de mercantilização da saúde, e diminui a chance de uma formação humana.

Vale ressaltar que a formação profissional, uma das principais motivações de luta dos ACSs, também pode estar influenciada pelo discurso de qualificação para empregabilidade, muito difundido nos últimos anos, juntamente com o ideário da polivalência e da competência, entre outros; esse trabalhador tem aspirado por melhores condições de trabalho e, sobretudo, a possibilidade de se manter no emprego, isto porque, diante do contexto de desemprego, esta é a oportunidade que se apresenta de inserção no mercado de trabalho.

Assim, em relação às políticas públicas de educação profissional no Brasil, constata-se que nas últimas décadas toma-se como ponto de partida a questão da empregabilidade. Constata-se também que ações dos Ministérios da Educação e do Trabalho são desenvolvidas por instituições do governo ou credenciadas para oferecer cursos de formação profissional, assim como conta-se com outros financiamentos para capacitações, materiais escolares e didáticos. No entanto tais iniciativas têm sido insuficientes e inadequadas, diante da carência dessa modalidade de ensino para os jovens e adultos (FRANÇA, 2008, p. 170).

A política de educação profissional do governo de Fernando Henrique Cardoso, não se resumiu ao ensino técnico. Ela abrangeu ações voltadas para a qualificação e requalificação profissional, desviando a atenção da sociedade das causas reais do desemprego para a responsabilidade dos próprios trabalhadores pela condição de desempregados ou vulneráveis ao desemprego. Esse ideário teve nas noções de

“empregabilidade” e “competências” um importante aporte ideológico, justificando entre outras iniciativas, projetos fragmentados e aligeirados de formação profissional, associado aos princípios de flexibilidade dos currículos e da própria formação. (FRIGOTTO; CIAVATA; RAMOS, 2005, p.38).

Na década de 1990 as políticas públicas de formação profissional no sistema formal (ensino básico, superior e educação profissional) foram subsidiadas pelo o Programa de Extensão da Educação Profissional – PROEP - MEC.

O PROEP é uma iniciativa do Ministério da Educação, que busca desenvolver ações integradas na relação ensino-serviço, objetivando um novo modelo de educação profissional capaz de propiciar a ampliação de vagas e a diversificação da oferta. Nesse sentido, o PROEP atua no redimensionamento da educação profissional, envolvendo a adequação e atualização dos currículos, construção, duplicação e reforma da estrutura física, aquisição de equipamentos e materiais didáticos e capacitação de recursos humanos. O PROEP é financiado com recursos do BID (US\$ 250 milhões) do FAT (US\$ 125 milhões) e do MEC (US\$ 125 milhões). (Relatório preliminar. Unicamp, 2004, p. 10).

Para o sistema não formal foi criado o Plano Nacional de Formação do trabalhador (PLANFOR), cujo gerenciamento e operacionalização em nível federal ficou a cargo do Ministério do Trabalho e do Emprego-Secretaria de Formação e Desenvolvimento Profissional (SEFOR) do Ministério do Trabalho que foi desenvolvido em 1995; o Plano Nacional de Qualificação- PQN que substituiu o PLANFOR, implantado a partir de 2003.

O PLANFOR foi considerado um dos programas prioritários do governo Fernando Henrique Cardoso. Orientava-se pelas diretrizes da política social do Governo Federal, seguindo a resolução nº 126/96 do CODEFAT- Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao trabalhador visto ser financiado na grande maioria por recursos do FAT. No bojo desse plano o país passou a contar com uma política nacional de educação profissional (PNEP) a ser implantada em todos os estados por meio das PEQs - Planos Estaduais de Qualificação.

Pode-se dizer que o PLANFOR expressa de fato a lógica atual das políticas públicas de inserção as quais assumem como foco prioritário a formação profissional que passa a ser a estratégia principal para o enfrentamento do desemprego. No entanto sabe-se que não existe relação direta entre qualificação e emprego até porque esta política pública de qualificação profissional está direcionada para um contingente considerável de força de trabalho que nas condições atuais é “inempregável”. Sendo assim, observa-se que tais políticas, ao invés de reduzirem o desemprego como pressupunham, podiam no limite apenas incrementar os níveis de qualificação da força de trabalho desempregada servindo de alento para estes. Nesse sentido, tais políticas podiam estar servindo de mecanismo de controle social na medida em que elas tendem a “acomodar as classes sociais perigosas” dando-lhes esperança de que ao se qualificarem mais podiam vir a obter algum emprego (PEREIRA, 2006b, p. 80).

Nessa segunda fase da Educação profissional, foi muito importante a resistência dos movimentos sociais e de intelectuais da área da educação pela defesa da integralidade do ensino médio e educação profissional como uma necessidade social, no sentido de garantir uma educação de qualidade para a classe trabalhadora e a materialização de um princípio educativo e ético-político:

Esse princípio é o de que a educação tem que estar orientada pelo princípio do trabalho, porque é ele que possibilita à classe trabalhadora a compreensão científica, tecnológica, sócio-histórica-cultural da produção, e é isso que instrumentaliza o trabalhador para produzir a existência a partir do seu próprio trabalho, reconhecer sua condição de ser alienada, se organizar e buscar transformações. A integração é definida como uma lógica de organizar o conhecimento para a formação humana. (EDUCAÇÃO..., 2011, p.4).

Nessa perspectiva a integralidade defendida vai muito além da integração do currículo do ensino médio e ensino profissional, mas ter o trabalho como princípio dessa formação.

Trata-se de orientar a formação pela unidade dialética entre teoria e prática, o que implica apreender os fenômenos em suas mediações e contradições, elaborando-os no plano do pensamento como um conhecimento, uma teoria. A utilidade desta no retorno à prática está no fato de corresponder aos fundamentos do fenômeno estudado e não a sua aparência manifestável e sensível à experiência. Somente de posse desses fundamentos os sujeitos podem agir conscientemente de forma transformadora sobre o objeto de seu trabalho e de suas relações sociais. Por isso, à educação compete apresentar ao estudante os conceitos já elaborados sobre os fenômenos e leva-los pelo método, a novas construções conceituais que tanto estruturam sua prática quanto permitem criticá-las e superá-las, não só no plano da subjetividade, mas também das relações sociais (CIAVATTA, RAMOS, 2012, p. 28).

No começo do primeiro mandato do governo Lula reacendem-se os debates em torno da integralidade, da separação obrigatória entre o ensino médio e a educação profissional e da educação politécnica. Tais debates se embalam pela esperança de um novo momento para o Brasil com o novo governo que se dizia comprometido com as mudanças desejadas.

Civiatta chama atenção (2005, p. 85) para a disputa permanente na história da educação brasileira que é a questão da formação integrada, questiona a autora “educar a todos ou a uma minoria supostamente mais apta ao conhecimento”?

A ideia de formação integrada sugere superar o ser humano dividido historicamente pela divisão social do trabalho entre a ação de executar e a ação de pensar, dirigir ou planejar. Trata-se de superar a redução da preparação para o trabalho ao seu aspecto operacional, simplificado e esvaziado de conhecimentos que estão na sua gênese científico-tecnológica e na sua apropriação histórico-social. Como formação humana, o que se busca é garantir ao adolescente, ao jovem e ao adulto trabalhador o direito a uma formação completa para a leitura do mundo e para atuação como cidadão pertencente a um país, integrado dignamente à sua sociedade política.

Formação que, nesse sentido, supõe a compreensão das relações sociais subjacentes a todos os fenômenos. (CIAVATTA, 2005, p. 85).

Em 2004, o decreto nº. 2.208/1997 alvo de debates e intensas críticas foi substituído pelo decreto nº 5.154/2004 que regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 e 42 da Lei Federal nº 9.394/96, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

O Decreto nº 5.154/2004 estabelece que a educação técnica seja ofertada de forma articulada ao ensino médio, podendo também ser subsequente ao ensino médio e ou concomitante. Dividiu-se a educação profissional: Formação inicial e continuada; educação profissional técnica de nível médio; e educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação.

A respeito desse Decreto, Frigotto, Ciavatta, Ramos comentam:

Assim, o que se buscava no projeto de Lei aprovado na Comissão da Câmara e que se tenta resgatar com o Decreto nº 5.154/2004, com todas as contradições já assinaladas, é a consolidação da base unitária do ensino médio, que comporte a diversidade própria da realidade brasileira, inclusive possibilitando a ampliação dos seus objetivos, como a formação específica para o exercício de profissões técnicas. Em termos ainda somente formais, o Decreto 5.154/2004 tenta restabelecer as condições jurídicas, políticas e institucionais que se queria assegurar na disputa da LDB na década de 1980. Daqui por diante, dependendo do sentido que se desenvolva a disputa política e teórica, o “desempate” entre forças progressistas e conservadoras poderá conduzir para a superação do dualismo na educação brasileira ou consolidá-lo definitivamente. (2005, p.37).

Os autores ressaltam que a luta sistemática e permanente pelo ensino médio como educação básica, como direito universal, na perspectiva da politécnica, pressupõe avanços no sentido das mudanças desejadas, e é condição para superar a formação profissional “como adestramento e adaptação às demanda do mercado e do capital”, assim como se constitui uma proposta de “travessia” para o ensino médio unitário e politécnico, por conter “os germens de sua construção.” (FRIGOTTO, CIAVATTA, RAMOS, 2005, p. 15).

Podemos qualificar o ensino médio como uma “travessia” imposta pela realidade de milhares de jovens que têm direito ao ensino médio pleno e, ao mesmo tempo necessitam se situar no sistema produtivo. Por isso, o ensino médio integrado ao ensino técnico, conquanto seja uma condição social e historicamente necessária para a construção do ensino médio unitário e politécnico, não se confunde com ele porque a conjuntura da realidade atual assim não o permite. Não obstante, por buscar conter os elementos de uma educação politécnica, contém também os germens de sua construção.

Argumentam ainda que:

Este é o sentido de um ensino médio de quatro anos que, de forma articulada e integrada a uma formação científico-tecnológica e ao conhecimento histórico social, permitam ao jovem a compreensão dos fundamentos técnicos, sociais, culturais e políticos do atual sistema produtivo. Isso não elide que, dentro do processo de travessia, busque aprofundar-se em determinada área técnica. Cabe, contudo, ao processo educativo, desmistificar o senso comum que isso lhes garante o acesso ao mercado de trabalho. A luta pelo direito ao trabalho dá-se no campo mais amplo da sociedade. Permitir entender isso é a tarefa de um processo educativo emancipatório. (FRIGOTTO, CIAVATTA, RAMOS, 2005, p. 15).

A Resolução CNE/CEB 1/2005, atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação para o ensino Médio e para a Educação Profissional Técnica de nível médio as disposições do Decreto nº 5.154/2004.

Resolução CNE/CEB nº 4, de 27 de outubro de 2005 inclui novo dispositivo à resolução CNE/CEB 1/2005 que atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação para o Ensino Médio e para Educação Profissional Técnica de nível médio às disposições do Decreto nº 5.154/2004.

No âmbito dessas leis, os cursos de formação inicial e continuada independem da escolaridade do trabalhador e devem seguir itinerários formativos, entendidos como o “conjunto de etapas que compõe a organização da educação profissional em uma determinada área, possibilitando o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos (art. 3º, parágrafo 1º).

Resolução CNE/CEB nº 1/ de 21 de janeiro de 2004 estabelece Diretrizes Nacionais para a organização e realização de estágios de alunos de educação profissional e do ensino médio, inclusive nas modalidades de Educação especial e de educação de Jovens e adultos e a Resolução nº 2/2005 modifica a redação do § 3º do artigo 5º da resolução CNE/CEB nº 1/2004. Até nova manifestação sobre estágio supervisionado pelo Conselho Nacional de Educação.

O decreto nº 5.840 de 13 de julho de 2006 institui o Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na modalidade de jovens e adultos o PROEJA.

A Lei nº 11.741/2008 promove alterações na LDB localizando a Educação Profissional de Nível Técnico na seção IV do Cap. II da Educação Básica, explicitando que esses cursos são da Educação básica e também na seção que trata do ensino médio. Assim, compreendendo-se que a Educação profissional Técnica de Nível Médio é uma das possibilidades do ensino médio (PACHECO, 2012, p. 29).

O parecer CNE/CEB nº 11/2008, aprovado em 12 de junho de 2008 apresenta a proposta de instituição do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio (CNCT). A resolução CNE/CEB nº 3, de 9 de julho de 2008 dispõe sobre a instituição e implantação do

Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível médio. O parecer nº 03 de 26 de janeiro de 2012, Resolução CNE/CEB nº 4 de 6 de junho de 2012, que trata da atualização do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. Nessa nova versão há a incorporação de 35 novos cursos assim como houve alterações em alguns que já estavam no CNCT.

Nesse Catálogo estão incluídos 220 cursos divididos em 13 eixos tecnológicos: Ambiente e Saúde; Controle e Processos Industriais; Desenvolvimento Educacional e Social; Gestão e negócios; Informação e Comunicação; Infraestrutura; Militar; produção Alimentícia; Produção cultura e Design; Produção industrial; Recursos Naturais; Segurança; Turismo hospitalidade e Lazer. O curso Técnico Agente Comunitário de Saúde está situado no eixo tecnológico Ambiente e Saúde.

Ciavatta e Ramos (2012) comentam que as Diretrizes Curriculares Nacionais inauguradas no governo Fernando Henrique Cardoso, tem sido um instrumento de direção política e cultural da sociedade por intermédio da educação.

Elas adquirem, assim, um caráter estratégico dessa disputa é, em certa medida, determinado por contradições surgidas com a reestruturação produtiva e a mudança da base técnico-científica da produção em direção à especialização flexível. Essas transformações têm uma dimensão tanto cínica quanto perversa que, contraditoriamente, aponta para a necessidade de ampliação da escolaridade e de requalificação dos trabalhadores. Vários estudiosos, porém já demonstraram que o requerimento da escolaridade não é tanto em razão da necessidade de que o trabalhador tenha conhecimento científico – dada a simplificação dos procedimentos de trabalho possibilitada pela tecnologia microeletrônica e digital molecular –, mas sim de se prepara-lo e adequa-lo para enfrentar a flexibilidade do trabalho internamente à produção ou fora dela; nesse caso, estando desempregado e tendo de sobreviver. (2012, p. 32).

Nos últimos anos, são muitos os debates sobre o Parecer do Colegiado da Câmara Técnica de Educação Básica - CEB que atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio, defendido pelo Prof. Francisco Aparecido Cordão, relator da Câmara de Educação Básica - CEB. Um amplo processo em que estudiosos da área da educação mais uma vez reuniram-se e elaboram um documento encaminhado em 1 de junho de 2011, ao Presidente da Câmara de Educação Básica do CNE, no qual expressaram as ideias e expõe suas divergências com o parecer do Prof. Cordão.

Ciavatta e Ramos a esse respeito comentam:

Mais uma vez, no final do governo Lula da Silva e nos primeiros meses do governo Dilma Rousseff, somos surpreendidos com a ressuscitação das Diretrizes Curriculares Nacionais. Emanadas do CNE em 1998 para orientar a implantação do Decreto n. 2208/97, foram maquiadas e reiteradas em 2004, após a revogação do mesmo decreto e a exarcação do Decreto n. 5.154/04. Novamente em 2010, o relator

da Câmara de Educação Básica, Professor Cordão, ignorou a particularidade da introdução da alternativa formação integrada ao lado das formas concomitante e subsequente de articulação entre ensino médio e educação profissional. (CIAVATTA, RAMOS, 2012, p. 20)

O parecer do Prof. Francisco Aparecido Cordão, confirma os princípios axiológicos com base nos quatro pilares da educação da UNESCO. Quais sejam: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser. O núcleo das diretrizes curriculares é o currículo baseado em competências e expõe os fundamentos de sua proposta curricular baseado no que tem sido chamado CHAVE- Conhecimento, habilidade, atitudes, valores e emoções.

Neste parecer, pensa-se o currículo como o enunciado de competências e seus respectivos componentes e a definição de situações e metodologias de aprendizagem. Em contraponto no documento elaborado defende-se a formação integrada como a chave para o trabalhador apreender as contradições das relações sociais de produzir sua existência com o seu trabalho.

A ideia da formação integrada sugere superar o ser humano dividido historicamente pela divisão social do trabalho entre a ação de executar e a ação de pensar, de dirigir ou planejar. Trata-se de superar a redução da preparação para o trabalho no seu aspecto operacional, simplificado, escoimado dos conhecimentos que estão na sua gênese científico-tecnológica e na sua apropriação histórico-social. Como formação humana, o que se busca é garantir ao adolescente, ao jovem adulto trabalhador o direito a uma formação completa para a leitura do mundo e para atuação como cidadão pertencente a um país, integrado dignamente à sua sociedade política. (CIAVATTA, RAMOS, 2012, p. 20)

O parecer CNE/CEB nº 11/2012 sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional Técnica de Nível Médio foi aprovado em 9 de maio de 2012.

Em 2011 o Governo Federal cria o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego- PRONATEC com o objetivo de ampliar a oferta de cursos de educação profissional e tecnológica. Segundo o MEC o programa tem os seguintes objetivos: expandir e democratizar a oferta de cursos de educação profissional técnica de nível médio e de cursos de formação inicial e continuada ou qualificação profissional; construir e ampliar escolas que ofereçam essa modalidade de educação. No âmbito desse programa insere-se a expansão da rede federal, o acordo de gratuidade com os serviços nacionais de aprendizagem; FIES Técnico e Empresa; e a Bolsa-formação. (Disponível em: <pronatec.mec.gov.br/institucional/base-legal>, acesso em 13 de fevereiro de 2013).

O atual momento é considerado a terceira fase da educação profissional no Brasil, marcada inicialmente pelo discurso economicista e pelo viés compensatório, ou seja, a educação profissional como aquela para os que não conseguem ter acesso ao nível superior. É que nos últimos anos o Estado precisou voltar a agir na economia, retomando os investimentos no setor produtivo e também no plano social o que inclui a educação. Os trabalhadores de nível médio voltaram a ser mais claramente necessários ao modelo de desenvolvimento que se desenhava. O resultado no campo da educação profissional foi a valorização da educação profissional pública a exemplo da expansão da Rede Federal de Educação Profissional. O eixo norteador da valorização da educação profissional, no entanto é econômico e não político-pedagógico. (EDUCAÇÃO..., 2011, p.4).

Kuenzer (2004b) se refere que está em curso um processo de exclusão includente e de inclusão excludente, ou seja, no mercado formal há várias estratégias de exclusão do cidadão que tinha seus direitos garantidos, quando tem a oportunidade de reinserir-se no mercado é com salários mais baixos, ou terceirizados ou mesmo prestando o mesmo serviço na informalidade. Ocorre o processo inverso quando há inclusão nos diversos níveis e modalidades de educação que não corresponde a padrões de qualidade em vistas de formação intelectual compatível com o trabalhador desejado pelo capital.

Estas estratégias têm sido várias, mas merecem destaque as que temos chamado de “empurroterapia”, [...] com a única preocupação de melhorar as estatísticas educacionais: ciclagem, aceleração de fluxo, progressão automática, classes de aceleração e assim por diante. É importante destacar que estas estratégias, se adequadamente implementadas, favorecem a democratização das oportunidades educacionais. Ou a tão em moda substituição da escolarização básica por cursos aligeirados de formação profissional, que supostamente melhorarão as condições de empregabilidade. Ou a certificação apenas formal conferida por muitos cursos supletivos (há exceções), que não conferem rigor e seriedade à formação de jovens e adultos. Ou a formação superior aligeirada em instituições superiores de idoneidade discutível; ou a formação de professores nos Institutos Superiores de Educação em licenciaturas “quase plenas”. Enfim, o conjunto das estratégias que apenas conferem “certificação vazia”, e por isto mesmo, se constituem em modalidades aparentes de inclusão que fornecerão a justificativa, pela incompetência, para a exclusão do mundo do trabalho, dos direitos e das formas dignas de existência. (KUENZER, 2004b, p. 15)

Então, é como França (2008) comenta: a Educação Profissional no Brasil tem se apresentado como um mecanismo de exclusão por duas características, primeiro porque a sua origem e trajetória é de uma educação destinada aos subalternos da sociedade, ou seja, os trabalhadores e, também, porque tem se constituído em paralelo ao sistema de ensino. Lembrando ainda que esse quadro torna-se muito mais perverso porque nem a essa educação de classe uma grande parcela da população tem acesso.

Nesse sentido, as políticas de educação profissional têm historicamente reforçado as relações capitalistas. Estes são reflexos da divisão social e técnica do trabalho que “[...] rompendo a unidade entre teoria e prática prepara diferentemente os homens para que atuem em posições hierárquicas e tecnicamente diferenciadas no sistema produtivo.” (KUENZER, 1991, p. 6). Ou seja, uma educação para a classe dominante e outra para os trabalhadores. Desta forma “[...] o trabalhador recebe a “qualificação” que é conveniente aos interesses do capital.” (KUENZER, 1991, p. 22).

Kuenzer, (2004b, p.3)

A escola, por sua vez, se constituiu historicamente como uma das formas de materialização desta divisão, ou seja, como o espaço por excelência, do acesso ao saber teórico, divorciado da práxis, representação abstrata feita pelo pensamento humano, e que corresponde a uma forma peculiar de sistematização, elaborada a partir da cultura de uma classe social. E, não por coincidência, é que a classe que detém o poder material que possui também os instrumentos materiais que possui também os instrumentos materiais para a elaboração do conhecimento. (Marx e Engels, s.d) Assim a escola, fruto da prática fragmentada, expressa e reproduz esta fragmentação, através de seus conteúdos, métodos e formas de organização e gestão.

Mas, é como Frigotto (2006, p. 241) esclarece:

Embora a educação e a escola, na sociedade capitalista moderna, tendam ao seu papel de reprodução das relações sociais dominantes, mediante- como nos expõe Gramsci- A formação de intelectuais de diferentes tipos, não se reduzem a ela. A educação em geral que se dá nas relações sociais e os processos educativos e de conhecimentos específicos que se produzem na escola e nos processos de qualificação técnica e tecnológica interessam à classe trabalhadora e a seu projeto capitalista histórico de superação do modo de produção capitalista.

Sendo assim, as escolas tanto podem reproduzir ideologicamente relações sociais de dominação como de transformação. Nesse sentido, podem contribuir para legitimidade da lógica do capital ou inserir-se em uma perspectiva de transformação social, pois assim como contribui para a formação de força de trabalho para o capital nesse processo também pode emergir os elementos para questionar o que está posto, pois:

Se por um lado tal mediação forma o indivíduo enquanto força de trabalho necessário para manutenção do sistema capitalista, por outro é por meio da aquisição desses saberes que se originam os elementos para que os indivíduos atuem no meio social numa perspectiva de resistência ao que está posto. (SILVA; SILVA; MARTINS, 2001, p. 10).

A formação profissional, nessa perspectiva, pode ser vista como expressão da classe trabalhadora e da luta histórica que trava com a classe dominante. Para que, por meio desse

processo educativo, seja possível refletir sobre as relações de exploração e de dominação a que estão submetidos e, desta forma, perceber o quanto é alienante o seu trabalho pelas condições que historicamente foram sendo impostas, e buscar formas de superar essa dominação.

Sendo assim, a formação de sujeitos críticos, capaz de compreender os fundamentos e as contradições do processo produtivo capitalista e de questionar as formas de exploração a que são submetidos, e com valores alicerçados em justiça, dignidade e respeito ao outro, apesar de todos os avanços, é um desafio a ser enfrentado pela instituição escolar.

Mas, é como se refere Saviani (2002, p. 151):

Estamos, enfim, diante de uma situação em que, mais do que nunca, se faz necessário resistir e lutar pela transformação da sociedade, de modo a superar os entraves que caracterizam a atual ordem social, caminhando em direção a uma forma social em que os homens- todos os homens- possam se beneficiar do imenso desenvolvimento das forças produtivas que resultaram em inestimáveis conquistas, obtidas com muito sofrimento pelo conjunto da humanidade ao longo de sua existência. Evidentemente, no estágio histórico já atingido, esse movimento de transformação não pode ser deixado à mercê de uma evolução natural e espontânea. Necessita, ao contrário, ser organizado de forma voluntária e consciente, de modo a superar a atual divisão e desumanização do homem, seja ele considerado como indivíduo ou como classe. E, por se tratar de um processo voluntário e consciente, não pode prescindir do concurso da educação.

Diante disso, se torna uma tarefa para todos os educadores que sonham com uma sociedade mais justa inserir-se no conjunto de lutas por uma educação pública de qualidade para todas as pessoas sem distinção.

2.2 As políticas públicas de formação profissional técnico de nível médio dos trabalhadores da saúde pública

As discussões referentes à formação de trabalhadores de nível médio e elementar no âmbito da saúde pública já se fazia presente mesmo antes da criação do SUS. Porém, adquiriram maior centralidade com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e com a lei de criação do SUS 8080/1990 quando se atribui a responsabilidade de ordenação dessa formação a este sistema.

Desde os anos 1940, discutia-se que o desenvolvimento de um país ou região é determinante para melhorar as condições de saúde da população. Ou seja, sobre a relação

entre os indicadores de saúde e o desenvolvimento econômico social, político e cultural. Como também sobre novas formas de participação nas decisões políticas sobre a saúde (LIMA, J. et. al., 2006).

Nesse período articulava-se um movimento conhecido como sanitarismo-desenvolvimentista, no qual se defendia que as condições de saúde da população estavam diretamente relacionadas com estágio econômico em que se encontravam. Nesse período também se fortaleciam ideias ligadas à municipalização das ações de saúde, caracterizando o que ficou conhecido com movimento municipalista que, por sua vez, foi fortemente influenciado pelo Sanitarismo Desenvolvimentista.

No bojo das discussões sobre a municipalização, defendia-se uma reforma profunda nos sistemas de saúde latino-americanos, por meio da descentralização das ações para os municípios, contanto com o apoio técnico e financeiro de outras instâncias do governo (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

O modelo de assistência à saúde, ou seja, a forma como os serviços de saúde são organizados para prestar esses serviços à população, que predominava nesse período é o modelo médico assistencial médico-privatista no qual o centro é o saber e poder médico e tem o hospital como porta de entrada do sistema de saúde. Nesse modelo a intervenção é no indivíduo e no tratamento da doença, por meio de ações curativas.

No que se refere à assistência à saúde, somente tinham direito os trabalhadores formais, ou seja, aqueles que estavam regulamentados. Esse direito origina-se com a Lei Eloy Chaves em 1923 com a instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões - as CAP's, para os ferroviários. Posteriormente, esses benefícios foram estendidos a outras categorias profissionais dando origem aos Institutos de aposentadorias e Pensões - IAPs em 1930. Desta forma, somente esses trabalhadores tinham direito a assistência médica, para os demais, que não tinham condições financeiras de pagar pelos serviços de saúde, restavam os serviços filantrópicos das Santas Casas de Misericórdia.

Vale ressaltar que na década de 1950 repercute no meio econômico, intelectual e nas instituições um discurso de desenvolvimento apoiados na Teoria do Capital Humano, que influenciava tanto o mundo econômico, quanto o meio educacional. No Plano econômico reorienta, a partir de 1960, a estratégia da CEPAL em cujo cerne está a superação do subdesenvolvimento com o desenvolvimento integrado, a partir do planejamento econômico-social. No campo educativo passa a influenciar a política educacional do Brasil, especialmente a educação profissional em saúde (PEREIRA; LIMA, 2008).

A noção ou conceito “Capital Humano” surge no Centro de Estudos Avançados das Ciências do Comportamento nos anos 1956, para caracterizar o investimento básico que as pessoas fazem em si mesma, por meio da educação. A elaboração sistemática desse conceito é de Theodoro Schultz, o qual lhe rendeu o prêmio Nobel de Economia em 1979 (FRIGOTTO, 2008, p. 68).

Frigotto (2008, p. 71) adverte que essa noção é ideológica e serve para mascarar e manter intactas as relações de poder, dominação e exploração de uma classe sobre outra, ou seja, a classe detentora do capital e os trabalhadores.

Nesse sentido aponta que:

[...] No contexto de recomposição do capitalismo em sua fase monopolista, o fetiche e a mistificação da necessidade de formação técnica de nível médio, para um suposto mercado de trabalho veiculada pela teoria do capital humano, cumpriu um papel político e ideológico e econômico específicos. No plano ideológico essa teoria veicula a idéia de que o subdesenvolvimento não diz respeito as relações de poder e dominação, sendo apenas uma questão de modernização de alguns fatores, onde recursos humanos qualificados “capital humano” constituem o elemento fundamental. Em contrapartida, passa a idéia de que o antagonismo capital-trabalho pode ser superado mediante um processo meritocrático- pelo trabalho - especialmente pelo trabalho potencializado como educação, treinamento e etc. No plano econômico, o conceito “capital humano” [...] coloca o trabalhador assalariado como um duplo proprietário: da força de trabalho- adquirida pelo capitalista, e de um capital adquirido por ele-quantidade de educação ou de “capital humano”. (Apud PEREIRA; LIMA 2008, p. 184).

Na década de 1960, o debate sobre os recursos humanos para a saúde se fortalece não somente no Brasil mais em toda a America Latina, partindo-se da ideia de que para o desenvolvimento econômico e social dependia-se das políticas de saúde e necessariamente de recursos humanos em saúde.

A Carta de Punta Del Este, em 1961, e no seu bojo o I Plano Decenal de Saúde para as Américas, se constitui marco institucional dessa visão (PEREIRA; LIMA, 2008). Influenciada por esse movimento, a III Conferencia Nacional de Saúde, realizada em 1963, teve como uma das suas principais propostas uma profunda reforma na estrutura sanitária do país, no qual o norte seria a municipalização da política de saúde. Ou seja, a descentralização e a execução das ações básicas de saúde, até então centralizadas no Ministério da Saúde para os municípios. Esta Conferencia também foi muito importante pelas discussões e propostas relativas aos recursos humanos para a área da saúde, visto a necessidade de pessoal para atuar nesses municípios (LIMA, J. et al, 2006).

A III Conferência Nacional de Saúde “[...] pode ser considerada o marco institucional do tratamento político-institucional do tratamento dos problemas então detectados no campo dos Recursos Humanos em saúde no país.” (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011, p. 79).

Pereira e Ramos (2006, p. 32) corroboram com o debate esclarecendo que na III CNS apontou-se a falta de trabalhadores ou a má distribuição de trabalhadores da área da saúde, assim como a necessidade de construir programas de capacitação voltados para estes.

No relatório final dessa Conferência (BRASIL, Ministério da Saúde, 1963) afirma-se que para o processo de municipalização seria necessário:

Equacionar em termos práticos, o atendimento às necessidades fundamentais desses municípios, promovendo a utilização em larga escala, de pessoal técnico de menor qualificação, convenientemente preparado, e sob supervisão médica, para o desempenho dos serviços mínimos nas pequenas comunidades interioranas. (apud VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011, p. 80).

Recomendando que:

1) Em qualquer hipótese, os futuros servidores dos serviços sanitários municipais devem ser recrutados localmente; 2) o nível educacional dos servidores não deve ser longo, não necessita ser elevado; 3) o período de treinamento não deve ser longo, e deve ser realizado na cidade do interior; 4) o ensino deve ser essencialmente prático. (Apud VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011, p. 81).

Dando continuidade a esse debate, a IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, cuja meta é a produção de uma política permanente de recursos humanos para área da saúde teve como tema central “Recursos Humanos para as atividades de saúde”. Nesta Conferência discute-se sobre o perfil do profissional e a necessidade de capacitação para os trabalhadores de nível médio e elementar. Recomendando-se que estes deveriam ser recrutados localmente e preparados minimamente pelos órgãos interessados, com isso fortalecendo-se a idéia de que os processos de qualificação deveriam ser descentralizados e de acordo com problemas locais (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 33).

Segundo Pereira e Ramos (2006) a formação profissional de nível médio e elementar, naquele momento, tem como estratégia a substituição do profissional de nível superior em regiões onde faltam médicos e outros profissionais.

Na visão dessas autoras:

Preparar os trabalhadores de nível médio e elementar da saúde para suprir a falta de profissionais de nível superior, no nosso entendimento, é um projeto que não contribui, efetivamente, para melhoria nas condições de assistência a população. É diferente de um projeto que valorize e qualifique os trabalhadores de nível médio e

fundamental da saúde para atuarem nas equipes de saúde, mediante a premissa de que as tarefas que por eles serão executadas exigem um saber diferenciado do saber médico, quer na prevenção, quer na assistência realizada pelos serviços de saúde. (PEREIRA; RAMOS, 2006, p.34).

A IV Conferência Nacional de Saúde recomendou amplamente a proposta de treinamentos em serviço especialmente para os trabalhadores de nível elementar (antigo primário equivalente hoje às series iniciais do ensino fundamental) com o intuito de prepará-los para exercer determinadas tarefas

Sendo assim, o treinamento em serviço tanto para a assistência médica como para a saúde pública, foi uma estratégia utilizada para expansão do modelo médico-assistencial privatista e para os programas de extensão de cobertura inspirados no modelo de medicina comunitária. Ambos estruturaram-se com base em um contingente expressivo de mão-de-obra sem formação profissional, principalmente na área de enfermagem. Arlindo Fábio Gómez de Sousa, que ingressa na FENSP pouco antes da realização da 4ª Conferência corrobora essa ideia quando aponta para o lugar destinado aos trabalhadores técnicos na divisão técnica do trabalho em saúde: a estes as tarefas de execução, enquanto aos profissionais de nível superior a concepção do trabalho (LIMA, J. et al, 2006, p. 28).

Na década de 1960 intensificam-se os debates sobre RH para a área da saúde. Buscando-se identificar a força de trabalho da área da saúde, a falta, ou a distribuição inadequada, assim como a necessidade de medidas voltadas para a capacitação destes trabalhadores (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011, p. 79). Difunde-se a idéia da necessidade de formação de técnicos de saúde de nível médio em função de um suposto mercado de trabalho para estes profissionais, devido ao crescimento econômico brasileiro (1968-1974) e à introdução de novas tecnologias no processo de trabalho em saúde (PEREIRA; LIMA, 2008).

Pereira e Lima (2008) referem-se que de fato houve um aumento significativo de postos de trabalho no setor saúde, principalmente de atendentes de enfermagem e de médicos. “Isso está diretamente associado ao modelo de saúde adotado pós-64, de ampliação em larga escala da produção de serviços médicos hospitalares.” (PEREIRA; LIMA 2008, p.184).

Essa ampliação em larga escala da produção de serviços médicos-hospitalares também se encontram na base do fenômeno conhecido como “proletarização da enfermagem” decorrente da contratação de um grande contingente de trabalhadoras (es) sem formação profissional na área, as atendentes de enfermagem. (LIMA, J. et al, 2006, p. 22).

Ressalta-se que com o golpe militar em 1964, o Ministério da Saúde perde o poder de comando da Política Nacional de Saúde. Os diversos IAP's juntam-se constituindo o Instituto Nacional de Previdência Social-INPS em 1966 e depois o Instituto Nacional de Assistência

Médica e Previdência social-INAMPS, concentrando grande volume de recursos e com isso reduzindo os recursos para a saúde pública. As ações de saúde pública ficam com o Ministério da Saúde e as ações de atenção médica com o Ministério da Previdência e Assistência Social, criado em 1974. Assim, os primeiros não lucrativos ficam com o Ministério da Saúde, os segundos lucrativos para o setor privado (LIMA, J. et al, 2006, p. 21).

A integração entre o Estado, as empresas de serviços médicos e as indústrias em saúde é um fenômeno conhecido como “capitalização da medicina”. Contribuíram para a sua expansão a criação do INPS em 1966, o mecanismo de remuneração dos serviços privados, contratados e conveniados, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a implantação do Plano de Pronto Ação (PPA), a criação do Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social (FAS). Com isso o Estado, através dos recursos previdenciários, fortalece ainda mais o modelo médico-assistencial privatista. Diante disso, de 1969 a 1984, a rede privada cresce em 465% (LIMA, J. et. al. 2006, p. 22).

Tal fenômeno acentua o processo de exclusão das populações aos serviços e ações de saúde, visto que somente tinham direito à assistência médica, no INAMPS os trabalhadores que tinham a carteira de trabalho assinada. Desta forma, continua restando à população que não podia pagar pelos serviços de saúde os serviços filantrópicos das Santas Casas de Misericórdia.

Assim, a assistência a saúde da população apresentava-se ineficiente e não respondia as necessidades de saúde da população. A população pobre que não tinha vínculo trabalhista formal dependia dos parques serviços gratuitos oferecidos pelo MS e Secretarias de saúde dos estados e municípios e dos serviços filantrópicos que por prestar esses serviços não pagavam impostos. Somente uma pequena minoria que dispunha de recursos financeiros podia pagar por essa assistência nos grandes centros. Ampla predominância do modelo assistência médico-privatista.

A VII Conferencia Nacional de Saúde, realizada em março de 1980, sob forte influência do MRS teve como tema: “Extensão das ações de saúde através de serviços básicos”, seu principal objetivo foi o de “promover o debate amplo de temas relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde PREV-SAUDE sob a égide do MS e MPAS ao mesmo tempo subsídios para seu aperfeiçoamento.” (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011, p. 36).

O PREV-SAUDE tinha como objetivo a extensão dos serviços de saúde a toda a população. Orientava-se pelos princípios de hierarquização, integração da rede de serviços e também pela participação comunitária. Teria prioridade as populações rurais, pequenos

centros e periferia das grandes cidades. Para isso, seria necessária uma rede básica de unidades de saúde. O referido programa não chegou a ser implantado.

Chinelli; Lacerda; Vieira (2011) esclarecem que nessa Conferência foram muito debatidas questões referentes à qualificação de trabalhadores, tendo como perspectiva a integração das atividades curativas e preventivas, individuais e coletivas. Estas ideias tinham apoio do Movimento da Reforma Sanitária, cujas teses progressistas defendiam a saúde como direito e dever do Estado. Entretanto forças conservadores presentes nessa conferência também advogavam que: O pertencimento dos trabalhadores as comunidade é mais importante que a qualificação profissional desses trabalhadores.

Tais afirmações comprovam que, no âmbito das políticas de formação profissional em saúde ainda se mantinha a concepção de que, para as populações mais pobres, bastariam ações de cuidados básicos, prestados por pessoal auxiliar com formação simplificada. (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011, p. 36).

A Lei do Sistema Nacional de Saúde Nº 6.229/1975, aprovada em 1975, seguindo as diretrizes do II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979) vem fortalecer o modelo médico assistencial privatista, fortalecendo o processo de exclusão dos que não podiam pagar pelos serviços de saúde. Esta Lei institucionaliza o modelo e consolida a divisão de poderes.

A grande insatisfação com a política de saúde fortalece o Movimento da Reforma Sanitária. Propunha-se a garantia da saúde como um direito universal, um sistema com comando único descentralizado, integrando ações curativas e preventivas e com a participação da população.

Escorel (1998); Cordeiro (2004); Faleiros et al. (2006) citam que:

Foi contra a crise da saúde, a permanência da ditadura e as características perversas desse 'sistema' que segmentos sociais se mobilizaram por mudanças, configurando o 'movimento da RSB ou movimento sanitário. Este assentava-se num triplé formado pelo movimento popular de saúde, pelo movimento estudantil, por intermédio da Semana de Saúde Comunitária (Sesac) e do Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (Ecem) e pela articulação de professores e pesquisadores de medicina social e de saúde pública, além de profissionais da saúde em torno do Cebes, da Abrasco, Movimento de Renovação Médica (Reme) entre outros. (apud PAIM, 2008, p. 95).

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEDES) tiveram muita importância nesse processo ao defenderem um projeto no qual a saúde é vista como direito de todos e pressupõe um Estado amplo, democrático, participativo e formulador de políticas equânimes, universais e não

discriminatórias, que se contrapõe a outro projeto defendido pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABANGE); Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação das Santas Casas de Misericórdia, em que articula a saúde ao mercado, ou seja, em defesa do setor privado.

Segundo Fleury (2008, p. 71) o projeto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira é “[...] a construção contra-hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público.”

As diretrizes que orientaram o processo da Reforma Sanitária tiveram um princípio ético-normativo que insere a saúde como direito humano, um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde-doença, um princípio político que assume a saúde como direito universal e um princípio sanitário que entende a proteção a saúde de forma integral, isto é, da promoção à ação curativa e reabilitação (FLEURY, 2008).

A forte pressão desse movimento contribuiu para a realização de diversas experiências de descentralização das ações de saúde, entre as quais o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS e as Ações Integradas de Saúde - AIS. A frente de trabalho de 611 mulheres que deu origem ao programa de Agentes Comunitários do Ceará também foi criada nesse período.

As propostas de medicina comunitária muito discutida nesse momento são originárias do movimento de reforma de saúde americano e divulgada pelos organismos internacionais - Banco Mundial e Organização Panamericana de Saúde / Organização Mundial de Saúde (OPS/OMS). Tais propostas foram assumidas no Brasil e pela maioria dos países da América Latina, como Política Nacional de Saúde após a III Reunião especial dos Ministros de Saúde das Américas em 1972, em Santiago do Chile (LIMA, J. et. al., 2006).

A essa época, os Programas de Extensão de cobertura (PEC) já eram divulgados e defendidos por organismos internacionais e incluídos em documentos, tais como o II Plano Decenal de Saúde para as Américas (1971-1980), resultante da III Reunião Especial de Ministros de Saúde da América Latina. Também a proposta dos PEC já aparecia nas conclusões e recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde, realizada sob o patrocínio do Ministério da Saúde, em Brasília, em 1975. (Cordoní, 1979; Rosas, 1981; Brasil, 1975, apud SILVA; DALMAÇO, 2002, p.22).

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS foi o mais importante dos programas de extensão de cobertura. Desenvolvido em colaboração com o Ministério da Educação e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tal programa tinha

como objetivo a utilização de pessoal de nível auxiliar recrutada nas comunidades locais (LIMA, J. et. al., 2006).

A parceria com a OPAS resultou na assinatura em 1973 em um acordo de cooperação técnica na área de desenvolvimento de pessoal no âmbito da saúde que deu origem ao Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde - PPREPS (VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

Criado em 1975, através de um acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde, o PPREPS visava à preparação de recursos humanos adequados a um processo de extensão de cobertura subordinado às necessidades e possibilidades de diferentes áreas do país. Propunha, para tanto, a preparação, em larga escala, de pessoal de saúde de nível médio e elementar. (DONNANGELO, 1976, apud SILVA; DAMASCO, 2002, p. 29).

O PPREPS é considerado o marco da política de Educação Profissional em Saúde no Brasil, porque por meio dele foi possível a estruturação da área de RH no âmbito das secretarias estaduais de saúde.

Este programa subsidiou o PIASS em toda a região Nordeste. Para a execução do PIASS e PPREPS as secretarias estaduais de saúde foram desafiadas a recrutar, selecionar, contratar, capacitar e supervisionar grande número de profissionais de diversos níveis para atuar nas comunidades (LIMA, J. et. al., 2006).

O PPREPS privilegiou o apoio e financiamento das ações de treinamento em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e fundamental, de acordo com os projetos estaduais executados pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Incluía tanto a formação de pessoal a ser contratado como a atualização de quadros existentes (LIMA, J. et. al, 2006).

As capacitações, de maneira geral, foram organizadas de forma descentralizada nas sedes das microrregiões ou capitais que tinham infra-estrutura de serviços e pessoal para as funções de instrutor supervisor e estimulando-se a implantação dos Centros de Desenvolvimento de Recursos Humanos – CENDRHU. O que configurou um processo de institucionalização das práticas educativas no interior das secretarias estaduais de saúde (LIMA, J. et al, 2006).

Foi no âmbito do PPREPS que se iniciou o debate sobre a importância da formação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde, visando superar a prática de treinamento para execução de tarefas específicas e a construção de uma política de recursos humanos em saúde. (RAMOS, 2010, p. 38). “[...] é a partir dele que começa a se construir uma política de formação profissional em saúde até então fora da agenda governamental concomitante com a

construção de uma política de recursos humanos em Saúde.” (LIMA, J. et al, 2006, p. 36).

Neste programa enfatizou-se principalmente a qualificação daquelas categorias necessárias ao processo de ampliação do PIASS.

O programa de Interiorização de ações de saúde e Saneamento (PIASS) foi, entre os programas de Extensão de cobertura, aquele que, institucionalizado como política governamental conseguiu maior expressão. Além de absorver outros programas importantes, como o programa de Integração de Serviços de Saúde do Norte de Minas, recobriu em um primeiro momento, o Nordeste, e acabou tornando-se objeto de uma proposta de expansão a outras áreas rurais do território nacional. O programa foi instituído, para região Nordeste do país, pelo Decreto Presidencial de 24 de agosto de 1976, para o período de 1976/1979. A finalidade era implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes, bem como contribuir para a melhoria do nível de saúde da população local. (Rosas, 1981) (apud SILVA; DALMASO, 2002, p. 28).

A Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde realizada em Alma-Ata, atual Cazaquistão (ex. URSS) em 1978, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), considerada marco referencial das propostas de atenção primária em saúde, fortalece as preocupações em torno da formação técnica de nível médio para a área da saúde de uma vez que a principal recomendação dessa conferência é a expansão desse nível de atenção o que requer a contratação e capacitação desses trabalhadores (MATTA; MOROSINI, 2008).

No relatório final de Alma-Ata, os participantes afirmavam que os cuidados primários de saúde seriam os meios principais para que todas as populações do mundo pudessem alcançar um padrão aceitável de saúde em um futuro bem próximo. O programa de saúde de uma população precisaria, então, estar integrado ao desenvolvimento social e ter como base o espírito de justiça. (SILVA; DALMASO, 2002, p. 20)

As propostas da Conferência de Alma-Ata tornam-se mote central das reformas na área da saúde nos países latinos. Tais propostas apoiadas na atuação de pessoal auxiliar e no uso de tecnologias simplificadas fazem com que a formação desses trabalhadores torna-se estratégica para ampliar o nível de cobertura populacional (LIMA, J. et. al., 2006).

Na década de 1980, foi criado o projeto Larga Escala, originado de acordo firmado entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Previdência e Assistência Social e Organização Pan-Americana de Saúde e teve como objetivo a qualificação e a habilitação por meio de supletivos, dos trabalhadores que já estavam nos serviços de saúde, ou em processo de admissão. Este projeto se voltou inicialmente para o trabalho da enfermagem, visto que apresentavam o maior nº de trabalhadores com pouca escolaridade.

O Larga Escala é entendido pelo Ministério da Saúde como proposta que alia pontos positivos da formação profissionalizante realizada tanto pelos serviços de saúde, quanto pelas instituições educacionais. Segundo o Ministério da Saúde, trata-se de combinar num único mecanismo três elementos essenciais: a) o ensino supletivo, que confere flexibilidade em termos de carga horária, tempo de formação, corpo docente etc., e está dirigido a indivíduos (já admitido ou em processo de seleção) que realmente optaram pelo engajamento nesse setor de mercado de trabalho; b) o treinamento em serviço que proporciona melhor ajustamento entre o tipo de qualificação e as necessidades operacionais das instituições de saúde; c) o caráter de habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional, o que enseja o estabelecimento de padrões mínimos para o processo de capacitação, facilita a promoção profissional e o acesso a outros níveis de formação. (BRASIL, 1982) (apud PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 37).

A proposta pedagógica do Projeto Larga Escala é por via do ensino supletivo, validar as diversas etapas de estudo dos trabalhadores, que se encontravam sem a qualificação necessária para o desenvolvimento do seu trabalho. Tal profissionalização se daria na localidade na qual trabalham nos serviços de saúde onde estão vinculados, assim como seriam os instrutores e supervisores os profissionais desses serviços. “Para a sua execução, foi necessária a implantação de um centro formador em cada unidade da federação, reconhecido pelo sistema de ensino [...]” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 76).

A criação dos Centros Formadores representou um marco importante para as políticas de formação dos trabalhadores de nível médio para a saúde pública “[...] 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.” (RAMOS, 2010, p. 39).

Dentre os pontos mais importantes defendidos pelos idealizadores desse projeto, destacam-se a crítica à prática de treinamentos no âmbito da saúde, a defesa de um processo de educação que conferisse aos trabalhadores uma certificação, que esse processo educativo se realizasse no âmbito dos serviços de saúde de modo a não afastar o trabalhador das suas funções como, também, a adoção de um currículo que fosse integrado aos serviços de saúde, ou seja, inserido na prática do aluno-trabalhador.

A abordagem nessa perspectiva privilegiaria conhecimentos, experiências e expectativas do aluno como ponto de partida do processo de ensino-aprendizagem. A seleção dos conteúdos programáticos guardaria uma relação direta com os problemas vivenciados pelo aluno, sendo a prática em situação real também considerada como experiência de ensino e o ambiente de trabalho como local preferencial da formação profissional. Essa forma metodológica de conduzir o currículo dispensaria estágios convencionais. A prática supervisionada e o estágio seriam realizados durante todo o desenvolvimento das atividades curriculares, não se limitando ao tradicional estágio supervisionado oferecido ao final do curso. (RAMOS, 2010, p. 46).

Para Isabel dos Santos, enfermeira principal idealizadora do Projeto Larga Escala, este tipo de escola, então denominada de escola-função deveria ser somente profissionalizante e ligada ao MS. Ao MEC caberia as escolas de educação geral (RAMOS, 2010, p. 44).

Onde o indivíduo é preparado para a cidadania, aprende a pensar, a escrever, a se comunicar, aprende a cultivar o belo, a arte, [...] a história da humanidade, onde o homem viveu, porque viveu [...] agora cá não! (SANTOS, apud LIMA et. al., 2006, p. 58).

Os Centros Formadores tinham duas funções: uma administrativa, ligada às atividades de registro de matrículas e certificados e outra pedagógica, visando à preparação dos instrutores supervisores dos serviços, a elaboração e seleção de material educativo bem como avaliação os alunos (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 38).

Ressalta-se que duas propostas estão em disputa naquele momento, a da Escola-Função, ou seja, destinada a formar trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, de acordo com suas necessidades, por meio de cursos descentralizados em local indicado pelos gestores e os demais processos administrativos na sede; e outra de instituir no âmbito da Fundação Oswaldo Cruz uma escola baseada na concepção teórica de politecnia.

Paralelamente à proposta de implantação de escolas técnicas no modelo “escola-função”, tomava corpo a ideia de instituir uma escola na Fundação Oswaldo Cruz, de tipo politécnico, inspirada na experiência cubana dos politécnicos de saúde. Sabe-se que tal iniciativa não se baseou em uma concepção teórica de politecnia, a qual foi sendo apropriada já com o funcionamento da escola então denominada Politécnico de Saúde Joaquim Venâncio, especialmente a partir do seminário “choque teórico”. Entretanto, se a experiência cubana se inspirou no modelo educacional implementado por Lenin na União Soviética, com base nas ideias de Marx, e os sanitaristas brasileiros, por sua vez, se inspiraram naquela, pode-se dizer que a proposta de educação politécnica, nesses termos, se concretizou primeiro institucionalmente para só depois se fortalecer ideologicamente. (RAMOS, 2010, p. 43).

Lima (2010, p. 213) a esse respeito refere-se que, paralelamente, vai se desenvolvendo outra proposta de formação dos trabalhadores técnicos de saúde, com base nas discussões em torno da reestruturação da formação profissional em saúde em Cuba e Niquaragua (CEBES, 1984; MARQUES, 2006) e da produção intelectual sobre a proposta de educação politécnica de ensino.

Tais propostas se apresentam a partir do desafio de superar uma visão abstrata e biologicista do processo saúde-doença e de articular a formação dos trabalhadores técnicos com o processo de trabalho em saúde e da discordância com a tradição na área da saúde da

prática de treinamentos. Entretanto, a identidade entre estas correntes termina aí. Pois se baseiam em concepções pedagógicas diferenciadas (LIMA, 2010, p. 214).

Ressalta-se que na década de 1980, intensifica-se o Movimento da Reforma Sanitária brasileira, cuja luta foi determinante para a inclusão no texto constitucional da responsabilidade do SUS com a formação de seus trabalhadores.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com o tema Democracia e Saúde, foi de muita importância para a consolidação desse processo e se constituiu um importante marco para a política de saúde no Brasil por ter consolidado as propostas da Reforma Sanitária. Esta Conferência contou com a participação de mais de 5 mil pessoas e o seu relatório final serviu de subsídios as discussões sobre a saúde na Assembleia Constituinte e de base para a elaboração do capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988.

Como resultado desse processo, nessa Constituição estabeleceu-se as bases legais para criação do SUS, reconhecendo a saúde como direito de todos e dever do Estado (artigo 196) e que “[...] as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral, participação da comunidade.” (artigo 198; BRASIL, 1988, p. 1).

O SUS é o somatório de ações e serviços de saúde desenvolvida pelas três esferas de governo que passam a integrar uma rede hierarquizada e organizada de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade e nas diretrizes de participação social, descentralização do poder político e regionalização.

A VIII Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde representam importante marco no tratamento das questões referentes às relações de trabalho e à formação profissional dos trabalhadores da saúde. Nesse período se inicia no campo da saúde a institucionalização de processos educacionais por meio das SES com a criação e implantação dos Centros de Desenvolvimento de RH (CENDRH) que permitiram a implantação do Programa de Formação em Larga Escala nos diversos estados brasileiros e a instalação de Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde (ETSUS) e de Centros de Formação de RHC - CEFORS (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011).

A I Conferência de Recursos Humanos organizada pelo MS, MPAS, MEC e OPAS, em 1986, sob a efervescência da VIII Conferência Nacional de Saúde tem como tema “A política de recursos humanos rumo à Reforma Sanitária”. Nessa conferência, aponta-se a necessidade de uma articulação mais forte entre os serviços de saúde e as instituições formadoras, assim como a necessidade de se criar uma política de RH. Responsabiliza-se o

SUS pela formação de seus trabalhadores, dá-se centralidade na política de saúde para as questões referentes à educação para a saúde.

O artigo constitucional de que “cabe ao SUS ordenar a formação de seus recursos humanos” (seção saúde-art. 233/200, inciso II/III) foi uma importante conquista para o movimento sanitário e permitiria ao grupo defensor do SUS avançar nas discussões sobre educação profissional em saúde no Brasil. (LIMA, J. et. al., 2006, p. 54).

No processo de construção do sistema de saúde destaca-se a importância da formação do novo profissional para atender as mudanças na política de saúde com o SUS.

Apresenta-se uma proposta que se constituiriam em um núcleo central das discussões sobre políticas públicas de educação profissional em saúde, pautando o debate acerca da questão até os dias atuais criar “Escolas Técnicas Públicas de caráter multiprofissional e específica para o setor saúde [...]”. (LIMA, J. et. al., 2006, p. 58)

Por ocasião da IX Conferencia Nacional de Saúde, o Banco Mundial publicou o relatório “A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 1990”, “[...] propondo na contramão de todo o processo de democratização da saúde, a contenção de custos, a redução da participação direta do Estado na prestação de serviços.” (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011, p. 47).

Durante a II Conferência Nacional de Recursos Humanos, em 1993, os debates então travados reconheciam o impacto das políticas neoliberais e da reforma do estado sobre os graves problemas de longa data enfrentados pelos trabalhadores da saúde. (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011, p. 48).

Segundo Morosini (2010, p. 47) o relatório final da II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde apontava as áreas que precisava de investimentos, quais sejam: regulação do mercado de trabalho, qualificação dos trabalhadores e condições de trabalho.

Em 1999 o MS criou o Programa de Formação Profissional do Auxiliar de Enfermagem - PROFAE (BRASIL, Portaria MS nº 1.262, 1999). Fruto do contrato de empréstimo ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) ao governo brasileiro, que financiou parte dos recursos (contrato nº 1.215/OC-BR), o financiamento desse projeto é realizado com 50% de recursos oriundos do BID e 50% do tesouro nacional e foi na ordem de US\$ 370.000.000,00. (BRASIL, 2006, p. 72).

O contexto que originou o Profae pode ser caracterizado pela existência de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, realizando ações próprias da enfermagem, sem habilitação técnica profissional necessária para o exercício destas ações, além de uma quantidade numericamente expressiva de trabalhadores em exercício nas ações de enfermagem, sem escolaridade básica e de baixa renda, impedindo ou dificultando o acesso aos cursos de formação profissional ofertado pelo mercado educativo. (BRASIL, 2006, p. 72).

O PROFAE tinha como objetivo profissionalizar os trabalhadores da área de enfermagem de nível básico e técnico que não tinham a respectiva qualificação e escolarização. Foi desenvolvido ao final dos anos 1999 por intermédio do Ministério da Saúde em articulação com o Ministério da Educação e apoio financeiro do Banco Interamericano de desenvolvimento (BID), Ministério do Trabalho e do Emprego através do Fundo de Amparo ao trabalhador (FAT) e com a cooperação técnica da UNESCO (CONTERNO; REIS; SANTOS, 2007).

Este projeto atingiu aproximadamente 225 mil trabalhadores sem qualificação na área de enfermagem e foi executado em todo o território brasileiro por instituições públicas e privadas.

Em muitos estados esse programa foi executado por escolas privadas e filantrópicas, já que o financiamento foi resultado de seleção por edital aberto a instituições de qualquer natureza jurídica, sob alegação de alguns estados não possuírem escolas técnicas do SUS e ou capacidade instalada para a sua execução. Desse modo, embora tenha possibilitado a construção e reforma de muitas dessas escolas, pode-se apreender que o sistema privado também foi fortalecido por esse programa. “[...] considerando as entidades operadoras e executoras do PROFAE, não é por acaso que 68% delas pertencem ao setor privado.” (UNICAMP, 2004, apud CONTERNO; SANTOS; REIS, 2007, p. 159).

Para execução do projeto em todo o Brasil, foram envolvidas aproximadamente 300 escolas de educação profissional, sendo 10% de escolas pertencentes à RETSUS, 22 % distribuídas entre as públicas estaduais e federais, 10% do Sistema S e 58% de escolas privadas (CONTERNO; REIS, SANTOS, 2007).

Na política de formação profissional de nível médio para a área da saúde, o PROFAE é considerado uma das mais importantes experiências e um marco na história das Escolas Técnicas do SUS. Por meio desse programa foi possível criar, reformar e ampliar muitas dessas escolas no Brasil (PEREIRA; RAMOS, 2006).

As Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) foram criadas a partir da década de 80, para profissionalizar os trabalhadores empregados nas instituições de saúde, que não possuíam qualificação específica para as funções que exerciam. As ETSUS eram,

em 1999, constituídas em 26 instituições, distribuídas em 15 estados e no Distrito Federal, a saber: 6 escolas na Região Nordeste, com exceção de Sergipe, Piauí e Maranhão; no Sudeste 13 escolas (há estados que possuem mais de uma escola, como São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro); 3 escolas na Região Sul, com exceção do Rio Grande do Sul; e 4 escolas na Região Centro-Oeste. (GALVÃO et al, 2006, p. 61).

Verifica-se em diagnóstico realizado em 2000 nas 26 ETSUS pelo Centro de Produção da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - CEPUERJ, cujo objetivo foi de subsidiar o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem –PROFAE, mais especificamente o Componente II - Fortalecimento das Instâncias Reguladoras e Formadoras de Recursos Humanos do SUS, no sub-componente IV Fortalecimento e Modernização das Escolas Técnicas do SUS, que a missão dessas escolas é promover a Educação Profissional por meio da oferta de cursos de habilitação e qualificação profissional para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Esta é sua clientela majoritária e a sua própria razão de ser. (GALVÃO et. al., 2006, p, 62).

A formação acontece prioritariamente nos serviços de saúde, seguindo-se itinerários formativos, “[...] a concepção e a organização dos processos formativos em itinerários formativos seguem a legislação nacional de educação, bem como as especificidades da regulamentação do exercício profissional específico de cada profissão e as características do processo de trabalho em saúde.” (GALVÃO et al, 2006, p. 63).

Segundo a lei nº 9.396/96-Diretrizes e Bases da Educação profissional –LDB, a Educação Profissional, além de ser realizada nas escolas convencionais, poderá ainda acontecer em instituições especializadas e no próprio ambiente de trabalho. Assim coube ao setor Saúde, além da ordenação, explorar toda a potencialidade dos serviços em termos pedagógicos, para aprimorar permanentemente a sua força de trabalho e promover a formação de profissionais para área, utilizando esse espaço privilegiado como locus de aprendizagem. (GALVÃO et. al., 2006, p. 63).

As Escolas Técnicas do SUS - ETSUS são entidades governamentais, credenciadas pelos Conselhos Estaduais de Educação, a maioria ligada às Secretarias Estaduais de Saúde, cuja função principal é promover a profissionalização dos trabalhadores empregados na área de saúde pública. Algumas formando também profissionais que almejem trabalhar nessa área. Fazem parte da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde – SUS. A RETSUS criada pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS por meio da Portaria de nº 1298/2000 e reatualizada pela Portaria nº2970 de 25 de novembro de 2009, cujo objetivo é facilitar a articulação entre as Escolas Técnicas do SUS do Brasil, cujo propósito é

o de melhorar a qualidade dos serviços de saúde por meio da formação dos profissionais técnicos de nível médio (PEREIRA; RAMOS, 2006).

As Escolas Técnicas do SUS e Centros Formadores do SUS – ETSUS são instituições públicas criadas para atender às demandas locais de formação técnica dos trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde, acompanhando o processo de municipalização do SUS no Brasil (Disponível no site RET-SUS, < <<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/index.php>>. Acessado em 26 jul. 2010).

O foco de atenção das ETSUS é a formação inicial e continuada e a formação técnica, Seguindo as orientações para Educação Profissional técnica de Nível Médio, em consonância com a Lei nº 9.394/96 (LDB) e com as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional e com o Decreto nº 5.154 de 23 de julho de 2004.

A RET-SUS é composta por 36 escolas e centros formadores em todo o Brasil. Destas instituições: 01 (uma) está vinculada administrativamente ao nível federal, 33 (trinta e três) ao nível estadual, e 02 (duas) ao nível municipal. Na região Nordeste se localiza 09 (nove) escolas, na região norte 07 (sete), no centro-oeste 04 (quatro), sudoeste 12 (doze) e na região sul do Brasil 04 (quatro).

Segundo Ramos (2010), o processo de ensino-aprendizagem nas ETSUS tem como referenciais epistemológicos metodológicos e eticopolíticos “[...] o pragmatismo, como a epistemologia que embasa o escolanovismo e a pedagogia das competências.” (p. 251). A autora ressalta, também, que o “fundamento éticopolítico que orienta a formação crítica dos trabalhadores técnicos em saúde, por sua vez, se afina com as teorias da micropolítica.” (ibidem).

Algumas ETSUS nomeiam como seu referencial pedagógico a chamada “pedagogia da problematização” e a organização curricular com base no modelo de competências, além da formação com base na integração ensino-serviço. Todavia, em pesquisa realizada nas ETSUS, Ramos (2010, p. 264) esclarece:

[...] no panorama das correntes pedagógicas que fizemos, não se encontra a problematização como uma pedagogia propriamente, mas sim como um dos passos didáticos presentes no escolanovismo, na pedagogia libertadora, na pedagogia histórico-crítica e na pedagogia das competências. O que diferencia o sentido desse passo didático em cada uma das correntes, entretanto é o objeto a ser problematizado. No escolanovismo e na pedagogia das competências, tal objeto vem a ser as situações cotidianas as quais ao estudantes precisam se adaptar, o que será feito desenvolvendo-se esquemas mentais de comparação, análise, interpretação e compreensão- as competências mediante o pensamento reflexivo. Na pedagogia libertadora, o objeto da problematização também é o cotidiano, porém este é considerado opressor e libertar-se dele exige o desenvolvimento da consciência crítica. Por fim, na pedagogia histórico-crítica, o objeto da problematização é a

prática social, o que significa identificar os principais desafios que precisam ser enfrentadas, buscando seus determinantes e suas contradições, para construir a emancipação humana.

Ramos (apud. PEDAGOGIA..., 2011, p. 25) esclarece, ainda, que quando se pensa em uma pedagogia, trata-se de “uma concepção unificada acerca da finalidade da educação, que orienta a seleção dos conteúdos a serem abordados e métodos de ensino”. E, apoiada nas ideias de Saviani, se refere que “correntes pedagógicas não podem ser qualificadas pela utilização de passos didáticos, mas sim por sua concepção de mundo mais ampla.”

A manutenção do aluno-trabalhador no processo de trabalho tem sido a orientação dos programas de formação para os trabalhadores da área da saúde. Sob essa concepção elaborou-se o que os formadores da saúde chamaram de currículo integrado, que articulava trabalho e ensino, prática e teoria, serviço e comunidade (PEREIRA; RAMOS, 2006).

A abordagem metodológica, nessa perspectiva privilegiaria conhecimentos, experiências e expectativas do aluno como ponto de partida do processo de ensino-aprendizagem. A seleção dos conteúdos programáticos guardaria uma relação direta com os problemas vivenciados pelos alunos, sendo a prática em situação real considerada como experiência de ensino e o ambiente de trabalho como local preferencial da formação profissional. (PEREIRA; RAMOS, 2006, p.77).

A integração com os serviços, portanto, é uma estratégia pedagógica das ETSUS, para isto utilizam as unidades de saúde como espaços de aprendizagem e os profissionais de nível superior dos serviços para atuarem como professores. Como se refere Sório (2000, p. 54):

Para que a escola possa atuar de forma descentralizada nos municípios que demandam a formação dos trabalhadores. A ETSUS apresenta outra característica ímpar na educação profissional em saúde: preparar o profissional de nível superior, dos serviços, para assumir também a função docente.

Em diagnóstico realizado em 2000, nas 26 ETSUS, coordenado pelo Centro de Produção da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEPUERJ), observou-se que em relação aos docentes: são profissionais ligados aos serviços, tendo a docência como atividade secundária e com limitação para recebimento de hora-aula (GALVÃO et. al., 2006, p 81).

Em diagnóstico das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (2000-2005) realizado pela Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fiocruz, financiado pela UNESCO/SGTES/MS, constata-se que somente 9 % dos docentes são do quadro das escolas, 91% são cedidos ou convidados. Em relação à qualificação do corpo docente constata-se que do próprio quadro da escola, ou seja, dos 9% dos professores, desse total 89 % possui pós-

graduação *lato sensu* 89% e 4% *stricto sensu*. Em relação aos demais professores, 47% possuem pós-graduação *lato sensu* e 1% possuem *stricto sensu*. (Disponível em: <www.retsus.fiocruz.br>, acesso em 17/06/2012).

Neste diagnóstico em relação aos cursos constatou-se que: houve uma ampliação significativa da descentralização; aumento dos cursos técnicos e ampliação dos cursos de formação continuada. Destaca-se o aparecimento tímido de cursos de especialização pós-técnica. No curso dos ACSs já construído dentro da estratégia de itinerário formativo, trabalha-se o currículo integrado e não realizam o ensino médio integrado ao técnico. Em relação à estrutura física, 12 (doze) escolas possuem prédios próprios, 14 (quatorze) não possuem prédios próprios e em 10 (dez) os prédios são cedidos. Quanto às bibliotecas, de um modo geral, estão em instalações precárias e todas necessitam de melhoras radicais nos acervos.

Quanto aos aspectos políticos e pedagógicos enumera-se: alto índice de descentralização; construção e revisão dos Projetos Políticos Pedagógicos - PPP; as escolas não trabalham com o ensino integrado; a uma busca para conciliar o currículo integrado com o currículo por competência; necessidade de quadro docente ser ampliado; a falta de um quadro permanente, que dificulta o avanço de concepções mais qualificadas; e um número significativo de diretores, embora não majoritário, com um discurso contra-hegemônico da relação trabalho-educação-saúde; os cursos de formação inicial dos ACSs são compreendidos como início para a necessária formação técnicas desses trabalhadores. (Disponível em: <www.retsus.fiocruz.br>, acesso em 17/06/2012).

Em relação à capacitação pedagógica desses docentes percebe-se que há uma preocupação por parte dos formuladores dessas políticas, a exemplo, a realização do Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional – Pós-Graduação *lato sensu*, que foi realizado em todo o Brasil para os profissionais que atuaram como facilitador no PROFAE.

Ressalta-se que a formação pedagógica é fundamental nesse processo, pois muitos estudos mostram que, para ensinar, não basta somente saber os conteúdos de uma determinada profissão. Este perfil cede lugar ao professor que sabe os conteúdos, mas também tem a capacidade e a habilidade de levar os alunos à construção de conhecimentos, por meio da dúvida, curiosidade e criticidade. Isso pressupõe assumir a carreira docente com direitos garantidos, responsabilidade e profissionalismo, pois,

Passou definitivamente à época em que bastava conhecer os rudimentos de uma matéria e algumas receitas para controlar alunos turbulentos, para obter imediatamente o título de professor [...] na verdade sabemos que hoje o trabalho

docente representa uma atividade profissional complexa e de alto nível, que exige conhecimentos e competências em vários campos [...] em resumo, o ensino se tornou um trabalho especializado e complexo, uma atividade rigorosa, que exige, daqueles e daquelas que a exercem, a existência de um verdadeiro profissionalismo. (LESSARD; TARDIF, 2008, p. 8).

O professor visto como elemento fundamental do processo de ensino-aprendizagem para de fato contribuir, precisa estar com seus direitos garantidos, além de muito bem preparado e consciente da relevância do seu papel. As instituições, da mesma forma, deverão estar atentas para a sua função social, que deve ser de contribuir efetivamente, para a formação de cidadãos críticos e autônomos.

Ressalta-se que, em 2003, no início do governo de Luis Inácio Lula da Silva, foi criado no Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES (Decreto nº 4.726 de 9 de junho de 2003 aprova a estrutura regimental e o quadro de demonstrativo de cargos e funções do Ministério da Saúde e define as competências dos órgãos). Este ato é considerado um salto muito positivo para enfrentamento das questões referentes aos Recursos humanos em Saúde, especificamente a gestão do trabalho e a educação em saúde.

Na opinião de vários autores (Vieira, 2005; Teixeira e Paim, 2005; Pierantoni et al., 2008; Morosini, 2010), a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde representou significativo avanço no sentido da estruturação de uma política de recursos humanos em saúde capaz de contribuir para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde. Até então, a formação e as relações de trabalho dos trabalhadores em saúde encontravam-se afeitas à Coordenação de Políticas de Recursos Humanos, órgão do terceiro escalão do Ministério da Saúde. (VIEIRA, CHINELLI, LOPES, 2011, p. 97)

À SGTES cabe formular políticas voltadas para a formação, o desenvolvimento, a distribuição e a gestão dos trabalhadores da saúde e à educação permanente dos trabalhadores da saúde por meio de dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde-DEGES, cuja missão é coordenar as políticas relativas à formação e ao desenvolvimento da educação permanente dos trabalhadores da saúde e ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), ao qual cabe tratar das relações de trabalho no âmbito do SUS. (Disponível em: <www.dab.saude.gov.br>, acesso em 29/07/2011).

Entre os objetivos propostos para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde estava a tentativa de superação do conceito de recursos humanos. Ainda que na saúde esse conceito não siga uma lógica puramente administrativa, ele seguia enfatizando a racionalidade gerencial, que reduz o trabalhador à condição de recurso, restringindo-o a uma

dimensão funcional. Nesse sentido, a denominação proposta para a nova secretaria reforçava a necessidade de distanciamento da noção de RHS (VIEIRA, CHINELLI, LOPES, 2011, p. 99). Tanto é que a III Conferência já se chamou de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e não de Recursos Humanos como nas duas primeiras.

Machado (2006, p. 24) refere-se que a realidade que se apresenta para a área de RH da saúde passou por dois momentos distintos: o primeiro da década de 1990, orientada pelos princípios neoliberais, considerada “uma década perdida para os recursos humanos em saúde” e o segundo momento de mudanças positivas, com a criação no Ministério da Saúde da Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde, para tratar especificamente destas questões.

Com a SGETS, institucionaliza-se a Política de Educação Permanente em Saúde–PNEPS. Esta política é voltada para a formação e desenvolvimento de trabalhadores do SUS. Segundo o Ministério da Saúde, trata-se de uma proposta capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde. Constitui um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão e as instituições formadoras. (Disponível em: <www.dab.saude.gov.br>, acesso em 29/07/2011).

Vieira et. al. (2006) esclarece que a ideia de Educação Permanente na saúde vem sendo discutida desde os anos 1980, embora tenha se difundido apenas nesse momento. É dirigida aos profissionais já habilitados, “[...] cujas práticas precisam passar por transformações.” (apud RAMOS, 2010, p. 62).

Essa ideia foi difundida na OPAS na década de 1980, pois era preciso promover a adesão dos profissionais as mudanças no processo de trabalho, de uma vez que o modelo de educação continuada já estava esgotado. Dois modelos institucionais marcaram esse processo: o modelo criado em 1996 por Edital Público - que criou os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para a Saúde da Família. E, em um segundo momento, já com o status de política e muito mais abrangente, através da Portaria nº 198- a PNEP, criando os Pólos de Educação Permanente em Saúde (Disponível no site RET-SUS, www.retsus.epsvj.fiocruz.br, acessado em 29 de julho de 2011).

Em 2007 edita-se uma nova Portaria a de nº 1996/2007, criando as Comissões Permanentes de Integração ensino-serviço (CIES) e os colegiados de Gestão (CGRs), que são as instâncias permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.

A III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde realizada em março de 2006 teve como tema central “Trabalhadores da saúde e a saúde de todos os

brasileiros: práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação”. Foi organizada em seis eixos temáticos: 1) Gestão do trabalho; 2) Educação na saúde; 3) Participação do trabalhador na gestão e negociação do trabalho e na gestão da educação na saúde; 4) Financiamento do trabalho e da educação na saúde pela união, pelos estados e municípios; 5) Controle social na gestão do trabalho e da educação na saúde; e 6) Produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho, de gestão, de formação e de participação, com foco no cuidado e na saúde do trabalhador do SUS. (BRASIL, 2006).

Nesta Conferencia se defendeu a formação do Agente Comunitário de Saúde a ser realizada pelas Escolas Técnicas do SUS, entendendo que esse trabalhador é imprescindível para a consolidação do SUS.

Atualmente, está em desenvolvimento o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde - PROFAPS (BRASIL, Portaria MS nº 3.189, 2009), que tem como objetivo qualificar e/ou habilitar trabalhadores que já estejam atuando no setor saúde ou que desejem atuar, em cursos de Educação Profissional. O programa é parte do PAC - Programa de Aceleração do Crescimento - componente da saúde, instituído pelo governo federal por meio do Ministério da Saúde. Representa o componente do eixo 4 Força de trabalho em saúde, medida 4.5, do Programa MAIS SAÚDE: Direito de Todos. (Disponível em: <www.saude.gov.br>, acesso em 29/07/2011).

Segundo Ramos (2010, p. 36), a história da educação profissional em saúde mostra que as políticas nessa área se desenvolveram tomando por base a integração da formação dos trabalhadores com a realidade dos serviços, princípio que passou a orientar os projetos curriculares da formação técnica em saúde. Reafirmado pelo PROFAE com a adoção da pedagogia das competências a partir de 1990 e pela Política de Educação Permanente em Saúde a partir dos anos 2000.

Desta forma, o PROFAE seguiu as diretrizes que estiveram na origem do Projeto Larga Escala, havendo uma continuidade com a Política de Educação Permanente em Saúde, ou seja, os referenciais fundamentais que orientam esses projetos são os mesmos:

[...] a centralidade do processo de trabalho e sua abordagem desvinculada das relações sociais de produção; ênfase nos sujeitos individuais e nas relações intersubjetivas, em detrimento das questões de classe; valorização mais das características subjetivas (competências) do que dos conhecimentos formais dos trabalhadores; destaque ao potencial das metodologias mais do que na pertinência dos conteúdos; e subordinação da teoria a prática em vez da unidade teoria e prática. O referencial epistemológico e éticopolítico dessas políticas é, portanto o mesmo, aproximando-se do (neo) pragmatismo e da teoria dos micropoderes. (RAMOS, 2010, p. 70).

Assim, são muitas as contradições, mas também são muitas as possibilidades e desafios. Por isso, não se pode perder de vista que a educação profissional dos trabalhadores para a saúde pública é um direito do trabalhador que precisa ser garantido. Tal direito está respaldado no artigo 6 da Lei 8080/1990, na Constituição Federal de 1988, artigo 200, inciso III, e referendado nas Conferências Nacionais de Saúde e na Política de Educação Permanente em Saúde Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007. No âmbito dessas leis atribui-se ao SUS a responsabilidade pelo ordenamento da formação de seus trabalhadores.

Entre as políticas de educação profissional em saúde para os trabalhadores de nível médio e técnico, encontra-se a política de formação profissional do ACS.

2.3 As políticas de formação profissional do ACS

Os Agentes Comunitários de Saúde surgiram no âmbito do SUS com uma ocupação em 1990 e somente em 2002, depois de muitos embates e lutas em busca de reconhecimento profissional, os ACSs foram finalmente considerados “trabalhadores”, mais especificamente trabalhadores da área da saúde (Lei nº 10507 de 10 de julho de 2002). Inicialmente para ser ACS bastava morar há pelo menos dois anos na comunidade em que fossem desenvolver suas atividades, ter idade mínima de 18 anos, ter bom relacionamento com os moradores, saber ler e escrever e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

Nos anos iniciais do Programa de Agente Comunitário de Saúde - PACS, as capacitações para esses trabalhadores consistiam em treinamentos realizados pelos enfermeiros das equipes denominados instrutores-supervisores. Esse treinamento chamado “treinamento introdutório” era realizado habitualmente, pelo enfermeiro da equipe; e, durante o trabalho, passavam por outros treinamentos específicos nos diversos municípios que adotaram o PACS, PSF.

Segundo Silva e Dalmaso (2002, p. 52) a capacitação consistia:

Em termos de treinamento dos agentes, era previsto que eles teriam uma capacitação que lhes permitisse uma visão abrangente da situação de saúde e habilitação específica para atenção a saúde da comunidade. O processo de aprendizagem não implicava apenas o domínio das técnicas das ações básicas de saúde; fazia-se necessário que o agente compreendesse a comunidade, entendesse seus problemas e a estimulasse a modificar sua relação com a saúde. Assim o conteúdo da capacitação correspondesse às ações e atividades a desenvolver. O método pedagógico utilizaria a integração ensino/trabalho.

Ressalta-se que, com a criação do SUS, as questões referentes à formação de trabalhadores ganham muita importância no âmbito das discussões e articulações para a estruturação desse Sistema, premissa esta reafirmada ao se atribuir ao SUS a responsabilidade pela ordenação de formação dos Recursos Humanos. Essa preocupação deve-se, sobretudo, ao fato de que se necessitava de profissionais capacitados para a conformação do SUS universal, equânime, integral, voltado para prevenção, promoção, tratamento, reabilitação da saúde da população.

Machado (2005) em estudo realizado ao analisar o período de 1990 a 2002 relata:

Pode-se dizer que a atuação do Ministério da Saúde no que concerne a ordenação da formação de Recursos Humanos para o SUS, na maior parte do período estudado é bastante limitada. Na realidade o Ministério da Saúde tradicionalmente já atuava na promoção e financiamento de cursos de capacitação de profissionais inseridos na rede pública para atuação em programas ou áreas específicas (saúde da mulher e da criança, tuberculose, DST/AIDS). Esse tipo de capacitação continua a ser predominante entre 1990 e 2002, crescendo a importância dos gestores estaduais e municipais na sua promoção, oferta à medida que avança o processo de descentralização. (MACHADO, 2005, p.269).

Em relação às capacitações no âmbito do Programa Saúde da Família, uma das iniciativas mais consistentes foi à criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família em 1997. A Proposta destes pólos é formar profissionais de acordo com as necessidades do SUS.

Os Pólos-PSF envolvem a articulação de instituições voltadas para a formação e educação permanente em saúde vinculadas a universidades ou outras instituições de ensino, com secretarias estaduais e/ou municipais de saúde, visando implementar programas voltados para profissionais envolvidos com a prestação de serviços em Saúde da Família. A estruturação dos pólos se inicia em 1997 e no final de 2002 todas as Ufs já contavam com pólos, envolvendo mais de 90 instituições de ensino superior, cinco escolas estaduais de saúde pública, todas as SES e representantes de municípios em vários estados (Gil et al., 2002).[...] A maior parte das atividades dos Pólos-PSF entre 1998 e 2002 envolve a oferta de capacitações dos profissionais das equipes de SF, com grande destaque para a oferta de cursos introdutórios e de atualizações temáticas posteriores, que ainda assim apresentaram demanda reprimida no período. Em 2000, o Ministério da Saúde lança uma convocatória para as instituições de ensino superior, visando o apoio à estruturação de cursos de especialização e de residência em Saúde da Família, favorecendo o aumento desses cursos nos anos seguintes e conseqüentemente, um aumento do debate sobre a atenção básica e o PSF no interior de várias instituições de ensino. (MACHADO, 2005, p. 270).

Os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família capacitavam os profissionais de nível superior das equipes e estes por sua vez capacitavam os Agentes Comunitários de Saúde.

Em relação à formação dos ACSs, Morosini (2008) esclarece que:

Até 2005, a formação dos ACS, embora incluísse um breve curso de caráter introdutório, assim como a dos demais técnicos em saúde, também se desenvolvia em serviço através de vários projetos de educação continuada que envolviam pequenos cursos práticos e treinamentos. O conteúdo desses cursos variava conforme os problemas a serem enfrentados, não possibilitando uma base comum de conhecimentos que pudessem ser socializados entre todos os profissionais. (apud DURÃO et. al., 2009, p. 234).

Com a lei de criação da profissão de ACS (lei nº 10.507/2002) e da SGETS em 2003, se estabelece uma discussão acadêmica sobre a necessidade do ACS ter uma formação mais ampla. A pressão do movimento organizado dos ACSs e do MPT que exige a regularização dos vínculos de trabalho no SUS faz com que esse debate se tornasse mais evidente. Segundo Morosini (2010, p. 24) “[...] instaura-se um processo de formulação da política de formação e de gestão do trabalho dos ACSs, como nunca antes fora realizado.”

Com a nova categoria profissional, se faz necessário estabelecer um processo de formação no qual fosse possível a elevação da escolaridade desse trabalhador e de seu perfil de desempenho profissional, de acordo com suas especificidades. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS/SIAB/Competência-março de 2003), em relação à escolaridade, aproximadamente 60% dos ACSs possuíam ensino médio completo ou incompleto, 18% possuíam o ensino fundamental completo e 22% não concluíram o ensino fundamental, sendo que todos passaram por algum processo de capacitação (BRASIL, 2004, p. 17).

Na discussão acadêmica e política tanto sobre a formação técnica dos ACS quando sobre seu vínculo de trabalho e seu processo de profissionalização, destaca-se o papel que esses trabalhadores desempenham de elo entre o serviço de saúde e a comunidade. Essa mediação entre dois polos acaba por suscitar visões contraditórias que ora destacam o seu potencial comunitário, ora a importância de sua maior vinculação com as políticas de Estado. Nogueira (2002) acredita que essa dicotomia é cultivada pelo próprio Estado que, de um lado postula uma dimensão técnica universalista do trabalho dos ACS e, de outro, enfatiza o seu viés comunitarista. (DURÃO et. al., 2009, p. 233)

Pelo fato de residir e conhecer os problemas das comunidades, esse trabalhador já possuía os atributos necessários para desenvolver o seu trabalho de mediador, mobilizador social e educador.

Em grande medida, quando se ressalta o papel mediador do ACS, acredita-se que a sua qualificação tenderá a afastá-lo do principal atributo da sua atividade, qual seja, o de ser um trabalhador que por vivenciar e compreender a cultura local tem a possibilidade de traduzir melhor os anseios da população com a qual convive. Nesse sentido, não caberia definir o seu perfil ocupacional, pois o seu fazer é imanente à sua inserção social. Já a visão que enfatiza a necessidade de o ACS se tornar um trabalhador vinculado ao poder público agrega a esse vínculo a construção de um perfil técnico que corresponde a um cargo nas suas estruturas organizacionais. (LOPES, DURÃO, CARVALHO, 2011, p. 162)

Por esse motivo,

[...] a formação é tomada como um possível obstáculo à plena utilização desses atributos em favor das metas da política de saúde que ele deve promover. Essa perspectiva a respeito da formação tornou-se argumento contrário às propostas profissionalizantes de maior complexidade para esse trabalhador e que se apresentam associadas à necessidade de elevação da escolaridade, como é o caso da formação técnica [...]. (MOROSINI, 2010, p. 144).

Assim, duas principais questões referem-se à formação desses trabalhadores: na perspectiva de um processo educativo mais amplo, defende-se que a formação técnica pode proporcionar uma maior autonomia no processo de trabalho em que estão inseridos. Ou, por outro, que basta a qualificação básica para desenvolver sua principal função.

Morosini; Corbo; Guimarães (2007, p. 267) esclarecem que:

A não escolarização do ACS, justificada pela necessidade desse trabalhador ser representativo da comunidade em que atua, denota a desvalorização da dimensão conceitual, o que fortalece a desvalorização social desse trabalhador, sustenta a sua baixa remuneração e contrapõe-se à pauta política por uma melhor qualificação dos trabalhadores da saúde de uma maneira geral.

Assim, são muitos os debates em torno da formação profissional desses trabalhadores, estabelecido em meio a polêmicas, disputas políticas e projetos distintos. Fruto dessas discussões, em 2004 foi publicado pelos Ministérios da Saúde e Educação “O Referencial Curricular para o Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde”, cujas orientações norteiam a execução em todo o Brasil dessa formação.

Com a lei de criação da profissão o critério de escolaridade passa a ser o ensino fundamental completo e concluir com aproveitamento o curso de qualificação inicial, o que foi ratificado pela lei nº 11.350/2006 que estabeleceu o regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) para esses trabalhadores e definiu as atividades que desenvolvem.

A lei n.º 11.350/06 deixou uma lacuna nesse sentido, mesmo sendo criada após o referencial curricular de 2004, pois reproduz os mesmos requisitos exigidos na lei n.º 10.507/02, que criou a profissão de ACS, com relação à formação desse

trabalhador: a conclusão de um curso introdutório de formação inicial e continuada e a conclusão do ensino fundamental. (MOTA; DAVID, 2010, p. 244).

Morosini (2010), ao estudar sobre a formulação da política de formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde, identifica que o documento “Diretrizes para Elaboração de Programas de Qualificação e Requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde” – produzido em 1999, pela Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS - Coordenação de Atenção Básica MS, com o objetivo de orientar as instituições de ensino nos programas de qualificação e requalificação dos ACSs – foi muito importante para a política de formação dos ACSs, pois as competências apresentadas neste documento serviram de base para a elaboração do Referencial Curricular para o Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde, que serviu de base para as instituições formadoras elaborarem seus planos de curso.

Vale ressaltar que no referido documento são apresentados oito competências profissionais, quais sejam: 1 - Trabalhar em equipe; 2 - Visita Domiciliar; 3 - Planejamento das ações de saúde, 4 - Promoção da Saúde, 5 - Prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente, 6 - Prevenção e monitoramento de grupos específicos, 7 - Prevenção e monitoramento das doenças prevalentes, 8 - Acompanhamento e avaliação das ações de saúde.

Assim como duas questões se destacam nesse documento: o currículo por competência e a ênfase no ensino em serviço. Este documento serviu de base para as discussões na primeira reunião da SEGTS para tratar da formação profissional do ACSs. (MOROSINI, 2010).

A autora lembra que nesse período efervescia um debate para revogação do decreto 2.208/97 que, somando-se com as conquistas da lei de 10/507 de 2002, a pressão dos movimentos organizado dos ACSs e do Ministério Público do Trabalho, levam o Ministério da Saúde por meio da SGETS a apresentar uma proposta de formação para esses trabalhadores.

Como resultado dessas discussões, em 2004 foi publicado pelos Ministérios da Saúde e Educação “O Referencial Curricular para o Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde”.

Vale lembrar que:

Os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação profissional de Nível técnico constituem-se numa importante ferramenta de orientação na elaboração e no planejamento pedagógico da organização curricular dos cursos técnicos no Brasil. Instituídos pela Resolução nº 04/99, do Conselho Nacional de Educação, esses referenciais seguem a nova concepção educacional prevista pela Lei de Diretrizes e

Bases da Educação (LDBE) e abrangem 20 áreas profissionais: Artes, Agropecuária, Comunicação, Construção Civil, Comércio, Design, Gestão, Geomática, Imagem Pessoal, Indústria, Informática, Lazer e Desenvolvimento Social, Meio Ambiente, Mineração, Química, Recursos Pesqueiros, Saúde, Telecomunicações, Transporte e Turismo e Hospitalidade. (BRASIL, 2004, p. 5).

Nesse documento expressa-se a relevância do trabalho dos ACSs no âmbito do SUS e a importância do papel social dos mesmos junto à população, assim como a necessidade de sua formação técnica, reafirmando-se a “intenção governamental de associar a educação profissional à elevação de escolaridade” (BRASIL, 2004, p. 6).

[...] Ele apresenta, aos educadores, instituições de educação, escolas técnicas do SUS, órgãos de supervisão de ensino, entidades de pesquisa, entidades representativas dos setores produtivos correlatos, bem como a sociedade em geral, o referencial curricular nacional do curso técnico de agente comunitário de saúde, elaborado respeitando as diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, estruturado em um Plano de Curso, conforme previsto no artigo 10 da resolução CNE nº 04/99. (BRASIL, 2004, p. 6)

O Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde foi estruturado de acordo com as Diretrizes Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico (Parecer CNE/CEB nº 16/99; Resolução CNE/CEB nº 04/99), depois atualizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio (Resolução nº 1, de 3 de fevereiro de 2005 que atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação para o Ensino Médio e para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio às disposições do Decreto nº 5.154/2004). O Curso está organizado em 1200 horas, está dividido em um itinerário formativo de 03 (três) etapas.

Etapa I- formação inicial: contextualização, aproximação e dimensionamento do problema. O perfil social do técnico Agente Comunitário de Saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS-carga horária 400 horas;
Etapa II- desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes - carga horária de 600 horas
Etapa III- desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário - carga horária 200 horas. A prática profissional deve ser incluída na carga horária de cada etapa. O estágio supervisionado, quando necessário, será acrescido à carga horária do curso e seu plano deverá ser explicitado. (BRASIL, 2004, p. 22)

Com a criação em 2008 do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos - CNCT pelo Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC), o Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde vinculou-se ao eixo tecnológico Ambiente e Saúde que compreende as tecnologias associadas à melhoria da qualidade de vida,

à preservação e utilização da natureza, desenvolvimento e inovação do aparato tecnológico de suporte e atenção à saúde.

No Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, os cursos do eixo tecnológico ambiente, saúde, segurança apresentam carga horária mínima de 1200 horas sem incluir a carga horária destinada ao estágio profissional supervisionado.

O Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde e da Educação em 2004, indica um processo de formação com base no modelo de competências. Conforme esse documento, o conceito de competência está baseado na visão do trabalho como conjunto de acontecimentos, com forte dose de imprevisibilidade e baixa margem de prescrição, que deixa de ser a disponibilidade de um “estoque de saberes”, para se transformar em “capacidade de ação diante de acontecimentos”. Entendido como a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, segundo uma inteligência prática sobre o que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores na mobilização de suas capacidades (BRASIL, 2004, p. 47).

O perfil de conclusão do Curso Técnico Agente Comunitário de saúde envolve a articulação de 6 competências que incorporam três dimensões do saber: saber ser, saber conhecer e saber fazer, quais sejam:

1-No âmbito da mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações- Competências: Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adscrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades; Realizar em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adscrição da unidade básica de saúde; desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social da saúde. 2- No âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes-Competências: Desenvolver em equipe, ações de promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, à gestão social das políticas públicas de saúde e ao exercício do controle da sociedade sobre o setor Saúde; Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública. 3- No âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário. Competências: Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas as situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde. (BRASIL, 2004, p. 20)

As orientações contidas no Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde apontam a qualificação inicial como a primeira etapa de um itinerário para a formação técnica do ACS. Para esta primeira etapa formativa (400 h), foram

disponibilizados recursos por meio da Portaria nº 2474/ de 12 de novembro de 2004, (revogada pela Portaria MS nº 2.662 de 11 de novembro de 2008) começando, desde então, a ser realizado em todo o Brasil.

Em 2004, o Governo Federal começa a desenvolver em todo o Brasil a formação Técnica de todos os ACS inseridos nas equipes de saúde da família. Esse processo educativo é conduzido pelas Escolas Técnicas do SUS e Centro Formadores do SUS.

As Escolas Técnicas do SUS e Centros Formadores do SUS são instituições públicas criadas para atender às demandas locais de formação técnica dos trabalhadores que já atuam nos serviços de saúde, estão presentes em todos os estados e estão vinculadas, a maioria, às secretarias estaduais de saúde, cujo propósito é de melhorar a qualidade dos serviços de saúde por meio da formação dos profissionais técnicos de nível médio (Disponível no site RET-SUS, <<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/index.php>>).

Esse processo de profissionalização tem se dado num campo de disputas de interesses diversos, em que a correlação de forças se apresenta de modo diferenciado, a depender da região do país e dos arranjos institucionais e políticos em curso (Morosini, Corbo e Guimarães, 2007). Mais recentemente, é inegável que algumas conquistas estejam relacionadas à mobilização coletiva e à organização de entidades de representação estadual e nacional por parte dos ACS, que compõem um contingente de mais de 200 mil trabalhadores no país. (MOTA; DAVID, 2010, p. 232).

A proposta de formação técnica do ACS, no entanto, está sendo inviabilizada por ter financiamento garantido somente para a realização da etapa formativa I. Primeiro, porque esta etapa, além de responder à exigência da lei n. 11.350 de 2006, que regulamenta a profissão de ACS, também atende aos interesses dos gestores, que temem a exigência de aumento salarial e mudanças no perfil desse trabalhador, em função da formação técnica.

Os principais argumentos contrários à formação técnica dos ACS tem 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).

Durão et al (2009) adverte que é preciso continuar a lutar pela realização das três etapas do itinerário formativo, ou seja, é necessário cobrar do Estado o compromisso de qualificar os ACS, de uma vez que até o momento somente está sendo realizado a primeira etapa formativa. “o que questiona o real interesse do governo em qualificar esses trabalhadores.” (DURÃO et al, 2009, p. 233).

Até o momento, que se tenha notícia, somente a Escola Técnica de Saúde do Tocantins no Estado de Tocantins, a Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha no estado do Acre e a Escola Politécnica Joaquim Venâncio - EPSJV no Estado do Rio de Janeiro estão realizando as três etapas. O curso realizado pela EPSJV foi um projeto piloto em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC) e Sindicato Municipal dos ACSs do Rio de Janeiro (SINDACS-RJ). Contou, ainda, com a participação da Escola Técnica Isabel dos Santos, que em 2006 ofereceu a esses trabalhadores a I etapa da formação técnica. O curso teve uma carga horária de 906 horas/aulas iniciadas em 2011. Em dezembro de 2012 concluiu a formação técnica o segundo grupo de técnicos ACS, envolvendo 210 novos profissionais (Boletim RET-SUS, disponível no site RET-SUS, <<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/index.php>>. Acessado em 10 de janeiro de 2013).

Por enquanto, não se tem notícia de financiamento para as etapas formativas II e III. Também não se tem notícia de outras escolas que estejam realizando a formação técnica do ACS.

Sendo assim, pode restar ao movimento organizado dos ACSs continuar lutando por melhores condições de trabalho e educação. Principalmente por uma proposta de formação voltada para a emancipação, “[...] entendida no patamar de uma compreensão por parte do trabalhador da lógica a que é submetido pela sociedade administrada a favor do capital. Educação, portanto como contraponto e como resistência ao existente” (PEREIRA, 2008, p. 394); essa poderá ter muito sentido para esse trabalhador.

CAPÍTULO 3

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO NO PERÍODO DE 2004 A 2011

3.1 O estado do Maranhão: A estratégia Saúde da Família

O Maranhão é um dos 27 estados do Brasil, situa-se na região Nordeste, limita-se ao norte com o Oceano Atlântico, ao leste com o estado do Piauí, ao sul e sudeste com aos estados de Tocantins e Pará. Tem uma população de 6.574.789 habitantes (IBGE, 2010) e é composto por 217 municípios. A sua capital é a cidade de São Luís, fundada por franceses em 1612, cujo nome é uma homenagem a D. Luis Rei da França. Na ilha de São Luís, além da capital do estado, abrigam-se também outros três municípios: São José de Ribamar, Paço do Lumiar e Raposa.

Este estado ocupa uma área de 331.937. 450 km², que o caracteriza como o segundo maior do Nordeste e o oitavo do Brasil. Com essa extensão ocupa 3,9 % e 21,3% das terras brasileiras e nordestinas, respectivamente. Possui o segundo maior litoral do Brasil com uma extensão de 640 km que vai do Delta do Parnaíba ao estuário do Rio Gurupi (RIOS, 2005).

O estado do Maranhão é conhecido pelo acervo cultural e arquitetônico que possui, no qual reúne um conjunto de prédios seculares, revestidos de azulejos e também porque culturalmente é celeiro de grandes escritores e poetas, sendo alguns dos seus filhos mais ilustres Gonçalves Dias, Humberto de Campos, Catulo da Paixão Cearense, Ferreira Gullar, entre outros. Entre as riquezas de suas tradições culturais e de seu folclore tem-se como exemplo: o Bumba-Meu-Boi e a dança Tambor de Crioula, sendo a última considerada Patrimônio Cultural Imaterial Brasileiro.

Por conta de todos esses atributos, a cidade de São Luís é tombada pelo Patrimônio Histórico e Artístico Nacional desde 1955 e em 1997 ganhou o título de Patrimônio Cultural da Humanidade atribuído pela ONU/UNESCO.

O Maranhão é também conhecido por suas belezas naturais, pelo imenso litoral repleto de belas praias, pela diversidade de seu ecossistema composto de uma grande variedade de espécie de plantas e animais, que fazem deste estado um importante pólo turístico conhecido

mundialmente. Entre os ecossistemas pode-se citar: as praias tropicais; a floresta amazônica; mangues; cerrados; o Parque Nacional dos Lençóis, lugar de beleza singular cheios de dunas e recheado de lagoas cristalinas; o Delta do Parnaíba, o maior das Américas e o Parque das Chapadas, que reúne um conjunto de lindas cachoeiras.

O Maranhão também é um importante centro comercial por conta da sua proximidade com países europeus e norte-americanos, o que faz com que o Porto do Itaqui seja um dos mais importantes portos do mundo. Posto que seja por ele que escoam para o mundo o minério de ferro da Serra de Carajás, uma das maiores reservas desse minério.

Entre as cidades mais populosas encontram-se: Imperatriz com 247.505 habitantes, Caxias com 155.129 e São José de Ribamar com 163.045, Timon com 155.460 e Codó com 118.038 habitantes. (IBGE, 2010).

Na maioria do estado predomina o clima tropical e a oeste do estado está a área de atuação do clima equatorial.

Entretanto, mesmo diante de tanta beleza e riqueza, o estado do Maranhão é também conhecido pela pobreza de grande maioria de sua população e é considerado um dos estados mais pobres do Brasil.

O estado do Maranhão tem uma população majoritariamente urbana, graças a existência de pequenos municípios e ao êxodo rural que desloca as famílias da zona rural para a sede dos municípios, fixando-se nas periferias, aumentando zonas sem infraestrutura satisfatória de saneamento básico e serviços de saúde. Da população residente de 6.574.789 pessoas, 4.147.149 residem na área urbana (BRASIL, DATASUS, IDB, 2011).

Dados do DATASUS/IDB (2011) revelam que a taxa de analfabetismo da população de 15 e mais anos de idade é de 20,4 %. A taxa de mortalidade infantil é de 21,9 (2010), a taxa de desemprego 16 anos e mais é de 8,54 e a taxa de trabalho infantil é de 10,78. (disponível em: <tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>. Acesso em 10 de janeiro 2013).

No Maranhão, o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, segundo o site do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, em 2005, é de 0,647. Ressalta-se que o IDH tem como objetivo medir o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida a população. É calculado com base em dados econômicos e sociais. O IDH varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1 maior é o desenvolvimento.

A população do MA, em termos gerais, na área da saúde sofre os mesmos problemas de grande parte da população brasileira. As causas de morte registradas no Sistema de

Informação de Mortalidade são principalmente de doenças do aparelho circulatório, causas externas e neoplasias.

O estado do MA ainda encontra-se com elevados índices de mortalidade infantil⁷ e materna, ainda convive com várias doenças infectocontagiosas, algumas delas endêmicas como a malária a esquistossomose, as leishmanioses, a dengue, a tuberculose, hanseníase; doenças imunopreveníveis como tétano, a rubéola, a raiva, difteria, coqueluche e outras. Algumas áreas do estado são vulneráveis à ocorrência de doenças consideradas emergentes como hantavíroses e, também, reemergentes como beribéri, que apareceu em forma de surto epidêmico nas regiões de Imperatriz e Açailândia. Agravos à saúde ligados à deficiência de saneamento básico, a exemplo das doenças de transmissão hídrica e alimentar, têm causado importante morbimortalidade na população, como surtos de doenças diarreicas que têm causado óbitos, principalmente na população infantil de vários municípios do Estado. (MARANHÃO, 2008, p. 54).

A capital do estado, São Luís, possui uma população 1.014.837mil habitantes, majoritariamente urbana (IBGE, 2010). Assim, como outras metrópoles, manifesta concentração de renda e desigualdades sociais expressas pelas condições de pobreza e de exclusão social, de grande parte da sua população. Desta população, 64.439 pessoas encontram-se em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda domiciliar per capita abaixo de 70,00%. Destas pessoas, 26,5% não tinham banheiro em seus domicílios, 31,6% não contavam com captação de água adequada, 56,6% não tinham acesso a rede de esgoto ou fossa séptica e 26,0% não tinham lixo coletado (BRASIL, MDS - Boletim Dados Municipais, 2013).

O acelerado processo de urbanização amplia também os aglomerados populacionais desordenados, com significativo número de pessoas vivendo em moradias precárias e com restrito acesso aos serviços públicos básicos. Esse cenário contribui para que um número significativo de pessoas em São Luís esteja em situação de desemprego, baixa escolaridade e buscando alternativas de geração de renda através do comercio informal.

Segundo Rios (2005, p.15), atribuem-se a esses resultados,

⁷ O Indicador Mortalidade infantil é calculado pelo número de óbito de crianças de até 12 meses dividido pelo total de nascidos vivos no mesmo período e território, multiplicado por mil. Esse indicador está muito ligado ao atendimento da mãe durante a gravidez, as condições de vida, alimentação, saúde e saneamento. O indicador Mortalidade Materna é calculado pelo nº de óbitos femininos por causas maternas, por cem mil nascidos vivos no mesmo período e território.

(...) as consequências do processo histórico que tem gerado uma estrutura política baseada num tipo de exclusão e concentração, na qual os interesses coletivos da sociedade em geral são relegados em detrimento dos particulares e em que as políticas públicas de desenvolvimento local são relegadas por aqueles que detêm os poderes políticos locais.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde - MA, objetivando o fortalecimento e consolidação do modelo assistencial de saúde, foram criadas e adotadas estratégias tais como o Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS e o Programa de Saúde da Família – PSF. Composto as equipes desses Programas estão os Agentes Comunitários de Saúde. (MARANHÃO, 2008).

No Maranhão o número de Agentes Comunitário de Saúde e de equipes saúde da família e saúde bucal encontra-se conforme os quadros a seguir.

Quadro 2 – Número de Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família do Maranhão

Agentes Comunitários de Saúde			
Credenciados pelo Ministério da Saúde	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
17.024	15.476	5.967.442	89,79

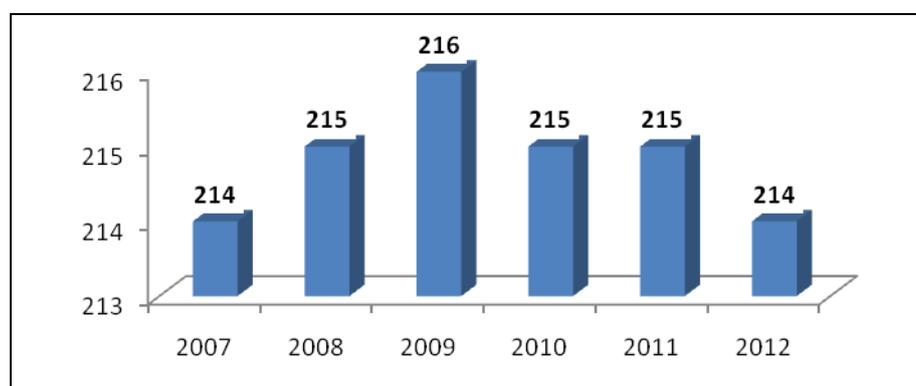
Equipe de Saúde da Família			
Nº de Municípios com ESF	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
217	1.751	5.052.814	76,03

Equipe de Saúde Bucal						
Nº de Municípios com ESB	Modalidade I			Modalidade II		
	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantadas
214	1.384	1.233	1.187	22	21	20

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB
 Credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal
 Unidade Geográfica: Estado - MARANHÃO
 Competência: Dezembro de 2012

O número de municípios com atuação a Estratégia de Saúde da Família é em 100% dos municípios, sendo que, nos últimos cinco anos, vêm havendo uma oscilação em virtude dos bloqueios de equipes, por diversos motivos, variando entre 214 a 216, conforme **(gráfico 1)**. Os gráficos de 1 a 5 foram fornecidos pelo Departamento de Atenção à Saúde da Família da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

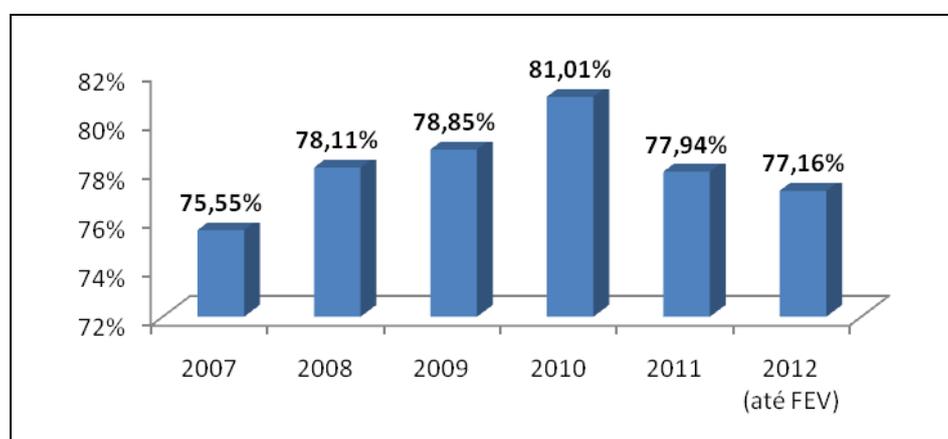
GRÁFICO 1 - Número de municípios com estratégia de Saúde da Família Implantados, no estado do Maranhão, 2007 a 2012



Fonte: SES/SAAPS/SAPS/DASF

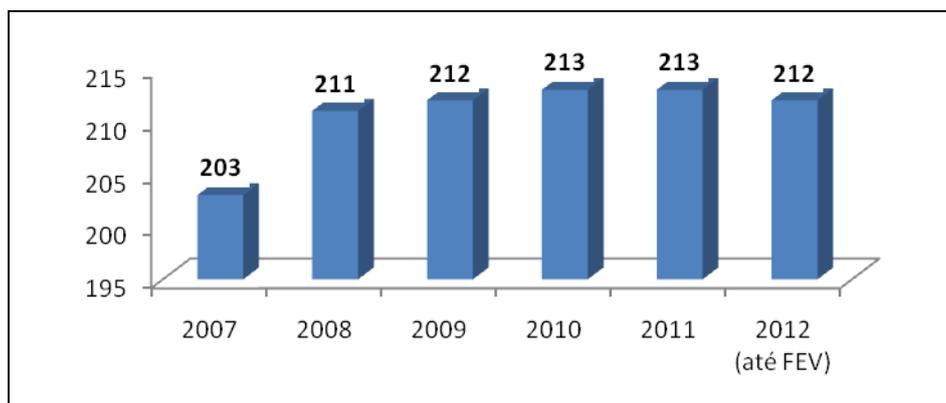
O percentual da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Maranhão, de 2007 a 2012, aumentou 107,22% até 2010, com 81,01% das famílias cobertas, reduzindo para 75,55%, em 2012, o percentual das famílias cobertas pelas equipes de saúde da família neste período, conforme demonstra o (gráfico 2).

GRÁFICO 2 - Percentual da população coberta pela estratégia de Saúde da Família, no estado do Maranhão, 2007 a 2012



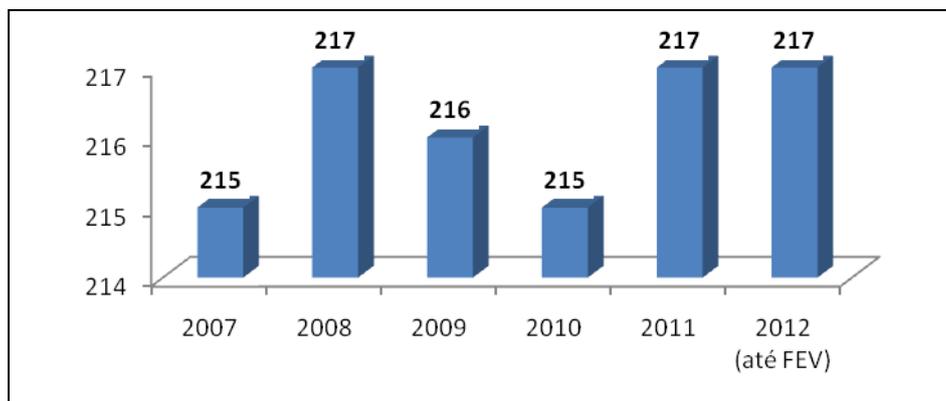
Fonte: SES/SAAPS/SAPS/DASF

A cobertura pelas equipes de saúde bucal (ESB) passou de 93,54% para 97,69 % de 2007 a 2012 (gráfico 3).

GRÁFICO 3 – Cobertura Equipes de Saúde Bucal no estado do Maranhão

Fonte: SES/SAAPS/SAPS/DASF

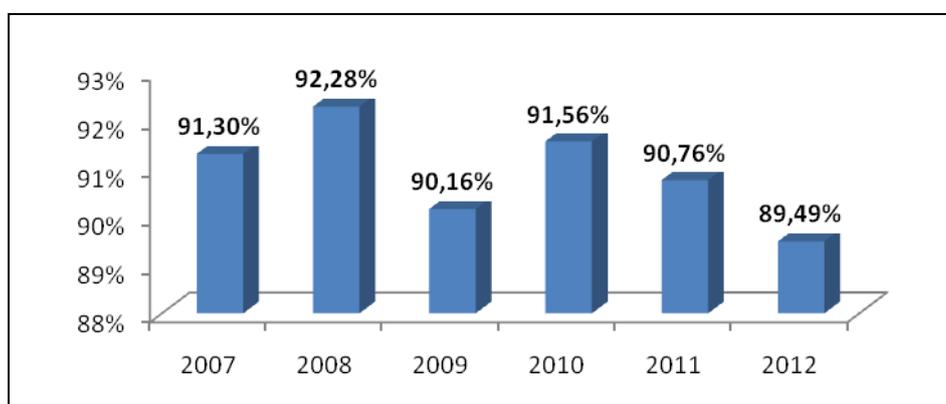
O número de municípios que possuem a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde implantados variou entre 216 e 217 (gráfico 4).

GRÁFICO 4 - Número de municípios com estratégia de Agentes Comunitários de Saúde Implantados, no estado do Maranhão, 2007 a 2012

Fonte: SES/SAAPS/SAPS/DASF

O percentual da população coberta pelos agentes comunitários de saúde (PACS) reduziu em 1,81% de 91,3%, em 2007, passando a 89,49% em 2012 (**gráfico5**).

GRÁFICO 5 - Percentual da população coberta pela Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, no estado do Maranhão, 2007 a 2012



Fonte: SES/SAAPS/SAPS/DASF

Em Diagnóstico Situacional da Atenção Primária à Saúde, realizado pelo Departamento de Atenção à Saúde da Família no ano 2010, constatou-se que a maioria dos profissionais ESF/ESB/EACS do estado do Maranhão não conhecem as metas pactuadas no Pacto de Indicadores da Atenção Básica⁸ firmado entre o Estado e os municípios. “Esse desconhecimento implica, ainda que de maneira transversa, na falta de empenho por parte das equipes no desenvolvimento de ações de forma a atingir as metas pactuadas.” (MARANHÃO, 2013, p. 6).

Nesse diagnóstico, contou-se também a precariedade na estrutura da maioria das Unidades Básicas de Saúde que necessitavam de adequações conforme a Portaria nº 648/GM de 2006. Assim como em relação aos profissionais de nível superior verificou-se que estes não cumpriam a carga horária preconizada pelo Ministério da Saúde. Constatou-se também que há muitas divergências entre as equipes cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e os que estão efetivamente nas Unidades Básicas de Saúde. Verificou-se também a ausência de médicos e dentistas em vários municípios. Constatou-se ainda que nestas equipes há uma grande rotatividade dos médicos e enfermeiros, o que pode contribuir para o não estabelecimento de vínculo entre a comunidade e a equipe da ESF. “Um fator que tem dificultado bastante à manutenção desses profissionais na Estratégia é a precariedade do vínculo empregatício, decorrente do trabalho às vezes até informal, gerando insegurança nos profissionais.” (MARANHÃO, 2013, p. 8).

⁸ O Pacto de Indicadores da Atenção Básica é um instrumento de Gestão de referência para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica. Um importante mecanismo de pactuação de metas desejáveis a serem alcançadas.

Nesse diagnóstico não se contemplou a categoria profissional dos ACSs, talvez porque já se saiba que são esses trabalhadores que no cotidiano, ou bem ou mal, estão nas comunidades atendendo do jeito que podem.

3.2 A formação profissional do ACS no estado do Maranhão

No tocante à qualificação profissional para a área da saúde, até meados de 1970 cabia ao sistema de educação a formação de nível médio. Aos serviços de saúde cabia garantir os treinamentos em função das demandas do setor. Depois desse período é que foram surgindo os Centros de Formação e as Escolas Técnicas do SUS.

No estado do Maranhão somente em 2004 foi criada no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde a Escola Técnica do SUS - Dra. Maria Nazaré Ramos de Neiva, a ETSUS-MA.

É de responsabilidade da ETSUS/MA planejar e executar a formação técnica dos trabalhadores de nível médio dos 217 municípios do maranhão, visando fortalecer e aumentar a qualidade de respostas do setor saúde às demandas da população (MARANHÃO, 2012, p.9), e faz parte da Rede de Escolas Técnicas do SUS-RETSUS.

Convém ressaltar que, do total dos 217 municípios maranhenses, 216 assinaram um termo de compromisso para viabilização dos cursos descentralizado da ETSUS-MA. A cidade de São Luís, capital do estado, por possuir uma escola de saúde cujo objetivo é também a formação profissional para a rede SUS municipal, tem se responsabilizado pela formação técnica dos trabalhadores desse município.

A Escola Técnica do SUS de São Luís foi criada em 28/12/2006 pela Lei 4.736 e é administrada pela Secretaria Municipal de Saúde do município de São Luís. Tem como principal objetivo habilitar e qualificar pessoal para desempenhar ações técnicas na área da saúde no âmbito do SUS. Situa-se em prédio alugado, localizada na Rua da Vitória nº 51 bairro Caratatiua/João Paulo e, atualmente, conta com uma equipe técnica composta de 09 (nove) técnicos, 03 (três) administrativos e 04 (quatro) auxiliares operacionais de serviços diversos.

A ETSUS de São Luís é ligada também à Superintendência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís - MA. Conforme relatórios fornecidos pela Escola e, em visita ao site da RETSUS, verificou-se que esta não faz parte da RET-SUS.

A I etapa do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde – TACS, realizado pela Escola Técnica do SUS – ETSUS/ SEMUS – São Luís, foi realizado com recursos liberados pelo Ministério da Saúde e qualificou 900 (novecentos) Agentes Comunitários de Saúde, no período de 2010 a 2012, distribuídos em dois grupos. O primeiro grupo com 13 turmas que concluíram em dezembro/2010 e o segundo grupo com 16 turmas que concluíram em outubro/2012. A dinâmica de trabalho para os dois grupos obedeceu aos mesmos critérios, programação, conteúdos e carga horária. (MARANHÃO, 2012b).

Em relação aos docentes para a etapa formativa I do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde, foi realizado processo seletivo para facilitadores e supervisores do curso, cujas etapas para classificação foram: avaliação curricular e prova escrita e, por último, a capacitação pedagógica. (MARANHÃO, 2012b).

Em relação aos demais ACSs do estado do Maranhão, no período estudado (14.771 ACS) nos demais municípios do estado (216) a etapa formativa I do curso técnico ACS foi realizada pela Escola Técnica do SUS – Dra. Maria de Nazaré Ramos de Neiva ETSUS-MA.

Esta escola foi criada em 31/12/2003 pelo Decreto nº 20.217 do Governo do Estado do Maranhão e tem como entidade mantenedora a Secretaria de Estado da Saúde com os recursos financeiros disponibilizados pelo Governo do estado do Maranhão e Ministério da Saúde.

Ressalta-se que foi por meio do PROF AE - Programa de Formação Profissional do Auxiliar de Enfermagem (Portaria MS nº 1.262/1999, no sub-componente IV- Fortalecimento e Modernização das Escolas Técnicas do SUS) que foram disponibilizados recursos para a criação, fortalecimento e modernização de muitas escolas técnicas no país. Dentre elas, foi possível a criação da Escola Técnica do SUS – Dra. Maria de Nazaré Ramos de Neiva no estado do Maranhão.

A escola possui prédios próprios que foram transferidos em caráter definitivo da Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão – SEPLAN para a Secretaria de Estado da Saúde, em 31 de agosto de 2004, localizados a Rua da Estrela nº 415 (entrada principal) e Rua do Giz nº 362, (entrada secundária), situados no centro histórico de São Luís, em área de importante centro turístico tombada pelo Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (MARANHÃO, 2012, p. 11).

Segundo os relatórios de oficinas realizadas em 2004, a construção da referida Escola ocorreu em um processo coletivo de reflexão que envolveu técnicos da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Conselho Estadual de Educação, Conselho Regional de Enfermagem, entidades representativas dos ACSs, a Federação das Associações dos Agentes

Comunitários de Saúde e Sindicato dos ACSs e vários profissionais da Secretaria Estadual de Saúde e educação com o apoio técnico do Ministério da Saúde.

Para isso, aconteceram 04 (quatro) oficinas no período de 31/08/04, 11/09, 25/09/2004 e 04 a 06/04/05, que contou com expressiva participação dos técnicos envolvidos. Frutos dessas discussões elaboraram-se o Projeto Político Pedagógico - PPP, o Regimento Escolar e os Planos dos Cursos do Técnico Agente Comunitário de Saúde, Técnico de Higiene Bucal e Técnico de Enfermagem que foram enviados ao Conselho Estadual de Educação, para liberação dos Atos Autorizativos, em 13/04/2005, conforme Processo 196/2005. (MARANHÃO, 2012, p. 12).

A referida escola foi autorizada, com os respectivos cursos já mencionados, no Conselho Estadual de Saúde, no dia 22 de agosto, Resolução nº 022/2005. Foi também apresentada à Comissão Intergestora Bipartite⁹, em 27/09/05 e aprovada conforme Resolução nº 250/2005. (MARANHÃO 2012, p. 13).

A ETSUS/MA funciona de forma articulada com os gestores regionais e municipais e desenvolve suas ações de forma descentralizada, no sentido de que mantém os processos administrativos na sede da escola em São Luís e os cursos nos municípios, alguns cursos são oferecidos na sede da Escola.

Com o objetivo ampliar a discussão do processo de implantação, implementação, alcance e perspectivas da ETSUS/MA foram realizados 03 (três) Seminários de Socialização e Pactuação da Escola, nas Macrorregionais de Caxias, São Luís e Imperatriz, assim como foram assinados termos de compromisso entre os municípios e a Escola para viabilização do curso ACS. Para estes Seminários foram convidados gestores dos 217 municípios do Maranhão, técnicos das secretarias municipais de saúde e educação dos municípios e entidades representativas dos ACSs. (MARANHÃO, 2008b)

A escola até 2012 ofereceu os seguintes cursos: I Etapa do Curso Técnico ACS- para 14. 771 alunos; o curso Técnico em Enfermagem para 324 alunos; Técnico em Saúde Bucal para 494 alunos; Técnico em Hemoterapia, para 66; e Técnico em Radiologia com 37 alunos. Tais cursos atendem as diretrizes estabelecidas no Projeto Político Pedagógico e Regimento Interno, que por sua vez seguem as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Técnico e de acordo com o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos.

Atualmente, oferece os seguintes cursos: Aperfeiçoamento em Atenção Primária em Saúde para os ACSs, sendo que estão matriculados nesse curso 3.637 ACSs, dos quais já

⁹ A Comissão Intergestora Bipartite é um fórum de pactuação dos gestores estaduais.

concluíram 819; Aperfeiçoamento em Maternidade, com 997 alunos matriculados sendo que 192 já concluíram; Aperfeiçoamento em UTI Neonatal, com 171 alunos matriculados. Esses cursos de aperfeiçoamento envolvem 5.472 e já concluíram 1011 alunos.

O Curso do Agente Comunitário de Saúde foi o primeiro curso a ser desenvolvido pela ETSUS-MA que teve sua aula inaugural realizada no dia 04 de julho de 2007 na sede da escola em São Luís - MA (MARANHÃO, 2010, p.4). É oferecido aos Agentes Comunitários de Saúde do estado do Maranhão em parceria com os gestores municipais. Para isso firmou-se um termo de compromisso entre as secretarias de saúde municipais e a referida escola, no qual se pactuava a adesão dos municípios e as principais responsabilidades desses entes para a concretização do referido curso.

Foi pactuado com Gestores Municipais o apoio logístico no tocante à estrutura física, liberação e deslocamento dos agentes comunitários de saúde oriundos da zona rural. A Escola por sua vez assegurava material de apoio didático necessário ao desenvolvimento da etapa formativa I, tanto para o corpo discente quanto para os docentes. Pagamento de todo pessoal envolvido, distribuição do Kit Aluno contendo: camisas, sacolas, cadernos, canetas, lápis, borrachas e materiais didáticos. (MARANHÃO, 2010, p.6).

Através da Fundação Sousem / UFMA se faz o pagamento das horas-aula aos docentes e demais profissionais envolvidos a exemplo do Contrato nº 265/2011/SES/FSADU objeto do Contrato nº 268/2011/SES/FSADU, que visa “Operacionalizar de forma descentralizada o Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde - Escola Técnica do SUS Dr^a. Maria Nazareth Ramos de Neiva, em municípios maranhenses em parceria com instituição habilitada em gestão de projetos.” (MARANHÃO, 2012c, p. 4).

O Curso é oferecido de forma descentralizada aos municípios do Estado, operacionalizado inicialmente tendo como base o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Maranhão, cuja proposta dividia, naquele momento, o Estado em 03 macros regiões, que tinham como sede os municípios de São Luís (com 126 municípios), Imperatriz (com 42 municípios) e Caxias (com 49 municípios). Distribuídos em 18 Gerências de Desenvolvimento Regional: Gerência de Articulação e Desenvolvimento de Cocais; Gerência de Articulação e Desenvolvimento da Região Tocantins; Gerência de Articulação e Desenvolvimento da Região do Itapecuru; Gerência de Articulação e Desenvolvimento de Região de Pedreiras; Gerência de Articulação e Desenvolvimento de Região da Baixada Maranhense; Gerência de Articulação e Desenvolvimento de Região do Presidente Dutra; Gerência de Articulação e Desenvolvimento de Região do Munim e Lençóis Maranhenses; Gerência de Articulação e Desenvolvimento de Região do Pindaré; Gerência de Articulação e

Desenvolvimento de Região do Sertão Maranhense; Gerência de Articulação e Desenvolvimento de Região dos Lagos Maranhenses; Gerência de Articulação e Desenvolvimento de Região do Alto Turi; Gerência de Articulação e Desenvolvimento de Região da Pré-Amazonia Maranhense; Gerência de Articulação e Desenvolvimento de Região do Médio Mearim; Gerência de Articulação e Desenvolvimento de Região do Cerrado Maranhense; Gerência de Articulação e Desenvolvimento de Região do Centro Maranhense; Gerência de Articulação e Desenvolvimento Regional de Região do Leste Maranhense; Gerência de Articulação e Desenvolvimento Regional de Região do Baixo Parnaíba; Gerência de Articulação e Desenvolvimento Regional Metropolitana. (nesse período o estado do Maranhão estava administrativamente dividido dessa forma). (Plano de Curso ACS)

A execução do projeto foi dividida em 5 (cinco) etapas, sendo: Etapa I, 43 municípios; Etapa II, 39 municípios; Etapa III, 50 municípios; Etapa IV, 53 municípios; Etapa V, 31 municípios (MARANHÃO, 2005).

O número de vagas oferecidas varia conforme o número de ACS de cada Município; quanto ao nível de escolaridade: na etapa I - terão acesso todos os Agentes Comunitários de Saúde inseridos no Sistema Único de Saúde; além da apresentação dos documentos civis, histórico escolar e obrigação militar para o sexo masculino.

Conforme Plano de Curso, elaborado em consonância com o Referencial Curricular para o Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde e aprovado no Conselho Estadual de Educação têm-se as seguintes competências, habilidades e conhecimentos: ETAPA I – Formação inicial: contextualização - Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduo e grupos sociais ou coletividades; Realizar em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde, no âmbito da adstrição da unidade básica de saúde; Desenvolver ações de promoção social de proteção e de desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde.

QUADRO 3 - Plano de Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde/ETSUS/MA

MÓDULO I - 400 HORAS: Contextualização

Área Temática	Carga Horária(Teórico/prática)	Vivencial	Total	Total Geral
Fundamentos e Princípios de saúde, educação e trabalho.	180 horas	80 horas	260 horas	
Entendendo o contexto social e executando as ações na área da saúde.	100 horas	40 horas	140 horas	400 horas

QUADRO 4 - Matriz Curricular do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde/ETSUS/MA

MATRIZ CURRICULAR					
CURSO TÉCNICO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE					
Módulo I – 400 Horas: Contextualização					
Meses	Carga Horária	Divisão	Bases Tecnológicas	CH	Conteúdo do Manual do Aluno
1º	72 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Teórico/ Prático: 48h • Vivencial: 24 h 	1 - Processo de trabalho em saúde;	36	1ª Unidade: Entendendo o Processo de Trabalho em Saúde
			2 - Ética e cidadania no trabalho e equipe de saúde;	36	
2º	40 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Teórico/ Prático:30 h • Vivencial: 10 h 	3 - Comunicação social, relações interpessoais, trabalho em saúde, trabalho em equipe, acolhimento e humanização;	20	2ª Unidade: Entendendo o Processo Saúde x Doença
			4 - História de formação do povo brasileiro, etnias, ciências políticas, condicionantes da qualidade de vida e processo saúde x doença;	20	
3º	60 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Teórico/ Prático: 40h • Vivencial: 20 h 	5 - Critérios de Qualidade de Atenção à Saúde: SUS – Integralidade, Equidade, Universalidade;	20	3ª Unidade: Entendendo os critérios de qualidade de atenção à saúde: Integralidade – Equidade – Universalidade e o SUS
			6 – Sistema de informação em saúde; políticas públicas, controle social, o SUS, princípios e diretrizes; responsabilidades dos níveis municipais, estaduais e federal;	24	
			7 – Lei 10.507/2002, Portaria MS 1.886/98; NOAS/ SUS 2001, modelos de gestão, Pacto pela Saúde;	16	
4º	74 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Teórico/ Prático: 48h • Vivencial: 26 h 	8 - Área de adstrição: territorialização, mapeamento e levantamento de dados;	40	4ª Unidade: Planejando e Organizand o a Estratégia de Saúde da Família
			9 - Estratégias dos programas PACS/PSF, redirecionamento do modelo assistencial, cultura, práticas populares e cuidados à saúde;	34	
5º	74 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Teórico/ Prático: 48h • Vivencia l: 26 h 	10 - Estratégia de avaliação em saúde;	30	5ª Unidade: Participando da Dinâmica Comunitária
			11 – Indicadores sócio econômicos, culturais e epidemiológicos;	20	
			12 - Lideranças, líderes populares, mobilização social, ação coletiva, movimentos sociais, classes sociais, luta e defesa da cidadania, família, Direitos Humanos, Estatuto da Criança e do Adolescente e o do Idoso, portadores de necessidades especiais, legislação trabalhista e previdenciária;	24	

Meses	Carga horária	Divisão	Bases tecnológicas	CH	Conteúdo do Manual do Aluno
6°	80 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Teórico/ Prático: 60h • Vivencial: 20 h 	13 - Princípios de anatomia, fisiologia, doenças imunopreveníveis, infectologia, doenças crônicas degenerativas, microbiologia e parasitologia;	10	6ª Unidade: Repensando as Ações da Atenção Básica
			14 - Contaminação e poluição do: solo, ar, água e preservação do meio ambiente;	04	
			15 - Epidemiologia, PNI, saúde reprodutiva, planejamento familiar, gravidez, puerpério e climatério;	16	
			16 - Saúde da infância: CD, PNI, IRA e TRO;	16	
			17 - Saúde do idoso: envelhecimento, hábitos saudáveis, qualidade de vida e doenças mais comuns;	06	
			18 - Farmacologia: legislação farmacêutica, automedicação, farmácia básica, reação adversas e normas sanitárias;	04	
			19 - Primeiros socorros: ferimentos, hemorragias, fraturas, desmaios, queimaduras, envenenamento, picadas de animais peçonhentos, reanimação e cardiopatias;	20	
		20 - Doenças do Trabalhador: medidas de controle, monitoramento das doenças e doenças infecto-contagiosas.	04		
TO-TAL	400 hs	Conclusão da Etapa Formativa I Conteúdo teórico/prático: 280 h Momentos vivenciais: 120 h			

QUADRO 5 - Descrição das competências, habilidades e bases tecnológicas da etapa formativa I: Contextualização

SABER FAZER (HABILIDADES)	SABER SABER (CONHECIMENTOS)	SABER-SER (ÉTICO- PROFISSIONAL)
<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar em equipe de saúde. • Promover a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adstrita à unidade básica de saúde. • Identificar a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações. • Orientar indivíduos e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica de saúde. • Realizar ações de coleta de dados e registro das Informações pertinentes ao trabalho desenvolvido. • Estimular a população para participar do planejamento,acompanhamento e avaliação das ações locais de saúde. • Realizar mapeamento institucional, social e demográfico em sua micro-área. • Analisar os riscos sociais e ambientais à saúde da população de sua micro-área. • Realizar o cadastramento das famílias na sua micro-área. • Consolidar e analisar os dados obtidos pelo cadastramento. • Realizar ações que possibilitem o conhecimento,pela comunidade, das informações obtidas nos levantamentos sócio-epidemiológicos realizados pela equipe de saúde. • Priorizar os problemas de saúde da população de sua micro-área, segundo critérios estabelecidos pela equipe de saúde e pela população. • Participar da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanente junto às equipes de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Processo saúde-doença e seus determinantes/condicionantes. • Processo de trabalho em saúde e suas características. • Cargas presentes no trabalho do Técnico Agente Comunitário de Saúde:conceitos, tipos, efeitos sobre a saúde do trabalhador e medidas de prevenção. • Ética no trabalho em saúde. • Políticas públicas, políticas sociais governamentais, em especial a política nacional de saúde – organização, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. • Sistema Municipal de Saúde: estrutura, funcionamento e responsabilidades. • A estratégia de saúde da família na atenção básica à saúde. • Comunicação:conceitos, importância e práticas. • Lideranças: conceito, tipos e processos de constituição de líderes populares. • Participação e mobilização social: conceitos, fatores que facilitam e/ou dificultam a ação coletiva de base popular. • Conceitos operados na sociedade civil • contemporânea: organizações governamentais e não-governamentais, movimentos sociais de luta e defesa da cidadania, das minorias e pelo direito às diversidades humanas. • Família: ampliação do conceito, especificidades e diferenças. • Estratégias de abordagem a grupos • sociais, especialmente a família. • Direitos humanos. • História da formação do povo brasileiro e a contribuição das etnias na construção das ciências, da política, da economia e da cultura no Brasil. • Cultura popular e práticas populares no cuidado à saúde. Lei Federal nº10.507/2002; Portaria MS 1.886/97; • Decreto Federal 3.189/99; Manual da Atenção Básica/MS; Normas do SUS. • Mapeamento sócio-político e ambiental: finalidades e técnicas. • Interpretação demográfica. • Conceitos de territorialização, microárea e área de abrangência; cadastramento familiar e territorial. • Técnicas de levantamento das condições de vida e de saúde/doença da população.Indicadores sócio-econômicos, culturais e epidemiológicos:conceitos, aplicação. Assistência e internação domiciliar: conceito, finalidades, implementação e avaliação dos resultados.Estratégias de avaliação em saúde: conceitos, tipos, instrumentos e técnicas. • Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade em Saúde. Conceito e critérios de qualidade da atenção à saúde: integralidade, acessibilidade, humanização do cuidado, satisfação do usuário e do trabalhador, equidade, outros. Sistema de informação em saúde: introdução ao SIAB; ficha A. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar a integralidade no cuidado • Respeitar valores, culturas e individualidades ao pensar, realizar ou propor práticas de saúde • Colocar-se em equipe de trabalho em prol da organização e da qualidade do cuidado à saúde • Compreender a pertinência, a oportunidade e a precisão das ações e dos cuidados que realiza, frente as especificidades individuais e coletivas • Pensar criticamente seus compromissos e responsabilidade como cidadão e trabalhador de saúde • Interagir com o usuário e seu grupo social, com a coletividade e a população • Recorrer à equipe de trabalho para solução ou encaminhamento de problemas identificados

As aulas do Curso TACS são realizadas por meio de momentos presenciais e vivenciais. As aulas vivenciais são realizadas no cotidiano dos serviços e das Equipes da Estratégia Saúde da Família. (Relatório grupos I e II, 2010).

As aulas teórico-práticas da I Etapa do referido curso foram realizadas através de momentos presenciais (concentração) e vivenciais (dispersão). Segundo o Plano de Curso TACS, os momentos vivenciais complementam a formação profissional e oportunizam o aluno a desenvolver e aprimorar competências, habilidades do saber, ser e cuidar. No momento vivencial os conhecimentos teóricos, as atitudes e habilidades são desenvolvidos para facilitar a compreensão e articular o processo de teoria-prática. Planejado conforme o contexto e de maneira que facilite ao aluno práticas eficazes que amplie e resgate seus conhecimentos e proporcione ao aluno, participação nas situações reais de vida e trabalho. O momento vivencial é acompanhado pelo docente, sendo distribuídos na proporção de no máximo 10 (dez) alunos para cada docente, atendendo os critérios de planos previamente elaborados.

De acordo com o Plano de curso do ACS os momentos vivenciais são oportunidades de estimular no aluno uma atitude reflexiva e crítica sobre seu trabalho. O aluno estará permanentemente em exercício da atitude crítica que possa articular o conhecimento já existente com o novo, com o objetivo de potencializar a capacidade de observar a realidade, de respeitar as individualidades, ter condições disponíveis para trabalhar em grupo e encontrar forma de organização do trabalho e da ação coletiva. São utilizadas para as práticas dos momentos vivenciais as comunidades em que os mesmos estão inseridos.

Segundo o Projeto Político Pedagógico da ETSUS - MA tem-se como referência a metodologia Problematizadora cujo eixo é a construção do sujeito reflexivo, criativo e apto a participar da vida produtiva da realidade local, por entender que somente por meio da reflexão, indagação e crítica é que se consegue compreender a razão e o valor da formação profissional. (MARANHÃO, 2012, p. 18)

O Currículo é trabalhado por meio das competências, habilidades e bases tecnológicas a partir da realidade e do contexto de cada equipe da Estratégia Saúde da Família nos municípios onde o curso é desenvolvido. (MARANHÃO, Relatório de atividades do Curso TACS, Grupos III, IV e V, 2010b, p. 4).

A avaliação dos discentes é realizada por meio de acompanhamento sistematizado em todas as etapas. O resultado do processo avaliativo converge para o conceito Competência Desenvolvida - CD ou Competência em Desenvolvimento - CED. Considera-se na avaliação: a capacidade de aplicação do conhecimento científico na prática; a capacidade de realizar

procedimentos clínicos nos diversos níveis de atuação; atitude e postura ética com o usuário e equipe de trabalho; organização do trabalho, cuidado com os instrumentos de trabalho; interesse por pesquisa; assiduidade nas atividades propostas; comunicação escrita e oral (MARANHÃO, 2012, p. 26).

Para a execução dos Grupos I, II a Escola contava com uma equipe de supervisão pedagógica composta por 18 técnicos (cada um responsável por uma das 18 gerências regionais), que eram visitadas pelo menos 1 vez por mês. Na sede de cada município tinha-se 01 docente coordenador identificado entre os facilitadores durante a capacitação pedagógica para atuar como interlocutor junto a Escola Técnica do SUS, sendo responsável pelo encaminhamento mensal dos registros documentais pertinentes a execução do Curso. A supervisão pedagógica era realizada pelos técnicos do nível central da ETSUS/MA. (MARANHÃO, Relatório Grupos I e II, 2010).

Segundo o Projeto Político Pedagógico da ETSUS-MA a seleção dos docentes para os grupos I e II obedeceu aos seguintes critérios: nível superior; experiência na área da saúde; experiência em docência; disponibilidade; análise de currículo; entrevista; e participação na capacitação pedagógica.

As Oficinas de Capacitação Docente da Etapa Formativa I tem carga horária de 88 horas, distribuídas da seguinte forma: o primeiro momento um total de 40 horas, o segundo momento com 48 horas e o terceiro momento com 40 horas. (Plano de Curso do ACS)

A Oficina de Capacitação de Supervisores na Etapa Formativa I com carga horária de 40 horas. As capacitações iniciais dos Supervisores e Docentes, na primeira etapa, apresentam eixos formativos comuns ficando as particularidades inerentes da atuação de cada profissional para serem trabalhadas no decorrer dos módulos (Plano de Curso do ACS).

Nos dias 12 e 13 de fevereiro de 2009 foi realizada a II Capacitação Pedagógica e a I Mostra do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde “O que (a)gente tem para contar..” com a presença de 300 participantes, entre eles facilitadores docentes, agentes comunitários de saúde, representantes da Federação e Sindicato dos ACSs, Gestores Regionais de Saúde, Secretários Municipais de Saúde, Cruz Vermelha Brasileira do Maranhão, representante do Ministério da Saúde (DEGES), entre outros convidados. (MARANHÃO, 2010).

O Evento teve como objetivos a troca de experiências entre os municípios, a avaliação da execução do Curso (Grupos I e II) e a capacitação dos facilitadores docentes com uma abordagem pedagógica sobre Avaliação por Competências. Foram também abordadas a Política de Educação Permanente em Saúde e a Humanização da Atenção à Saúde (MARANHÃO, 2010).

Ressalta-se que as atividades técnico-pedagógicas e administrativas estão centralizadas na sede da Escola Técnica do SUS - Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva em São Luís - MA e as capacitações de docentes, supervisores e coordenadores também acontecem na sede da Escola.

Para as Etapas III, IV e V, segue-se outra estratégias, na qual não se conta mais com a equipe de supervisão pedagógica, mas com a equipe de Apoiadores Matriciais¹⁰. Para isso, cria-se o que se chamou Câmara Técnica de Apoio Matricial, com 24 apoiadores matriciais que dão apoio logístico, administrativo, pedagógico ao Curso TACS nos municípios. Esses apoiadores passaram por um processo seletivo simplificado para seleção de 24 Apoiadores Matriciais realizado no período de 18 de janeiro a 04 de fevereiro de 2010 (MARANHÃO, Documento Resumo de Atividades do curso ACS, 2011b).

Para a matrícula dos Agentes Comunitários de Saúde dos municípios do Estado do Maranhão teve-se como requisito estar regularmente inscritos no Sistema de Atenção Básica do Ministério da Saúde e encaminhar cópia da documentação pessoal (RG, Título de eleitor e CPF), foto 3x4, cópia de comprovante de escolaridade, de residência e matrícula no SIAB e ficha da matrícula preenchida pelo gestor municipal encaminhada à ETSUS-MA (MARANHÃO, 2011).

Para a seleção do corpo docente foi solicitado ao gestor do município encaminhar à escola relação nominal acompanhada de currículos devidamente comprovados dos profissionais da Atenção Básica interessados em participar do processo seletivo simplificado para Docente-Facilitador. Aqueles não interessados deveriam encaminhar por escrito a não disponibilidade em participar do processo. A seleção foi realizada em 3 etapas: Prova Escrita e Redação, Entrevista e Análise de Currículo (Currículo Lattes - CNPQ) e Prova de Títulos. (MARANHÃO, 2011).

O Processo de capacitação dos docentes-facilitadores do Grupo III, IV e V foram realizados em dois momentos distintos. A I Capacitação Pedagógica com carga horária de 40 horas se realizou nos períodos de 28 de setembro a 02 de outubro e 05 a 09 de outubro de 2009. A II Capacitação Pedagógica dos docentes facilitadores do grupo III, IV e V foram realizadas no período de 01 a 05/03/2010, com carga horária de 40 horas. (MARANHÃO, 2011).

Esta formação objetivou capacitar os enfermeiros facilitadores no uso da metodologia problematizadora e do Currículo por Competência, visando à melhoria da qualificação

¹⁰ O apoio matricial é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde (PPP-ETSUS, p. 28)

profissional dos docentes-facilitadores, para atuarem como mediadores do conhecimento no Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde. (MARANHÃO, 2011).

Para a execução da I Etapa formativa do Curso Técnico ACS no estado do Maranhão foram realizadas as seguintes capacitações pedagógicas de facilitadores docentes: Capacitação Pedagógica de 40 horas para os docentes/facilitadores do 1º Grupo de municípios – setembro de 2007 (43 municípios e 90 docentes/ facilitadores para 2.673 ACS); Capacitação Pedagógica de 40 horas para os docentes/facilitadores do 2º Grupo de municípios – abril de 2008 (38 municípios e 95 docentes/ facilitadores para 2.879 ACS); II Capacitação Pedagógica e a I Mostra do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde “O que (a)gente tem para contar..” de 16 horas para os docentes/facilitadores do 1º e 2º Grupos de municípios – fevereiro de 2009 (300 participantes entre docentes/ facilitadores e Agentes Comunitário de Saúde); I Capacitação Pedagógica de 40 horas para os docentes/facilitadores do 3º Grupo de municípios – setembro de 2009 (54 municípios e 104 docentes/ facilitadores para 2.839 ACS); II Capacitação Pedagógica de 40 horas para os docentes/facilitadores do 3º Grupo de municípios – março de 2010 (54 municípios e 104 docentes/ facilitadores para 2.839 ACS); I Capacitação Pedagógica de 40 horas para os docentes/facilitadores do 4º Grupo de municípios – maio de 2010 (45 municípios e 110 docentes/ facilitadores para 2.290 ACS); I Capacitação Pedagógica de 40 horas para os docentes/facilitadores do 5º Grupo de municípios – dezembro de 2010 (11 municípios e 20 docentes/ facilitadores); II Capacitação Pedagógica e II Mostra do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde “O que (a)gente tem para contar..” de 40 horas para os docentes/facilitadores do 3º e 4º Grupos de municípios– janeiro de 2011 (300 participantes entre docentes/ facilitadores e Agentes Comunitários de Saúde). (MARANHÃO, 2011b, p. 4)

Além das referidas capacitações, os docentes/ facilitadores têm encontros periódicos com os apoiadores matriciais da ETSUS-MA, a fim de serem acompanhados e orientados na execução das atividades pedagógicas e administrativas, no que concerne o processo de formação dos ACSs. (MARANHÃO, 2011b, p. 11).

Em relação ao monitoramento e avaliação considera-se um processo contínuo para prestar apoio técnico no planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades educacionais; construir pontes entre a educação e a saúde; garantir a integração ensino/serviço; mediar questões administrativas e educacionais; suscitar a participação de todos na ação educativa; articular com os gestores municipais de saúde, facilitadores/docentes, alunos e demais trabalhadores de saúde, através de estratégias necessárias, para assegurar os objetivos do curso; assegurar junto ao gestor o cumprimento do

Termo de Adesão assinado junto à Escola; atender a demanda dos municípios em momentos especiais: aula inaugural, solenidade de conclusão de curso, entre outros. (MARANHÃO, 2011).

O acompanhamento é feito por meio do Apoio Matricial, em média com um apoiador para cada 4 (quatro) municípios. Estes desenvolvem suas atividades em parceria com os gestores das unidades regionais de saúde e gestores municipais de saúde, bem como com os docentes-facilitadores, alunos e corpo técnico da escola. Mensalmente os apoiadores acompanham as aulas nos municípios recebem dos docentes-facilitadores os instrumentos pedagógicos de gestão escolar do curso TACS e encaminham à coordenação do curso. São produzidos por cada apoiador relatórios descrevendo e analisando as atividades desenvolvidas no mês nos municípios e na escola (MARANHÃO, 2012).

A avaliação do Curso se desenvolve pelo aprimoramento das competências e habilidades. Para o processo de avaliação são utilizados instrumentos como: Matriz de Avaliação, observação da prática, estudo de casos, relatórios técnicos, trabalhos de grupos e individuais, criatividade, liderança, dinamismo etc. Para efeito de registro, é utilizada a terminologia CD – Competência Desenvolvida, e CED – Competência em Desenvolvimento. (MARANHÃO, 2012)

QUADRO 6 - Resumo da Execução do Curso TACS

GRUPO I E II - 2008/2009

REGIONAIS	Nº MUNICÍ-PIOS	Nº TUR-MAS	Nº TOTAL ALUNOS	Nº DESIS-TENTES	Nº DE ALUNOS CONCLU-DENTES ATÉ JANEIRO/2010	Nº DE ALUNOS EM CONCLU-SÃO
GRANDE SÃO LUÍS	4	17	529	15	514	514
ROSÁRIO	11	20	679	06	673	673
ITAPECURU MIRIM	12	24	697	17	680	680
CHAPADINHA	13	28	937	22	915	915
PINHEIRO	15	30	822	21	801	801
VIANA + AÇAILÂNDIA	14	34	1.069	07	1.062	1.062
SANTA INÊS	10	30	893	18	875	875
TOTAL	79	183	5.626	106	5.520	5.520

Fonte: ETSUS-MA (Documento Resumo de Atividades do curso ACS, 2011).

GRUPO III – 2010

REGIONAIS	Nº MUNICÍ-PIOS	Nº TUR-MAS	Nº TOTAL ALUNOS	Nº DESIS-TENTES	Nº DE ALUNOS CONCLU-DENTES ATÉ JANEIRO/2010	Nº DE ALUNOS EM CONCLU-SÃO
BACABAL	11	24	695	22	673	673
CHAPADINHA	1	03	80	-	80	80
CODÓ	5	17	517	01	516	516
PEDREIRAS	11	19	551	02	549	549
PINHEIRO	2	05	167	-	167	167
ROSÁRIO	1	02	39	01	38	38
SANTA INÊS	2	04	127	02	125	125
ZÉ DOCA	15	27	699	19	680	680
TOTAL	48	101	2.875	47	2.828	2.828

Fonte: ETSUS-MA (Documento Resumo de Atividades do curso ACS, 2011).

GRUPO IV - 2010

REGIONAIS	Nº MUNICÍ-PIOS	Nº TUR-MAS	Nº TOTAL ALUNOS	Nº DESIS-TENTES	Nº DE ALUNOS CONCLU-DENTES ATÉ JANEIRO/2010	Nº DE ALUNOS EM CONCLU-SÃO
CAXIAS	06	22	632	06	626	626
CODÓ	01	08	279	03	276	276
PEDREIRAS	02	02	40	-	40	40
PRESIDENTE DUTRA	14	25	686	04	682	682
SÃO JOÃO DOS PATOS	15	22	656	07	649	649
TIMON	04	18	574	03	571	571
ZÉ DOCA	03	04	105	06	99	99
TOTAL	45	101	2.972	29	2.943	2.943

Fonte: ETSUS-MA (Documento Resumo de Atividades do curso ACS, 2011).

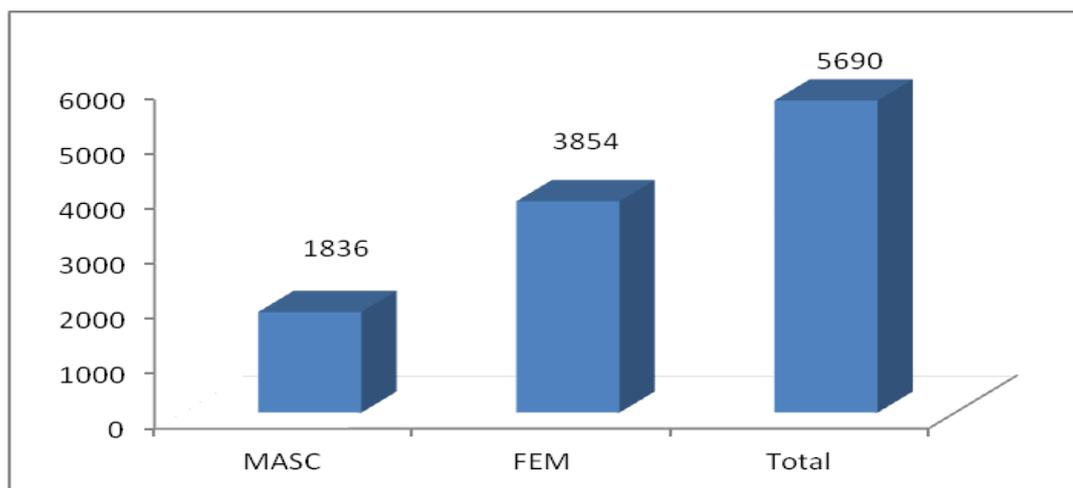
GRUPO V - 2011

REGIONAIS	Nº MUNICÍ-PIOS	Nº TUR-MAS	Nº TOTAL ALUNOS	Nº DESIS-TENTES	Nº DE ALUNOS CONCLU-DENTES ATÉ JANEIRO/2010	Nº DE ALUNOS EM CONCLU-SÃO
AÇAILÂNDIA	07	16	487	01	486	486
BARRA DO CORDA	08	25	736	03	733	733
BALSAS	14	22	709	-	709	709
GOV.LUIZ ROCHA	01	01	21	01	20	20
IMPERATRIZ	14	32	945	02	943	943
TOTAL	44	96	2.898	07	2.891	2.891

Fonte: ETSUS-MA (Documento Resumo de Atividades do curso ACS, 2011).

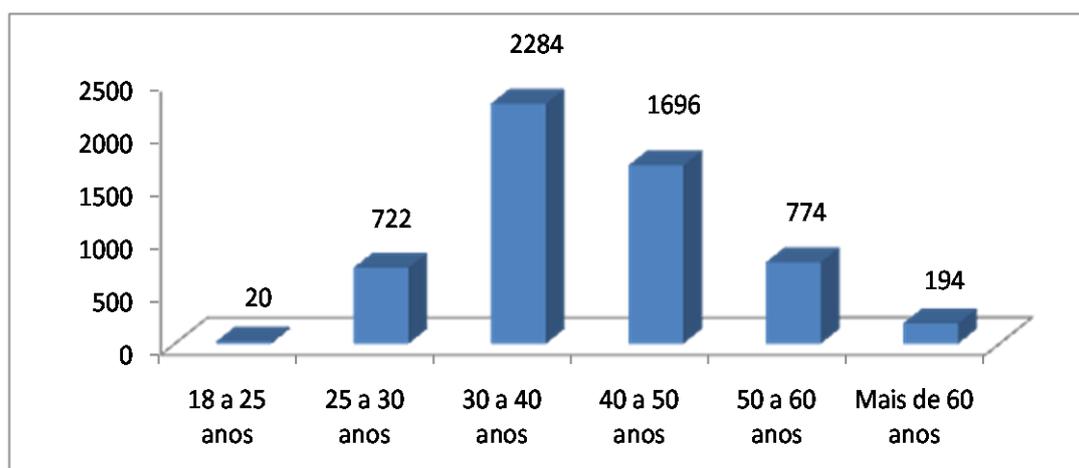
Entre os ACSs que se matricularam nos Grupos I e II¹¹ a grande maioria é do sexo feminino conforme gráfico 6, abaixo, o que demonstram a grande tendência de feminilização dessa categoria profissional.

GRÁFICO 6 – ACS (Grupo I e II) por sexo que se matricularam na Etapa formativa I do Curso TACS-ETSUS-MA



Em relação à faixa etária dos ACSs que se matricularam na etapa Formativa I (dados referentes aos grupos I e II) a grande maioria tem entre 30 a 40 anos conforme gráfico a seguir:

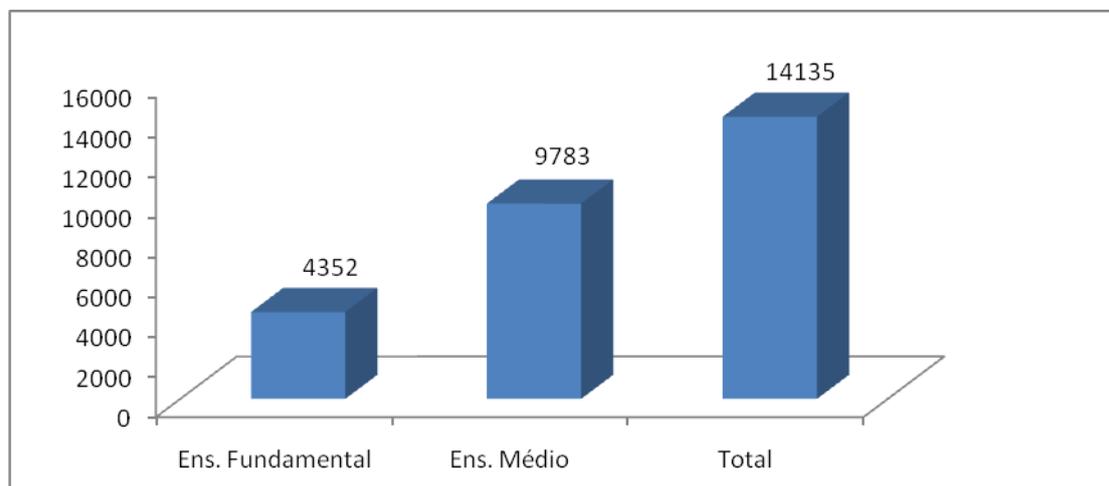
GRÁFICO 7 – Faixa etária dos ACSs (Grupo I e II) que se matricularam na Etapa formativa I do Curso TACS-ETSUS-MA



¹¹ Os dados apresentados referentes aos grupos I e II (distribuição por sexo, idade e escolaridade) foram retirados das fichas de matrículas dos ACS nos arquivos da Secretaria Escolar da ETSUS-MA. Os dados referentes à escolaridade dos demais grupos foram retirados do SISTEC.

Entre os ACS que se matricularam na etapa formativa I a escolaridade é:

GRÁFICO 8 – Escolaridade dos ACSs (Grupos I, II, III, IV, e V) que se matricularam na Etapa formativa I do Curso TACS- ETSUS – MA.



Em relação à escolaridade dos ACSs, os dados adquiridos junto às fichas de matrícula dos ACSs (Grupos I e II) e dados do Sistema Nacional de Informações da Educação profissional e Tecnológica - SISTEC referentes aos (Grupos III, IV e V) nos mostram que grande quantidade dos ACSs que realizaram a I Etapa do curso tem somente o ensino fundamental.

Portanto, se considerarmos que para a conclusão do Curso TACS, já que a escola não oferece a modalidade integrada, os ACSs precisam ter concluído o ensino médio, deveria ser de interesse do Estado que estes trabalhadores já estivessem cursando o ensino médio ou já tê-lo concluído. Nos documentos analisados não se verificou nenhuma iniciativa de elevação da escolaridade desses trabalhadores.

Do quadro total de professores que ministraram aula, na I etapa do curso TACS, verificou-se que a grande maioria (estimada em 99%) foi composta por enfermeiros das equipes de Saúde da família, entre outras categorias (1%) encontramos: médico, pedagogo, farmacêutico, médico veterinário, psicólogos, terapeuta ocupacional, dentista, fisioterapeuta e nutricionista.

A escola não dispõe de um quadro fixo de professores, até o período estudado os docentes são contratados temporariamente em função dos cursos oferecidos. No caso do curso TACS foram contratados por hora-aula, por intermédio da Fundação Sôusândrade da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Autores como Pereira e Ramos (2006) esclarecem que a não disposição de um quadro fixo de professores nas ETSUS e o fato de trabalharem temporariamente pode resultar em pouco comprometimento dos mesmos com o projeto pedagógico. Esclarecem também que a estratégia de se trabalhar com um quadro fixo mínimo foi mais utilizada inicialmente para se obter a aceitação dos gestores. “Esse fato traduz mais uma negociação para viabilizar as ETSUS. Ou seja, essa condição é dada pelas circunstâncias econômicas e políticas para ‘baratear’ o custo das escolas.” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 53)

As autoras acrescentam ainda “Nesta negociação, o vínculo precário dos profissionais que atuam na docência não é o melhor para o processo de ensino-aprendizagem, pois o quadro fixo de professores possibilitaria uma melhor qualificação desses docentes.” (PEREIRA; RAMOS, *ibidem*).

Outra dificuldade que se aponta é em relação ao apoio e entendimentos dos gestores municipais para liberação de professores e alunos e outros apoios logísticos. Há relatos de entraves em alguns municípios, conforme os documentos citados.

Assim, o curso TACS oferecido aos ACS do estado do Maranhão, segue as seguintes diretrizes: a descentralização, interação ensino-serviço, o profissional atuando como professor, organização curricular com base em competências e na metodologia da problematização, o contrato dos docentes temporário e o ensino técnico desvinculado do ensino médio.

Acredita-se que para a ETSUS-MA seja um desafio o acompanhamento do processo ensino-aprendizagem devido à grande extensão territorial (333.365,6 km²) e a quantidade de municípios (217) posto que se concentrem os processos administrativos na capital do estado e descentralizam-se os cursos nos diversos municípios. Por outro, a própria efetivação da proposta pedagógica de integração ensino-serviço, em cujo cerne está a utilização das unidades de saúde como espaços de aprendizagem e os profissionais de nível superior dos serviços para atuarem como professores, visto que os profissionais da área da saúde não tenham formação pedagógica, com algumas exceções, por mais que as escolas se preocupem com capacitações nesse sentido. E, ainda, porque as unidades de saúde nem sempre dispõem de infraestrutura adequada para a realização dos cursos. Além do mais, nem sempre conta-se com o apoio e entendimentos dos gestores municipais para liberação de professores e alunos e outros apoios logísticos.

Outra dificuldade que se aponta é a falta de autonomia financeira, apesar de a escola ser uma unidade administrativa descentralizada, precisa submeter os processos à aprovação da SES-MA. A escola “Recebeu em 1º de Dezembro de 2006, por meio do Decreto nº 26.098 em

seu artigo 2º, a condição de órgão desconcentrado sob regime especial de autonomia relativa” (MARANHÃO, 2012, p. 11).

Em relação à gestão escolar, os cargos diretivos são nomeados pela Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. A gestão escolar democrática é um item a ser construído.

Conforme Silva (2008) tem-se que considerar o contexto atual, que tem influído decisivamente sobre a gestão democrática das escolas.

As trajetórias percorridas, em prol da construção da gestão democrática no âmbito da educação escolar, são coetâneas do processo de democratização política da sociedade brasileira. Entretanto, é possível afirmar que os processos de democratização da gestão escolar ainda são tênues, marcados por uma tendência autocrática e centralizadora, em detrimento de uma participação compartilhada com os diferentes segmentos escolares. (SILVA, 2008, p. 73).

Segundo Ramos (2010), em pesquisa realizada nas ETSUS, percebe-se uma preocupação com a formação política, influenciada pelo pensamento freireano, assim como uma associação entre educação profissional em saúde e o SUS.

A autora destaca que vincular a formação aos princípios de SUS e compreendê-lo como parte de uma totalidade mais ampla, se apresenta como potencialidade para o desenvolvimento de uma concepção histórico-crítica.

Percebemos que essa ideia atravessa a reflexão dos representantes das escolas, mas não conseguimos vê-la de forma elaborada e consciente. É como se esse sentido estivesse autoevidente na afirmação de que a finalidade da educação é formar profissionais para o SUS. Também não se percebe uma elaboração, salvo em algumas entrevistas, entre a natureza econômico-social e a política do SUS e tais determinações na relação entre trabalho e educação do técnico em saúde. Se esta consciência existe, não se pode vê-la como fundamento explícito de uma concepção epistemológica, éticopolítica e pedagógica das escolas. A explicitação e o aprofundamento dessa compreensão provavelmente levariam à crítica da epistemologia pragmática e da hegemonia da referencia na micropolítica, abrindo caminhos para que a concepção de formação politécnica e omnilateral desse direção às práticas das ETSUS. (RAMOS, 2010, p. 273).

Sendo assim, a formação de sujeitos críticos, capazes de compreender os fundamentos e as contradições do processo produtivo capitalista e de questionar as formas de exploração aos trabalhadores, com valores alicerçados em justiça, dignidade e respeito ao outro, apesar de todos os avanços, é um desafio a ser enfrentado.

3.3 A organização política dos ACSs do estado do Maranhão

Os Agentes Comunitários de Saúde, além de representarem força de trabalho muito importante para o SUS, também representam uma categoria profissional que ao longo de sua história recente tem participado de um processo de organização em todo o Brasil que no âmbito do SUS tem se mostrado com muita força e, por isso, tem alcançado por meio de sua luta inúmeras conquistas.

Como exemplo dessas conquistas destaca-se a criação da profissional de ACS em 2002 e a luta por melhores condições de trabalho e formação profissional. Recentemente a luta é pela aprovação do piso salarial para a categoria, além de outras conquistas a nível municipal.

Uma entidade a nível nacional congrega esses trabalhadores que é a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de saúde – CONACS, entidade civil, dotada de personalidade jurídica, sem fins lucrativos, constituída pelas representações das Federações Estaduais de Agentes Comunitários de Saúde. Tal entidade tem como principal premissa: lutar para que os direitos dos agentes Comunitários de Saúde sejam reconhecidos enquanto categoria profissional.

A sede dessa entidade situa-se em Recife – Pernambuco e há filiados em todos os estados brasileiros.

A Federação Maranhense dos Agentes Comunitários de Saúde - FEMACS, filiada a CONACS, foi fundada em 23 de outubro de 2004. É o órgão sindical que congrega sindicatos dos trabalhadores públicos que ocupam legalmente função ou cargo de Agente Comunitário de Saúde na base territorial do estado do Maranhão. Envolvendo também os aposentados, com vínculos, tem com premissas principais lutar, defender e representar administrativamente e judicialmente os interesses individuais e coletivos dos ACSs, além de lutar por melhores salários e condições de trabalho e vida para a categoria.

No Maranhão há atualmente 19 sindicatos regionais, cada um congregando vários municípios, filiados a FEMACS: Sindicato da regional de Açailândia (delegacias em 12 municípios); Alto Turi (com 18 delegacias); Bacabal (10 delegacias); Barra do Corda (10 delegacias); Itapecuru (9 delegacias); Viana (9 delegacias); Pinheiro (15 delegacias); Chapadinha (14 delegacias); Codó (6 delegacias); Presidente Dutra (16 delegacias); São João dos Patos (14 delegacias); Imperatriz (9 delegacias); Santa Inez (18 delegacias); Rosário (6

delegacias); São José de Ribamar (4 delegacias); Caxias (6 delegacias); Balsas (14 delegacias); Barreirinhas (3 delegacias); Pedreiras (10 delegacias).

Cada sindicato tem um conjunto de lutas a nível nacional, estadual e municipal. Dentre as principais lutas da FEMACS atualmente encontram-se a institucionalização de Lei reajustando os salários dos ACSs em todo o estado em torno de 40%. Para isso, têm acontecido reuniões na Comissão de Saúde da Assembleia legislativa com representações dos ACSs de vários municípios.

Em 2012 a FEMACS encaminhou carta reivindicatória solicitando o cumprimento da aliança tripartite do Pacto pela Saúde. Foi proposta a formação de uma comissão técnica composta por representantes da Comissão de Saúde da Assembleia legislativa, representantes das áreas técnicas da Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência da Atenção Básica, Departamento de Atenção à Saúde da Família e Escola Técnica do SUS, para elaborarem uma proposta que garantisse a participação do Estado no financiamento da atenção primária em saúde, ou seja, o financiamento tripartite- nacional-estadual-municipal.

Existem outras entidades não filiadas a CONACS e que representam os ACS, como é o caso do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do município de São Luís -Maranhão - SINDACS/SLZ, criado em 9 de maio de 2003, situado à Rua 18 de novembro 310, Canto da Fabril no centro de São Luís.

São princípios desse Sindicato: a) A luta intransigente pelos interesses imediatos e históricos dos trabalhadores, por uma sociedade sem exploração onde impere a democracia, as liberdades individuais, a igualdade econômico-social e a solidariedade; b) Como sindicato classista, garantir o exercício da mais ampla democracia em todas as suas instâncias, assegurando a completa liberdade de expressão aos seus filiados, conjugada a uma firme unidade de ação; c) A promoção da cultura, da defesa da saúde, da assistência médica e social, e o bem-estar da coletividade.

O SINDACS é filiado à NCST/MA (Nova Central Sindical); ao COMASCE (Comitê de Mobilização e Articulação dos ACSs e ACEs do Maranhão) e agrupam os Sindicatos municipais dos municípios: Grajaú - MA, Formosa - MA, Cachoeira Grande - MA e Timom – MA.

Em 2010 o SINDACS comandou uma greve geral da categoria, através da qual reivindicavam, entre outros, o aumento salarial e melhores condições de trabalho. Como resultados tiveram um aumento de 6% referente ao ano de 2009. (Projeto de Lei 185/2010).

Desta forma, essa categoria profissional tem se organizado no Maranhão e tem conseguido avançar na luta pela garantia dos seus direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parte-se da compreensão de que os resultados de qualquer estudo que se debruce sobre a realidade social possam ser sempre parciais, provisórios e nunca acabados, no máximo uma aproximação do real, posto que a realidade esteja sempre em transformação e seja muito mais complexa, dinâmica e contraditória do que se apresenta. Com essa ressalva nos propomos a fazer algumas considerações.

Primeiramente, considera-se que o trabalho é uma atividade exclusiva do ser humano e é por meio do trabalho que o homem interage, transforma a natureza e, nesse processo, também se transforma. Tem-se, portanto, que o trabalho é a essência do homem, posto que seja através da ação consciente no trabalho que produz e reproduz a sua existência e deixam emergir toda a sua humanidade.

Assim sendo, se entendemos o trabalho como atividade estruturante do ser humano, de onde emerge todo o potencial humano de criação e no qual reside um princípio educativo, visto que é por meio do trabalho que se constrói a vida e é nesse processo que se aprende e se ensina; se entendemos a saúde como resultante das condições de habitação, trabalho, educação, lazer, emprego, liberdade, posse da terra, acesso aos serviços de saúde, atendimento de qualidade e não como o oposto de doença; e o trabalho em saúde como uma prática social capaz de satisfazer as necessidades de saúde; entende-se também a educação como um processo de transformação social, no qual se apreende os elementos para questionar as desigualdades sociais capitalistas e buscar formas de superá-las e não somente como um processo formativo em que aprendemos para trabalhar para o capital.

Desta forma, se entendemos a educação como um processo de formação humana em todas as suas dimensões, e se a formação do homem se dá por meio do trabalho, entende-se também que seja inconcebível separar o trabalho da educação, a teoria da prática, a reflexão da ação, as atividades manuais das atividades intelectuais.

Sabe-se, entretanto que, com a divisão social e técnica do trabalho no modo de produção capitalista, as atividades intelectuais e materiais cabem a indivíduos distintos. Ou seja, quem possui os meios de produção detém também os conhecimentos gerados pela ciência, que são construídos e distribuídos em consonância com os seus interesses. Os trabalhadores, que detêm apenas a força de trabalho, somente conhecem o que é de interesse dessa classe e são impedidos de elaborar conhecimentos a seu favor, porque não dispõem dos elementos para isso (KUENZER,1991). Assim, por não conhecer o processo de trabalho na

sua totalidade e os fundamentos e as contradições da sociedade capitalista, são cada vez mais alienados e explorados.

Tal divisão entre os que possuem os meios de produção e os que dispõem somente da força de trabalho a qual vende em troca de um salário, representa uma contradição e ao mesmo tempo uma dissimulação, visto que aos capitalistas interessa adquirir esse tempo de trabalho pelo menor preço possível, que gerenciado de tal forma o salário represente apenas uma parte do trabalho pago, o restante transforma-se em sobrevalor, ou seja, mais-valia ou tempo de trabalho não pago. Mas, no entanto se constrói uma representação de estar-se numa situação de igualdade, o que é referendado pelo contrato de trabalho que legaliza essa situação desigual. (FRIGOTTO, 2005, p. 63).

Nas relações sociais de produção têm-se de um lado os trabalhadores com a função de execução e, do outro, os donos dos meios de produção que ficam com o planejamento e o comando do processo produtivo. Ao longo da história tal determinação tem reforçado as relações capitalistas, servindo para se explorar cada vez mais a classe que vive do trabalho.

A instituição escola, no seu percurso histórico, tem reforçado estas relações capitalistas desiguais, por ter sido um espaço privilegiado de expressão dessa divisão, constituindo-se como “[...] espaço por excelência, do acesso ao saber teórico, divorciado da práxis, representação abstrata feita pelo pensamento humano, e que corresponde a uma forma peculiar de sistematização, elaborada a partir da cultura de uma classe.” (KUENZER, 2004b, p. 3).

Assim, as origens da escola e sua trajetória apresentam-se ligadas à ideologia burguesa dominante, colocando-se, portanto, como um instrumento de reprodução das relações de produção e, conseqüentemente, de dominação e de exploração.

Desta forma, a formação do homem traz a determinação do modo de produção, quando este se modifica, também se modifica a forma como os homens são educados. Portanto, é o modo de produção que determina como se produz e se socializa os conhecimentos (SAVIANI, 2002).

No contexto de reestruturação produtiva do capital e de mudanças paradigmáticas, o tipo de trabalhador requisitado pelo capital durante muito tempo, que tinha como base o taylorismo/fordismo, educado para desenvolver tarefas específicas e parceladas no processo de trabalho, não interessa mais ao capital. Agora se constrói um novo trabalhador, cujos pensamentos, valores e ações estão em consonância a esse novo momento da sociedade capitalista, a era da acumulação flexível. Ou seja, “uma nova concepção de mundo que

fornece ao trabalhador uma justificativa para a sua crescente alienação e ao mesmo tempo suprisse as necessidades do capital.” (KUENZER, 2004b, p. 2).

Esse trabalhador multitarefa e polivalente no discurso dominante precisa estar cada vez mais preparado, qualificado, para enfrentar as mudanças no mundo do trabalho. É nesse sentido que se busca incessante qualificação. No entanto, somente poucos, altamente capacitados, têm o domínio do processo de trabalho, continuando a divisão entre os que pensam e executam, entre capitalistas e trabalhadores.

Previtali (2011) esclarece que historicamente o capital se apropria dos saberes dos trabalhadores, transformando em técnica a ser aplicada na produção de mercadorias, resultando em um processo constante de desqualificação profissional e intensificação do trabalho.

Assim, nesse novo tempo o trabalho humano tem sido intensamente degradado, explorado e alienado. Como se refere Antunes (2010), como não se pode acabar com o trabalho vivo (trabalho humano), reduz-se a força do trabalho vivo em algumas áreas e ampliam-se em outras e aumentando intensamente a sua produtividade, amplia-se também o maquinário tecnocientífico (trabalho morto) e, nesse cenário, amplia-se o trabalho desqualificado e precarizado.

Lucena (2011, p. 7) comenta:

Um precário mundo do trabalho surge com essas mudanças. Os proletários com o toyotismo permanecem alienados do e pelo trabalho. A realização de múltiplas tarefas não coloca os trabalhadores em nenhuma relação de privilégio sobre o processo produtivo. O reino da alienação produz uma deformidade que confunde os trabalhadores e suas representações políticas. Enquanto imaginam que caminham pelos “jardins da sabedoria de “Zeus” não percebem que estão condenados ao exílio no labirinto sem saída dominado pelo “Minotauro”.

Então, nos dias atuais, há um discurso da necessidade de qualificação dos trabalhadores para ocupar uma vaga no mercado de trabalho e, assim, de que a sua não inserção ocorre porque não há mão-de-obra qualificada de acordo com as necessidades desse mercado. Tal discurso serve para escamotear o problema do desemprego, pois a qualificação não garante um lugar no mercado de trabalho, isto porque não há lugar para todos em condições de trabalhar.

Trata-se do discurso de qualificação para empregabilidade, que se apresenta para responsabilizar o trabalhador pela sua saída do mercado de trabalho, pois no discurso dominante é ele que não tem condições de competir porque antes não se qualificou. Tal

situação faz com que se fortaleça uma espécie de conformismo do trabalhador com sua situação de subalternidade no processo de trabalho.

Desta forma, o processo de desqualificação do trabalho tem tido sua maior expressão no aumento do trabalho precarizado, na terceirização e na perda constante de direitos sociais adquiridos historicamente como muita luta pelos trabalhadores.

Como se refere Kuenzer (2004b) há um processo de exclusão includente e inclusão excludente, ou seja, exclui-se o trabalhador destituindo seus direitos, inclui-se novamente em uma situação pior, sem direitos sociais garantidos, ou por outra se inclui ao se ofertar diversas formas de capacitação, mas se exclui por que não há emprego para todos em condições de trabalhar, mesmo altamente capacitados.

O Governo Federal tem anunciado taxas crescentes de emprego, no entanto majoritariamente o tipo de emprego que temos tem por base a terceirização, a informalidade e baixos salários.

França, Scocuglia (2011) chamam atenção para um aspecto importante, relatado no documento “Tendências do Mercado de Trabalho Brasileiro” elaborado pelo Ministério do Trabalho: a existência de mão-de-obra reprimida que aguarda a inserção no mercado de trabalho, informando ainda que o perfil etário dos trabalhadores inseridos mudou em decorrência do nível de qualificação exigida, a faixa de 25 a 39 anos é a que tem atendido a esses pré-requisitos por serem mais qualificados e experientes. Diante disso, indagam os autores se o que ocorre se daria porque, diante da falta de emprego, eles aceitam qualquer coisa e as empresas optam por esses trabalhadores, mesmo que o cargo não exija maiores qualificações e, ainda que essa exigência por maior qualificação ocorra, se seria porque há a oferta de mão-de-obra qualificada que está disposta a ganhar cada vez menos.

Essas são algumas das mudanças anunciadas no mundo do trabalho, que na verdade têm servido para a valorização do capital e não para a emancipação do trabalhador.

Nessa perspectiva, a educação escolar tem contribuído para a formação desse novo cidadão ao desenvolver práticas educativas cujo objetivo é adapta-los às mudanças no mundo do trabalho e colaborar para o funcionamento do capitalismo. Com esse sentido é que a pedagogia das competências aparece como a principal referência dos projetos educativos. Tal pedagogia, pertencente ao rol das pedagogias acríticas, tem contribuído para a alienação cada vez maior dos trabalhadores. Como diz Ramos (2010), podendo até formar pessoas que lidam bem com o trabalho, mas não capazes de transformar a realidade.

Nesse sentido, a formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde, ao se basear nesse referencial, deixa de ser crítica para o exercício da cidadania e fundamenta-se

para o exercício do trabalho, podendo até contribuir para o exercício profissional, mas não necessariamente para a formação de sujeitos críticos.

Entretanto, as escolas podem inserir-se em uma perspectiva de transformação social, pois, se com a mediação da escola formam-se indivíduos enquanto força de trabalho necessário para manutenção do capitalismo, na escola também se podem adquirir saberes que permitam refletir e resistir à exploração e dominação da ordem capitalista e, com essa reflexão, contribuir para a sua transformação.

Segundo Kuenzer (2004b) o ensino na perspectiva da Politecnia seria uma dessas possibilidades, posto que se crie a possibilidade de construção do novo e permita aproximações sucessivas da verdade, que nunca se conhece plenamente e nem nunca se encerra, pois haverá sempre algo novo para conhecer.

Nessa perspectiva, a formação politécnica na sociedade capitalista se constitui num desafio para aqueles que não aceitam de forma submissa a realidade que está posta e acreditam que outra realidade é possível.

Refletindo sobre o trabalho dos ACSs, considera-se que as atribuições desse profissional são muitas e amplas, assim como os riscos e as cargas a que são submetidos no seu processo de trabalho. Os adjetivos dirigidos a esses trabalhadores de elo entre as necessidades e o atendimento em saúde, ponte entre o saber popular e o científico, mediador social e muitos outros, e o elenco de atribuições desse trabalhador, mostram-nos que o trabalho que desenvolvem não é tão simples. Portanto, viver e conhecer a comunidade e passar por uma qualificação básica e capacitações específicas durante o desenvolver do trabalho, podem não bastar para os cuidados em saúde que a população precisa, merece e tem direito de ter.

Assim, a qualificação básica, apesar de ser uma oportunidade de aprendizado e permitir repensar sobre a prática, parece não ter influência nas condições de trabalho dessa categoria e nem nos salários. Com a formação completa, se tornados técnicos, pelo menos poderiam reivindicar melhores salários e reconhecimento social.

No entanto, para essa categoria profissional, nem a essa educação classista estão tendo o direito. Visto que até o momento não se conta com financiamento para a formação completa.

Endente-se que o aumento de escolaridade do ACS, ao contrário de distanciá-lo de suas atribuições, pode contribuir para melhor desenvolver o seu trabalho que é de grande relevância para a saúde pública e conseqüentemente para a população.

Considera-se que cuidar bem é entender a saúde como qualidade de vida e direito do cidadão. Para isso, a mediação de um processo de educação mais amplo e crítico para o exercício da cidadania pode ser muito importante, na medida em que possibilita refletir sobre a prática, sobre as condições de trabalho e, sobretudo, sobre as mudanças que precisam acontecer na saúde pública.

Nessa perspectiva, vislumbra-se a formação profissional do ACS como uma proposta voltada para contribuir para uma atitude crítica diante da realidade, o que significa questionar o quanto são desumanas as formas que o trabalho assume no capitalismo e, com essa compreensão, fortalecer a luta coletiva contra tal opressão.

Nesse sentido, as instituições formadoras precisam se contrapor às práticas educativas cujo objetivo é adaptar os trabalhadores as mudanças no mundo do trabalho e colaborar para o funcionamento do capitalismo. E caminhar rumo a uma educação emancipadora, contribuindo para a construção de “um projeto contra-hegemônico radicalmente diferente do que predominou até então”. Vislumbrando-se que “uma nova concepção deve tomar a educação profissional como importante mediação no processo de construção do conhecimento científico e tecnológico.” (RAMOS, 2006, p. 105).

Torna-se muito importante que as instituições formadoras compreendam a formação do trabalhador como um processo político educacional amplo, que somente terá sentido se levá-los a ações conscientes e crítica no mundo do trabalho e não se limitar a uma formação instrumental.

Sabe-se, entretanto, que pensar a educação profissional em saúde como uma educação crítica é algo imbricado de contradições, uma vez que o projeto societário em curso impõe a negação de direitos e exige a formação de um trabalhador apenas capaz de atender a polivalência requerida pela nova ordem societária, o que inviabiliza uma educação que possa ser mediação da libertação, da emancipação e de construção da cidadania (FRIGOTTO, 2005).

Assim, a formação de sujeitos críticos, capazes de compreender os fundamentos e as contradições do processo produtivo capitalista, de questionar as formas de exploração aos trabalhadores e com valores alicerçados em justiça, dignidade e respeito ao outro, apesar de todos os avanços, é um desafio a ser enfrentado.

Sendo assim, resta ao movimento organizado dos ACSs continuar lutando por melhores condições de trabalho e formação profissional. Inclusive, por uma proposta de formação voltada para a emancipação, “[...] entendida no patamar de uma compreensão por parte do trabalhador da lógica a que é submetido pela sociedade administrada a favor do

capital. Educação, portanto como contraponto e como resistência ao existente.” (PEREIRA, 2008, p. 394). Desta forma, essa educação poderá ter sentido não somente para os ACSs, mas para todos os trabalhadores.

Os resultados desse estudo sugerem que os projetos de formação profissional dos trabalhadores para a saúde pública têm se orientado mais no sentido de adaptá-los às mudanças no processo de trabalho em saúde.

Finalmente, pode-se dizer que as reflexões realizadas sobre o trabalho e a formação do Agente Comunitário de Saúde possibilitam o esclarecimento de muitas questões, assim com suscitaram muitas outras, mostrando que se fazem necessários outros estudos sobre a temática.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1996.

_____. **Os sentidos do trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2009a (2 ed. 10 reimpressão, ver e ampliada) (Coleção Mundo do Trabalho).

_____. Introdução. In: Mézaros. **A Crise Estrutural do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2009b (Mundo do trabalho).

_____. As mutações no mundo do Trabalho. Desafios e perspectivas. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**. Nº 390. Ano XII.2012

_____. A Nova Morfologia do Trabalho, suas Principais Metamorfoses e Significados: um balanço preliminar. In: GUIMARÃES, Cátia (Org.) **Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politecnicista no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

BARCELLOS, C., ROJS, L. I. **Lugares, Territórios e População**, Módulo 3, Unidade I do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR), Editora Fiocruz, ENSP, 2003.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez 2003.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. Volume 2. São Paulo, Cortez, 2008.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença, Cuidado: Complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D' Andrea. **Território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV-FIOCRUZ, 2007a.

_____. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D' Andrea. **Território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV-FIOCRUZ, 2007b.

BORNSTEIN, Vera Joana; MATTA, Gustavo Corrêa; DAVID, Helena. O processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua incidência sobre a mudança do modelo de atenção em Saúde. In: MONKEN, Mauricio; DANTAS, André Vianna. **Estudos de Politécnica e Saúde**. V. 4. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

BRAGA, Ialê Falheiros. A Sociedade Civil e as Políticas de Saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI. In: Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso (org).

SOCIEDADE, Estado e direito à saúde. Coleção Educação Profissionalização e Docência em Saúde: A formação e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro. EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 25 de março 2012

_____. **Lei nº 10.507**, de 10 de julho de 2002, Brasília, 2002.

_____. **Lei nº 11.350** de 5 de outubro de 2006.

_____. **Lei nº 10.836** de 9 de janeiro de 2004 que institui o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/2004-2006/2004/Lei/110.836.htm>

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1886** de 18 de dezembro de 1997.

_____. **Portaria GM/MS n. 1.298**, de 28 de novembro de 2000. Brasília, 2000.

_____. **Portaria GM/MS n. 1.996**, de 2007. Brasília, 2007.

_____. **Portaria GM/MS nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Referencial curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde:** área profissional saúde /Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 25 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde.** V. 3, n.1 (março de 2006)- 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Relatório Final de Pesquisa:** Avaliação do Impacto do Profae na qualidade dos serviços de saúde, 2004.

_____. Ministério da saúde. DATASUS. **SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=0201>> Acesso em dez. 2012.

_____. MDS - **Boletim Dados Municipais**: a extrema pobreza no seu município / panorama municipal. Disponível em: http://aplicações.mds.gov.br/sagi/simulação/layout/teste/miv_novo.php. Acesso em 20 de janeiro 2013.

_____. DATASUS. **IDB** – Indicadores e dados básicos. Brasil, 2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm>. Acesso em 10 de janeiro 2013.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capitalismo monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1987.

CAMPELLO, A.M.M.B; FILHO, D.L.L. Educação Profissional. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (orgs). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CARVALHO, A.M.P. A luta por direitos e a afirmação das políticas sociais no Brasil contemporâneo. In: **Revista de Ciências Sociais**. v.1, ano 1. UFC. 2008.

COUTINHO, Carlos Nelson. O Estado Brasileiro: Gênese, crise, alternativas. In: LIMA, J. C. F; NEVES, L. M. W. (orgs). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

CONTERNO, Solange; REIS, Luis Fernando; SANTOS, Geórgia Sobreira. PROFAB e a lógica neoliberal: estreitas relações. In: **Revista trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 5, nº 1, 2007. p.139-159.

CIAVATTA, Maria. **Mediações históricas de trabalho e educação**: Gênese e disputas na formação dos trabalhadores. Rio de Janeiro: Lamparina, CNPq, Faperj. 2009.

_____. A formação integrada: a escola e o trabalho como lugares de memória e de identidade. In: FRIGOTTO, G; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise Nogueira. (orgs) **Ensino Médio Integrado**: Concepções e contradições. São Paulo: Ed. Cortez, 2005.

CIAVATTA, M.; RAMOS, M. A “era das diretrizes”: a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. **Revista Brasileira de Educação** - ANPED. V.17, nº49 jan-abril, 2012.

CHINELLI; LACERDA; VIEIRA. Os Agentes Comunitários de Saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Márcia Raposo. **Para Além da Comunidade**: Trabalho e qualificação do Agente Comunitário de Saúde. Rio de Janeiro, EPSJV, 2011.

DELUIZ, Neide. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Revista Formação**, v. 1, n. 2, p. 5-16, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DURÃO, Ana Violeta et al. Analisando o processo de qualificação do agente Comunitário de Saúde (ACS). In: Monken, Mauricio; Dantas André Vianna. **Estudos de Politecnia e Saúde**. v. 4. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

DURÃO, Anna Violeta; MOROSINI, Márcia Valéria; CARVALHO, Valéria. Os Agentes Comunitários de Saúde e o conceito de comunidade na configuração de sua qualificação. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Márcia Raposo. **Para Além da Comunidade: Trabalho e qualificação do Agente Comunitário de Saúde**. Rio de Janeiro, EPSJV, 2011.

EDUCAÇÃO profissional e ensino médio integrado no Brasil: um balanço das conquistas e reivindicações. **Revista Poli-Saúde**, Educação, Trabalho, , ano III, nº 15 , p. 2-9, Jan-fev. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2011.

FEDERAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE-FEMACS. **Carta de Intenções enviada a Federação dos Municípios do Estado do Maranhão - FAMEM**, em 11 de dezembro 2012. Maranhão. São Luís. 2012.

FLEURY, Sonia. Reforma do Estado, seguridade Social e Saúde no Brasil. 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.

FRANÇA, Robson Luiz. O Trabalho como Princípio da dignidade da pessoa humana: Estado, educação e cidadania. IN: Lucena, Carlos (org). **Capitalismo, Estado e Educação**. Campinas, SP: Ed. Alínea, 2008.

FRIGOTTO, G; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. N. (orgs). **Ensino Médio Integrado: Concepções e contradições**. São Paulo, Ed. Cortez, 2005.

FRIGOTTO, G. Concepções e mudanças no mundo do trabalho e o ensino médio. In: FRIGOTTO, G; CIAVATTA, M.; RAMOS, M. N. (orgs). **Ensino Médio Integrado: Concepções e contradições**. São Paulo, Ed. Cortez, 2005.

_____. Capital Humano. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (orgs). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008a.

_____. Fundamentos científicos e técnicos da relação trabalho e educação no Brasil de hoje. In: LIMA, J. C. F; NEVES, L. M. W. (orgs). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

_____. Trabalho. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (orgs). **Dicionário de Educação Profissional**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008b.

GALVÃO et al. **As Escolas Técnica do SUS: uma abordagem histórica**. Cadernos de recursos Humanos Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde-Vol. 3, n.1, p 61-83. (mar.2006) Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

GOMES, Maria de Fátima Cabral Marques. Avaliação de políticas Sociais e Cidadania: pela ultrapassagem do modelo funcionalista clássico. In: Silva, Ozanira da Silva (org) **Avaliação de Políticas e Programas Sociais: Teoria e Prática**. São Paulo: Vozes, 2001. p. 17- 34.

IAMAMOTO, Marilda. Estado, classe trabalhadora e política social no Brasil. In: Boschetti, Ivanete et al (orgs). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez editora, 2009.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação profissional**. 9ª edição. São Paulo. Cortez editora, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

KUENZER, Acácia Zeneida. **Educação e trabalho no Brasil o estado da questão**. Brasília: INEP; Santiago: REDUC, 1991.

_____. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Revista trabalho, educação e saúde**, v.2, n.1, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p. 239-265, 2004a.

_____, A. Exclusão includente e inclusão excludente: a nova forma de dualidade estrutural que objetiva as novas relações entre educação e trabalho. In: LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D. & SANFELICE, J. L. (Orgs.) **Capitalismo, trabalho e educação**. 2. ed. rev. – Campinas, SP: Autores Associados, HISTEDBR, 2004b.

LIMA, A. B de. Dez anos de LDB: anos de continua reforma educacional. In: **LDB, Balanços e Perspectivas para Educação Brasileira**. SILVA, Maria Vieira; Marques, Mara Rúbia Alves (orgs). Ed. Alínea, 2008.

LIMA, J. C. F. et al. **Memória da Educação Profissional em Saúde: anos 1980-1990**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2006.

LIMA, J. C. F. Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER. Anakeila de Barros. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Coleção educação profissional e docência em saúde a formação e o trabalho do agente comunitário de Saúde. Rio de janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____. **Política de Saúde e formação profissional dos trabalhadores Técnicos de Enfermagem**. Tese de doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. 2010.

LOPES, Márcia Raposo; DURÃO, Anna Violeta; CARVALHO, Valéria. A Disputa sobre os sentidos do trabalho e da formação dos Agentes Comunitários de Saúde. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Márcia Raposo. **Para Além da Comunidade: Trabalho e qualificação do Agente Comunitário de Saúde**. Rio de janeiro, EPSJV, 2011.

LUCENA C.; FRANÇA, R. L.; PALAFOX G. H. M. Mundialização e trabalho: Um debate sobre a formação dos trabalhadores no Brasil. **Revista HISTEDBR**, n. Especial, p. 147-161, Campinas, maio 2009.

LUCENA, Carlos. Apresentação. In: Afonso Celso Caldeira Scocuglia. et al. (orgs). **O controle do trabalho no contexto da reestruturação produtiva do capital**. Curitiba, PR: Ed. CRV, 2011.

LUZ, Madel Therezinha. Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (orgs). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

LESSARD, Claude; TARDIF, Maurice. As transformações atuais do ensino: três cenários possíveis na evolução da profissão do professor? In: LESSARD, Claude; Maurice. (orgs) **O ofício do professor: história, perspectivas e desafios internacionais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

LESSA, Sergio. Trabalho e sujeito revolucionário: a classe operaria. 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.

LIMA, A.B de. **A natureza social das políticas sociais**. Uberlândia, MG, 2010. Não publicado.

MACHADO, Cristiani Vieira. **Direito universal, política nacional: O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002**. Tese de doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro Instituto de Medicina Social, 2005 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2006/Cristiani_D_MH.pdf acesso em 12/12/2012.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: **Cadernos de RH Saúde**. 3ª Conferencia Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

MACHADO, Maria Helena; MOYSÉS, Neuza Maria Nogueira; OLIVEIRA, Eliane dos Santos (orgs). **Trabalhadores de Saúde em Números**. v.2. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.-Brasília, 2006.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. **Plano de Saúde do estado do Maranhão**, 2008-2011, 2008.

_____. **Plano de Saúde do Estado do Maranhão**, 2011-2015, 2013. No prelo.

_____. **Plano de Curso do ACS**. ETSUS-MA, 2005.

_____. **Relatório Grupos I e II**. ETSUS-MA, 2010.

_____. **Relatório de atividades do Curso TACS, Grupos III, IV e V**. ETSUS-MA, 2010b.

_____. **Relatório Final TACS**. ETSUS-MA, 2011.

_____. **Documento resumo de atividades do curso ACS**. ETSUS-MA, 2011b.

_____. **Portaria nº 082/GS/ SES**, 2004.

_____. **Projeto Político Pedagógico (PPP), ETSUS-MA**. Maranhão, 2012.

_____. **Relatório Final**, ETSUS, SÃO LUÍS. Maranhão, 2012b.

_____. **Relatório de Atividades**, ETSUS/MA, 2008b.

_____. **Relatório TACS – Trimestral**, ETSUS-MA, 2012c.

MARX, Karl. **O capital crítico da economia política**. v.1, livro 1 O Processo de Produção do Capital. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. 1996. São Paulo: Circulo do Livro, 1996.

MARX, Karl. ENGELS, F.A **ideologia Alemã**. Feurbach 2. Ed. São Paulo, Ed Hucitec, 1986.

MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio Cesar França (orgs) **Debates e Sínteses do Seminário Estado Sociedade e formação profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. (Caderno de Debates, 3).

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (orgs). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar. DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho? In: **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 229-248, jul./out. Ed. FIOCRUZ, 2010.

MOURA, Dante Henrique. Educação básica e educação profissional e tecnológica: dualidade histórica e perspectiva de integração. In: **Anais da 30ª reunião anual da Anped**. Caxambu, 2007.

MÉSZÁROS, Istvan. Desemprego e precarização: um grande desafio para esquerda. In: Antunes, Ricardo (org) **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil**. São Paulo: Boitempo, 2006.

_____. **A crise estrutural do Capital**. Tradução, Francisco Raul Cornejo et al- Coleção Mundo do trabalho, São Paulo: Boitempo, 2009.

MOROSINI, Márcia Valéria. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

_____ ; 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.

MENEZES, Clarissa A. Fernandes. **Trabalhadeira, mulher e guerreira: O (precário) trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde em uma abordagem de gênero**. Dissertação de mestrado. Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2011

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. n.50, ano XVII-São Paulo, Ed. Cortez, 1996.

NORONHA, Olinda Maria. Globalização, Mundialização e Educação. In: LUCENA, Carlos (orgs). **Capitalismo, Estado, Educação**. Ed. Álinea, Campinas-SP, 2008.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley. 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/EPSJV, 2008.

NOGUEIRA. Cláudia Mazzei. **A Feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização**. Autores Associados. 2004.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle Oliveira. **A vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis - O agente Comunitário de Saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000. Texto para discussão n. 735.

OIT. **Relatório sobre o trabalho em 2012: Melhores empregos para uma economia melhor**. 2012. Disponível em: www.oit.br/node/821 acesso em 04/06/2012. Acesso em: 10 de setembro 2012.

PAIM, Jairnilson, Silva. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTÁ, 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: FIOCRUZ/EPSJV, 2008.

PAULANI, Leda Maria. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, J. C. F; NEVES, L. M. W. (orgs). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006. p.241-289.

PASTORINI, Alejandra. Quem mexe os fios das políticas sociais? **Revista Serviço Social & Sociedade**, n. 53, 2 mar. 1997, p. 80-101.

PASTORINI, Alejandra. **A categoria “questão social” em debate**. Coleção Questões da Nossa Época; v. 109) São Paulo, Cortez, 2004.

PEDAGOGIA de Problemas. **Rev. POLI-Saúde**, Educação e Trabalho, ano III, nº 16, março e abril 2011.

PEREIRA, Potyara A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: Boschetti, Ivanete et al. (Orgs) **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 87-108.

PEREIRA, Potyara A. cidadania e (in) justiça social: embates teóricos e possibilidades atuais. In: **Serviço Social, Política Social e trabalho: desafios e perspectivas para o século XXI**, FREIRE, Lúcia M. B. Freire; FREIRE, Silene de Moraes; Castro, Alba Tereza Barroso de Castro(orgs). São Paulo, Cortez: UERJ 2006.

PEREIRA, Isabel Brasil. 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.

_____; RAMOS, Marise Nogueira. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

_____, LIMA, Júlio César França. Educação profissional em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (orgs). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEREIRA, M. E. F. D. **Análise do processo de implementação do Plano Nacional de Formação do Trabalhador – PLANFOR**. 2006. 250f. Tese (Doutorado em Economia Aplicada) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, 2006b.

POCHMANN, Márcio. Balanço de duas décadas do emprego no Brasil. **Revista Formação**, v. 2, n. 6, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. As mutações no mundo do trabalho. Desafios e perspectivas. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**. Nº 390-ano XII. 30/04/2012.

POPART, Jean; DESLAURIES, Jean Pierre; GROULX, Lionel-H; LAPERRIERE, Anne; Mayer, Robert, PIRES, Álvaro P. **A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. P 43 a 94.

PREVITTALI, Fabiane Santana. Aspectos Teóricos-Metodológico e Estudos Empíricos setoriais. In: Afonso Celso Caldeira Scocuglia. et al. (orgs). **O controle do trabalho no contexto da reestruturação produtiva do capital**. Curitiba, PR: Ed. CRV, 2011.

PREVITTALI, F. S; FARIA, A. F. Reestruturação Produtiva, Trabalho e Qualificação: um estudo sobre o setor de tabaco em Uberlândia-MG. In: LUCENA, C. (org). **Trabalho, Precarização e Emancipação Humana**. Campinas: Alínea. 2008.

PACHECO, Eliezer. **Perspectivas da Educação Profissional e Técnica de Nível Médio: Proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Secretaria de Educação profissional e Tecnológica do MEC/SETEC. Editora Moderna. Brasília, 2012

RAMOS, Marise. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação**. 3 ed. São Paulo. Cortez, 2006.

_____. Conceitos Básicos sobre Trabalho. In: FONSECA, Angelica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Coleção educação profissional e docência em saúde a formação e o trabalho do agente comunitário de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

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

_____. Currículo por competências. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (orgs). **Dicionário de Educação Profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

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

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais, um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: Mota, Ana Elizabete Et AL, (org). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez Editora, 2006.

RELATÓRIO TÉCNICO Final do Monitoramento da Qualidade do Emprego na ESF. **Estação de Pesquisa de Mercado em Saúde (EPMS), monitoramento da qualidade do emprego na estratégia saúde da família – 2010**. UFMG, Belo Horizonte, julho 2010.

RELATÓRIO PRELIMINAR. Escolas Técnicas do SUS. **Avaliação Institucional do PROFAE**, delimitação de parâmetros para o estabelecimento de sistemas de acompanhamento do mercado de trabalho em saúde, especialmente em enfermagem. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP. Unicamp. 2004.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise Elvira; BLANK, Vera Lúcia Guimarães. A Temática do processo de trabalho em Saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. **Coleção Educação Profissional em Saúde: A formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. FIOCRUZ, 2007.

SADER, Emir. Notas sobre a globalização neoliberal. 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.

SAVIANI, Dermeval. Trabalho e Educação: Fundamentos ontológicos e históricos. In: **Revista Brasileira de Educação**. V. 12. Campinas-São Paulo, 2007.

_____. O choque teórico da politecnia. **Revista trabalho e educação e Saúde**. v.1, n.1, 2002. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. EPSJV.

SCLIAR, Moacyr. Historia do Conceito de saúde. In: **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 17 (1): 2007. p. 29-41.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. O debate sobre a pobreza: questões teórico-conceituais. In: **Revista de Políticas Públicas** - Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. São Luís-MA, V.6 n.2, 2002

SILVA, C.R; SILVA, L.F.; MARTINS, S.T.F. **Marx, ciência e educação**: a práxis transformadora como mediação para a produção do conhecimento. Anais – O método materialista histórico dialético. ABRAPSO (Bauru): ABRAPSO, 2001 v1, n1, p.1-11.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Agente Comunitário de Saúde**: o ser, o saber, o fazer. Rio de janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SÓRIO, Rita Elizabeth. Educação profissional em saúde no Brasil: A proposta das Escolas Técnicas de Saúde no SUS. In: **Revista Formação**, n. 5. v. 2, , 2002. Brasília: Ministério da Saúde. p.45-58.

THEISEN, Neiva Isolete dos Santos. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**: condições de trabalho e sofrimento psíquico. Dissertação de Mestrado. Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, 2004.

VIEIRA, Monica; CHINELLI, Filippina; LOPES, Márcia Raposo. O trabalho e a educação na saúde: a questão dos recursos humanos. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Márcia Raposo. **Para Além da Comunidade**: Trabalho e qualificação do Agente Comunitário de Saúde. Rio de janeiro, EPSJV, 2011.

VIEIRA, Monica et al. Introdução. In: VIEIRA, Monica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Márcia Raposo. **Para Além da Comunidade**: Trabalho e qualificação do Agente Comunitário de Saúde. Rio de janeiro, EPSJV, 2011.

VIEIRA, Monica. As políticas de Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde e o Agente Comunitário de Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. Coleção Educação Profissional em Saúde: **A formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. FIOCRUZ, 2007.

YASBEK, Maria Carmelita. A pobreza e as formas históricas de seu enfrentamento. **Revista de políticas públicas**. São Luís: EDUFMA, v.9. N. 1. P. 217-227. Jan/jun. 2005.

Sites visitados:

RETSUS: <http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Escola> Acesso em 30/05/2011.

<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros> acesso em 30/05/2011

www.dab.saude.gov.br/portal acesso em 26 de novembro de 2012

www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/ISP110207_sispsaude.pdf acesso em 20 de dezembro de 2012.

http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php.

http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php.

www.dab.saude.gov.br/portal acesso em 26 de novembro de 2012.

www.sindrasscodo.com.br,

pronatec.mec.gov.br/institucional/base-legal

<http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>