

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

Juliana dos Santos Reis

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO  
AGENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE:  
análise da proposta de Formação do Programa Proformar.

Rio de Janeiro  
2013

Juliana dos Santos Reis

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO  
AGENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE:  
análise da proposta de Formação do Programa Proformar.

Dissertação apresentada a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV, como requisito para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: José Roberto Franco Reis

Rio de Janeiro  
2013

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

R375f

Reis, Juliana dos Santos

Formação profissional do agente de vigilância em saúde: análise da proposta de Formação do Programa Proformar / Juliana dos Santos Reis. - Rio de Janeiro, 2013.

119 f.

Orientador: José Roberto Franco Reis

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

1. Formação Profissionalizante. 2. Vigilância em Saúde Pública. 3. Política de Saúde. I. Reis, José Roberto Franco. II. Título.

CDD 370.113

Juliana dos Santos Reis

FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO  
AGENTE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE:  
análise da proposta de Formação do Programa Proformar.

Dissertação apresentada a Escola Politécnica  
de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV, como  
requisito para obtenção do título de mestre em  
Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 27/09/2013

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Drº. José Roberto Franco Reis – EPSJV/FIOCRUZ

---

Prof. Drª Neise Deluiz - EPSJV/FIOCRUZ

---

Prof. Drª. Eveline Bertino Algebaile - UERJ

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que nos momentos mais difíceis e profundamente angustiantes me deu forças e coragem para não desistir.

Aos meus pais, Walter Cabral dos Reis e Valdeez Maria dos Santos Reis pelo apoio, incentivo e cuidado. Também aos meus irmãos Walter e Miriam pelo carinho. E a minha segunda mãe, tia Penha pelas orações.

Aos queridos amigos do Departamento de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Viana no Espírito Santo. Vocês fazem parte desta conquista. E em especial a equipe de Agentes da Fundação Nacional de Saúde. Dedico este trabalho a vocês, que me ensinaram e contribuíram muito na minha carreira profissional.

A Fabíola e a Evaneti por todo o carinho e incentivo nas horas mais difíceis. Foi um presente da vida conhecer vocês.

Aos amigos e amigas do mestrado: Amanda, Isis, Jaqueline, Ana Maria, Carmem, Vânia, Theo, Marcos, Maria de Fátima e Fátima Virginia, Rose, Michele, Wagner. Obrigada pelo apoio e carinho, foi muito bom conhecer vocês nesta jornada.

Ao meu orientador José Roberto Franco Reis pela paciência, compreensão ao longo dessa trajetória. Obrigada pelas contribuições.

À Andréia, Estefani, tio Vanderlan e Elis pela recepção, acolhimento e apoio na minha chegada ao Rio de Janeiro.

Ao Eduardo pelo incentivo nos momentos de tristeza e estresses, pela companhia e afeto incondicional. A minha querida Marta, Camila e Marcos pelas orações.

Aos amigos e colegas de trabalho do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, especialmente ao Theo, Fernanda e Alice, que presente ter vocês como amigos, companheiros e incentivadores.

A todos que direta e indiretamente contribuíram para esta conquista.

*“Porque na muita sabedoria há muito enfado; e quem aumenta ciência aumenta tristeza.*

*(Eclesiastes. 1: 18)*

## RESUMO

Aborda as concepções de Educação presentes na proposta do Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde, sinalizando os avanços e desafios observados no processo formativo dos trabalhadores sob a perspectiva pedagógica do programa. Apresenta um estudo nas análises de Harvey (1989) sobre o processo de acumulação flexível que tem imprimido mudanças no processo de trabalho, na organização da produção e do mercado. Antunes (2010) sobre as formas de precarização do trabalho e seus impactos para os trabalhadores. Discorrendo sobre o contexto que tem marcado o campo da educação no Brasil, com as reformas e ajustes na política de educação, na adoção do modelo de competências e sua incorporação aos programas de formação profissional, o estudo fundamenta nas análises de Neves (2005/2008), Deluiz (2001a/2001b) e Ramos (2010, 2006, 2001, 2002). Saviani (2007) sobre as teorias que têm marcado o campo da educação e suas tendências pedagógicas. Sobre a política de saúde e a formação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde, as contribuições de Perreira, (2004), Pronko (2011) e Lima (2007) e de TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, (1998) que apontam para uma nova perspectiva de atuação e organização do trabalho da vigilância em saúde. O resultado da pesquisa destaca que a proposta do Proformar estruturada, desenvolve nos profissionais uma visão ampliada do trabalho em saúde e da Vigilância em Saúde. Conclui enfatizando a importância da proposta formativa em romper com a lógica de competências profissional hegemônica voltada para o mercado e a produção, através de novas formas de pensar e agir diante das demandas de saúde, a construção de práticas sanitárias coletivas e inovadoras.

Palavras-chave: Proformar. Vigilância em Saúde. Formação Profissional.

## **ABSTRACT**

Discusses the concepts of the present proposal of the Education Training Program for Local Agents of Health Surveillance, signaling progress and challenges observed in the training process of workers in the educational perspective of the program. Presents a study on the analysis of Harvey (1989) on the process of flexible accumulation that has imprinted changes in the labor process, in the organization of production and the market. Antunes (2010) on the forms of precarious work and its impacts on workers. Discussing the context that has marked the field of education in Brazil, with the reforms and adjustments in education policy, the adoption of the competency model and its incorporation into training programs, the study is based on analyzes of Neves (2005/2008), Deluiz (2001a/2001b) and Ramos (2010, 2006, 2001, 2002). Saviani (2007) on theories that have marked the field of education and its pedagogical trends. On health policy and vocational training for technical workers in health, contributions Perreira, (2004), Pronko (2011) and Lima (2007) and Teixeira; Paim; Vilasboas, (1998) pointing to a new perspective operation and organization of work of public health surveillance. The survey results highlight that the proposed structured Proformar, develops in an expanded professional healthcare work in Surveillance and Health. Concludes by emphasizing the importance of training proposal to break with the logic of hegemonic professional skills and market-oriented production, through new ways of thinking and acting before the health demands, the construction of collective and innovative sanitation practices.

**Keywords:** Agents of Public Health. Health Surveillance. Training, Proformar.



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ACE</b>	Agente de Combate as endemias
<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>AVISA</b>	Agente Local de Vigilância em Saúde
<b>APA</b>	Atenção Primaria Ambiental
<b>BM</b>	Banco Mundial
<b>BIRD</b>	Banco Interamericano de Desenvolvimento
<b>CEB</b>	Câmara de Educação Básica
<b>CIT</b>	Câmara Intergestores Tripartite.
<b>CNE</b>	Conselho Nacional de Educação
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>CNCT</b>	Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>COSEMS</b>	Conselhos de Secretários Municipais de Saúde
<b>CENEP</b>	Centro Nacional de Epidemiologia
<b>EPSJV</b>	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
<b>ENSP</b>	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>FUNASA</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>FSESP</b>	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
<b>FMI</b>	Fundo Monetário Internacional
<b>FHC</b>	Fernando Henrique Cardoso
<b>LDB</b>	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
<b>MEC</b>	Ministério da Educação
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>NAD</b>	Núcleo de Apoio ao Docente
<b>OECD</b>	Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento
<b>OPS</b>	Organização Pan-americana de Saúde
<b>ONGs</b>	Organizações Não Governamental
<b>PNEPS</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

<b>PROEP</b>	Programa de Expansão da Educação Profissional
<b>PROFAE</b>	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
<b>PROFAPS</b>	Projeto de Formação na Área Profissional de Saúde
<b>PROFORMAR</b>	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SGTES</b>	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
<b>SEMTEC</b>	Secretaria de Educação Média e Tecnológica
<b>SENAI</b>	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
<b>SENAC</b>	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
<b>SNVA</b>	Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde
<b>SUCAM</b>	Superintendência de Campanha
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SVS</b>	Secretaria de Vigilância em Saúde
<b>UNESCO</b>	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
<b>UFES</b>	Universidade Federal do Espírito Santo
<b>VE</b>	Vigilância Epidemiológica
<b>VIGISUS</b>	Projeto de:
<b>VISA</b>	Vigilância Sanitária
<b>VSA</b>	Vigilância da Saúde Ambiental
<b>VST</b>	Vigilância da Saúde do Trabalhador

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2. CAPÍTULO I: TRABALHO, EDUCAÇÃO, SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: INTERSEÇÕES NA ESTRUTURA CAPITALISTA ATUAL</b> .....	19
2.1 POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: DIRETRIZES E NOVAS CONFIGURAÇÕES .....	25
2.2. FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: ASPECTOS ESTRUTURAIS E CONCEITUAIS DA REFORMA NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL .....	36
<b>3. CAPÍTULO II: A VIGILÂNCIA EM SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICO- CONCEITUAIS E A FORMAÇÃO DE SEUS TRABALHADORES</b> .....	41
3.1 A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NO BRASIL .....	57
<b>4. CAPÍTULO III: PROGRAMA DE FORMAÇÃO DOS AGENTES LOCAIS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	64
4.1 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, MODELO DE COMPETÊNCIAS E O PROFORMAR .....	67
4.2 UM PANORAMA SOBRE AS CORRENTES PEDAGÓGICAS .....	85
4.3 AS TEORIAS NÃO CRÍTICAS .....	85
4.3.1 A Pedagogia Tradicional .....	85
4.3.2 A Pedagogia Tecnicista .....	88
4.4 AS CORRENTES CRÍTICAS .....	89
4.5 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO DOS AGENTES LOCAIS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – PROFORMAR .....	96
4.6 O TRABALHO DE CAMPO – O ESPAÇO DO FAZER COTIDIANO .....	107
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	111
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	115

## 1. INTRODUÇÃO

Dentro de uma perspectiva teórico-metodológica que marca diferentes projetos e práticas pedagógicas no processo de formação profissional dos trabalhadores da área da saúde, a formação destinada ao longo dos anos, aos trabalhadores técnicos de Vigilância em Saúde vem proporcionando um cenário de muitas contradições e complexidades. É um campo de atuação perpassado por diversos processos de trabalho, diferentes intervenções, e com múltiplas identidades profissionais. Assim os processos formativos não são uniformes, mas se apresentam de forma multifacetada em contextos políticos, sociais, econômicos, culturais e ideológicos diversos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui um contingente expressivo de profissionais de nível médio e elementar, cerca de 60% dos trabalhadores ocupam postos de trabalho no setor saúde. Os trabalhadores desta área desenvolvem grande parte de suas ações diretamente com a população, aspecto esse relevante dentro do SUS, uma vez que se busca cada vez mais a integralidade de ações no campo da saúde. Neste sentido a gestão do trabalho e os aspectos formativos e educacionais destes trabalhadores estão na pauta de discussão hoje dentro da política de saúde.

Nos últimos dez anos com o processo de implementação da estratégia de Saúde da Família, ancorada num modelo que propõe uma reorientação da atenção a saúde, vêm-se conseguindo importantes avanços e uma progressiva cobertura da assistência e acesso aos serviços de saúde para a população brasileira.

Neste período também outros movimentos tem se mostrado importante na área da saúde pública, como o processo de descentralização das ações de epidemiologia e de controle de doenças (Portaria, MS 1399/99), preconizando que os Estados e Municípios assumam a responsabilidade pela organização do setor de vigilância em saúde. O processo de descentralização tem imprimido uma série de desafios aos gestores, entre os quais, o de reorganizar as práticas locais de saúde, tendo como eixo norteador o trabalho da Vigilância em Saúde.

Contudo, apesar dos esforços nas esferas de governo em consonância com uma nova forma de pensar o trabalho de Vigilância em Saúde, muitos entraves para este setor ainda

precisam ser superados, haja vista que o histórico de desarticulação e fragmentação institucional tem marcado esta área ao longo dos anos.

Neste sentido, como nos ajuda a entender TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, (1998), a organização das ações de vigilância em saúde direcionada sob a perspectiva da rearticulação dos saberes e das práticas sanitárias locais, na redefinição dos sujeitos, do objeto, dos meios e formas de organização do trabalho em saúde, coloca para o campo da Vigilância em Saúde um grande desafio que perpassa inexoravelmente pelo processo de formação de seus trabalhadores.

Salienta-se que os processos formativos nesta área são de forma geral, esporádicos e não corresponde às reais necessidades dos serviços e atendimentos a população. Grande parte do contingente de trabalhadores encontra-se sem uma formação adequada expressando um quadro de exclusão, seja no processo de produção do próprio conhecimento, quanto na participação e autonomia de seu processo de trabalho e de atuação profissional.

A história da educação profissional em saúde mostra que as políticas de formação dos trabalhadores do campo da saúde se desenvolveram tendo por referência a integração da formação com a realidade dos serviços. Exemplos disso aparecem nas propostas do projeto Larga Escala (anos 1980); PROF AE (anos 1990) e Educação Permanente em saúde (anos 2000). O processo de qualificação desses trabalhadores de níveis diferenciados era marcado por formações de curta duração e rápidos treinamentos o que conseqüentemente reduzia-se a uma qualificação mecânica voltada a prática dos serviços. Além de uma formação para o exercício de funções de baixa e média complexidade, ausência de integração entre o ensino e serviço, falta de mecanismo de certificação profissional e despreocupação com o desenvolvimento intelectual dos alunos (RAMOS, 2010).

Com os avanços conquistados nos processos formativos oriundos do projeto Larga Escala, do Profae e da Educação Permanente em saúde para um contingente considerável de trabalhadores técnicos da área da saúde, nos últimos dez anos importantes iniciativas no âmbito do SUS, seja na formulação e implementação de propostas de formação, quanto na estrutura organizacional e de gestão, estão sendo desenvolvidas visando à qualificação desses trabalhadores.

Em 2003 com o processo de reestruturação do Ministério da Saúde, a criação da Secretária de Vigilância em Saúde e da Secretária de Gestão do Trabalho e Educação na

Saúde (SEGTES/MS) expressou uma perspectiva mais favorável para formulação de itinerários formativos. Neste processo o Ministério da Saúde envolveu diferentes atores, de relevância estratégica – gestores, instituições, trabalhadores entre outros – na formulação e definição dos referenciais e diretrizes para a formação profissional da área de Vigilância, haja vista que a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a construção dos referenciais curriculares para formação técnica na área de Vigilância, e o papel estratégico exercido pelas Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS no apoio e atuação na formação profissional desses trabalhadores.

Como aponta Ramos (2010) é importante reconhecer que o movimento de construção das referências na formação dos trabalhadores técnicos em saúde, ocorreu diante da crítica à educação reprodutivista e elitista que hegemonizou o pensamento educacional burguês e que historicamente também direcionou a política educacional brasileira. Contudo, quando se fez opção pela escola estritamente profissionalizante para os trabalhadores, sendo a grande maioria com escolaridade básica incompleta, corroborou-se com o princípio da dualidade educacional brasileira – ou seja, uma educação básica de qualidade voltada para a elite e escolas profissionalizantes para os trabalhadores.

Entender a história da educação dos trabalhadores da saúde, especialmente no processo de qualificação e formação dos profissionais do campo da vigilância em saúde, é imprescindível a apropriação e aprofundamento deste debate. Ao refletirmos sobre a educação profissional dos trabalhadores da saúde, seus projetos, concepções e idéias em disputas, é pensar sobre o mundo do trabalho, a saúde e a educação.

A partir de 1998, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/FIOCRUZ, esteve à frente da formulação da proposta pedagógica do Programa de Formação de Agentes de Vigilância em Saúde – PROFORMAR. Diante do processo de descentralização de um conjunto de ações da área da epidemiologia e do controle de doenças e ações de vigilância em saúde, também a cessão de um contingente expressivo de trabalhadores da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para os Estados e Municípios, o Proformar criado em 2001, teve como objetivo capacitar estes trabalhadores para desenvolverem ações de promoção e de proteção à saúde como uma estratégia de transformação das práticas sanitárias locais.

Diante do processo de trabalho que vem sendo pensado e desenvolvido na organização das ações de vigilância, associado à necessidade de um trabalhador que incorpore o novo

perfil de atuação dentro deste setor, o Proformar constitui-se em um importante lócus de análise, uma vez que o programa aponta numa direção inovadora voltada para o trabalhador em sua totalidade e na possibilidade de refletir e redefinir sua atuação enquanto profissional de saúde.

Diante, desse contexto, o Proformar enquanto proposta formativa formulada para um conjunto de trabalhadores da área da saúde está inserida num campo de disputas e contradições, haja vista que o programa traz em sua formulação uma concepção de educação que aponta para uma perspectiva pedagógica teórica- crítica, que também está perpassado pelo debate em torno da concepção do modelo de competências e sua incorporação às políticas de formação profissional, especialmente a partir da reforma educacional implementada no Brasil com a lei 9394/96 (LDB), seguida dos dispositivos de regulamentação referentes à educação profissional.

Entendemos que o Proformar está imbricado na perspectiva das competências, contudo apresenta elementos em sua estrutura que busca ir além. Nesta direção de análise, apesar da apropriação do modelo de competências na estrutura do programa e da presença de um espaço de contradição identificados em discursos teóricos antagônicos, o Proformar apresenta elementos metodológicos, teóricos e organizacionais, que buscam ir além dos discursos que têm marcado o debate em torno do modelo de competências e sua incorporação aos programas de formação profissional voltados estritamente para um viés mercadológico. Este programa teve como objetivo oferecer a um conjunto de trabalhadores um processo formativo diferenciado.

Este estudo busca analisar as concepções de Educação presentes na proposta do Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar, sinalizando avanços e desafios observados no processo formativo destes trabalhadores sob a perspectiva pedagógica do programa.

Ao propor estudar a formação dos trabalhadores da saúde é necessário compreender tal temática articulada ao debate sobre o mundo do trabalho e suas transformações, as políticas de saúde e de educação. E aqui especialmente com um recorte na educação profissional dos trabalhadores de nível fundamental e médio, (profissionais de vigilância em saúde) ao longo do processo de implementação do SUS, estes profissionais vêm desempenhando um papel muito importante no desenvolvimento de políticas, programas, ações e estratégias de saúde.

O Sistema Único de Saúde no Brasil, desde a constituição de 1988 em seus princípios e diretrizes, buscou construir um novo modelo assistencial que responda de maneira efetiva às necessidades de saúde da população. Para tanto, o processo de construção do SUS nos últimos anos tem contemplado um conjunto de mudanças que vão desde mudanças no financiamento, nas formas de gestão e principalmente no processo de reorganização dos sistemas e serviços de saúde em âmbito Nacional, Estadual e Municipal.

O setor de Vigilância em Saúde é uma das áreas que passa por este processo de mudanças. Historicamente as estruturas operacionais deste setor compostas pela vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância ambiental são marcadas por organizações e práticas de trabalho diferenciadas, hierarquizadas e centralizadas.

Neste sentido no processo de reorganização das ações de saúde, a vigilância da saúde compreendida a partir de um modelo de atenção integral propõe uma readequação de suas estruturas de atuação.

Segundo TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, (1998), o setor vigilância da saúde propõe a incorporação de novos sujeitos, indo além do conjunto de profissionais e dos trabalhadores do campo da saúde, buscando envolver toda a população organizada. Isso corresponde à ampliação do objeto de intervenção da vigilância, compreendendo além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os grupos populacionais em razão de suas condições de vida e produção. Assim o processo de intervenção também vai além do uso dos conhecimentos e tecnologias médicas-sanitárias, passando a incluir tecnologias de comunicação social que estimulem a organização, mobilização e atuação dos mais variados grupos na promoção e defesa das condições de vida e saúde. Portanto, nesta concepção o próprio processo de trabalho da vigilância é redimensionado.

A partir da reorganização das práticas de trabalho em vigilância da saúde, tal movimento tem implicações diretas no processo de trabalho dos profissionais que atuam nesta área. Neste contexto, coloca-se uma indagação: Que tipo de formação é necessário para o trabalhador da vigilância em saúde? Ou o que vem sendo pensado enquanto proposta formativa para estes trabalhadores?

A partir destes questionamentos e da experiência profissional que obtive no Departamento de Vigilância em Saúde no Município de Viana, no Estado do Espírito Santo



em conjunto com os Agentes da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA (no trabalho de campo e organização de ações de educação em saúde), é que a questão da formação profissional constitui-se como uma temática de estudo que vem me chamando atenção nos últimos cinco anos em que atuei como profissional de saúde.

Associada à experiência de trabalho com os agentes de saúde pública da Fundação Nacional de Saúde, participei também como aluna da formação voltada para estes profissionais dentro do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR.

O PROFORMAR no Estado do Espírito Santo foi desenvolvido em 2003, em parceria com a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Como proposta inicial, o programa teve como objetivo capacitar 788 servidores das três esferas Federal, Estadual e Municipal. No período de 2003 a 2005 foram capacitados 185 servidores distribuídos pelas quatro regionais do Estado.

Ao atuar na área de vigilância presenciei a complexidade do trabalho deste setor dentro do sistema de saúde pública municipal, principalmente, em relação aos agentes da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que foi possível observar o grande número de trabalhadores com graus de escolaridade diferenciados, e muitos sem uma formação básica completa atuando em diferentes setores e desenvolvendo ações desde o trabalho de campo, fiscalização, vigilância de agravos, coordenações até cargos de gerências.

Também a partir da minha formação acadêmica na área da saúde, da apropriação teórica, de estudos e leituras sobre a temática relacionada ao trabalho de vigilância em saúde foi possível perceber o movimento proposto com o desenvolvimento do Programa Proformar, que inicialmente possibilitou um processo formativo diferenciado e sob outras perspectivas, principalmente quando se observa o histórico de formações e treinamentos que são ofertados a estes trabalhadores.

De forma muito peculiar e específica, participar deste processo constitui-se em uma rica experiência profissional e agregou de forma diferenciada no meu cotidiano de trabalho, especialmente no período em que estive responsável pelas ações de educação em saúde e formação de pessoal. Foi possível identificar neste processo por parte dos trabalhadores, muitas resistências, questionamentos e dúvidas quanto a participação dos mesmos no programa.

Mediante a minha prática profissional junto destes trabalhadores, da participação nesta formação, o meu fazer profissional veio se transformando aos poucos através da sistematização dos conhecimentos adquiridos, da reflexão e discussão do próprio processo de trabalho. Isso me permitiu questionamentos sobre que tipo de formação tem sido realizado ao longo dos anos para esse conjunto de trabalhadores no âmbito do SUS. E o que o Proformar trouxe de novo e de possibilidades enquanto proposta formativa.

Com o objetivo de contribuir na discussão sobre os processos e propostas formativas voltadas para os trabalhadores do campo da saúde, a relevância deste trabalho de análise da proposta formativa do programa Proformar é decorrente principalmente do expressivo número de trabalhadores, para o qual o programa foi elaborado, sua abrangência em escala nacional e as características teóricas metodológicas, políticas e pedagógicas que marcaram tal proposta de formativa.

No percurso teórico-metodológico de um trabalho de pesquisa, entendemos que ao desenvolver-se uma análise sobre uma determinada temática, considera-se que tal processo vem sempre imbuído de questões e inquietações que acompanham o pesquisador. Na busca por compreender, formular, analisar e explicar, a subjetividade do pesquisador vem à tona quando o mesmo olha sob determinado prisma um tema, ou apropria-se de conceitos teóricos diversos, ou quando propõe outras explicações antes não pensadas para os fenômenos sociais.

Neste sentido comungo das idéias de Kosík (1976) quando afirma que os fenômenos são partes da realidade. “O fenômeno não é radicalmente diferente da essência, e a própria essência não é uma realidade pertencente a uma ordem diversa do fenômeno”. Ou seja, ambas se perpassam na concreticidade. A partir do momento que o fenômeno passa a ser compreendido entende-se a essência das coisas que não se manifesta diretamente.

É preciso um olhar mais apurado para conhecer e desvendar além do aparente e do real. Para isso, compreender o fenômeno é atingir a essência. Para o autor citado, a essência ao contrario dos fenômenos, não se manifesta de forma direta, e desde que o fundamento oculto das coisas deve ser descoberto a partir de uma atividade peculiar, é necessário existir ciência e filosofia.

Em se tratando de uma proposta de pesquisa que busca compreender o processo de formação profissional de uma categoria de trabalhadores do setor saúde, no mesmo movimento que se propõe apreender quais as concepções de educação que marcaram a

proposta de formação do proformar, os avanços e desafios no processo formativo destes profissionais, e o movimento no processo de construção de um novo perfil de trabalhador diante da nova concepção de trabalho na área de Vigilância em Saúde, é importante considerar que se trata de um tema permeado de forte teor político atravessado por diferentes campos de lutas, com interesses e projetos em disputa.

Nesta diretriz, a pesquisa aponta para uma perspectiva direcionada pela teoria crítica marxista tendo como suporte os conceitos de historicidade, totalidade e contradição. Estudar a formação profissional do trabalhador da vigilância em saúde dentro de uma perspectiva histórica decorre da compreensão, como assinala Ramos (2006) “de que tudo o que existe está em contínua formação e transformação, de modo que nenhum fato ou situação é imutável”.

Compreender a formação profissional dos agentes de vigilância em saúde é conhecer a história de constituição de um conjunto de trabalhadores, suas lutas, projetos políticos e percepções de sociedade. Ao mesmo tempo em que tal temática está inserida numa totalidade histórica, não é possível analisar sem levar em consideração os conjuntos políticos, sociais, ideológicos e econômicos presentes na sociedade. E por fim é preciso capturar o elemento da contradição presentes em projetos de educação e formação profissional que atendem a diversos interesses.

Segundo Neves (2005) a educação como política social no Estado capitalista, responde de um modo específico às necessidades de valorização do capital e da produção oriundas das transformações do mundo do trabalho e das novas exigências do mercado.

Neste sentido, muitos projetos de formação estão voltados para atender a essa conformação. Por outro lado existem outras tentativas e possibilidades de construção de projetos de educação e formação profissional pautado na superação dessa lógica, onde são possíveis novos modelos direcionados por numa perspectiva crítica emancipatória. Portanto, está pesquisa busca apontar o que o Proformar pôde contribuir e agregar ao processo de qualificação dos trabalhadores de Vigilância em Saúde.

Dentre os autores que nos guiarão neste estudo, nos valem das análises Harvey (1989) sobre o processo de acumulação flexível que tem imprimido mudanças nos processos de trabalho, na organização do mercado de trabalho, da produção e dos padrões de consumo e Antunes (2010) sobre o processo de reestruturação produtiva e as formas de precarização do trabalho e seus impactos para o conjunto da classe trabalhadora.

Discorrendo sobre o contexto que marca o campo da Educação hoje no Brasil com as reformas e ajustes na política de educação, a adoção do modelo de competências e sua incorporação aos programas de formação profissional para os trabalhadores, o estudo baseou-se nas análises de Neves (2005, 2008), Deluiz (2001) e Ramos (2010, 2006, 2001a e 2001b, 2002). Também, nas análises de Saviani (2007) sobre as teorias que têm marcado o campo da Educação e suas tendências pedagógicas, Lima (2007, 2010), Perreira (2004) e Pronko (2011) sobre a política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos em Saúde, e de TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, (1998), que apontam para uma nova perspectiva de atuação e organização da área de Vigilância em Saúde sob uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, voltado para a melhoria das condições de vida da população.

Neste contexto como metodologia de pesquisa, no sentido de caminho a ser trilhado, a pesquisa foi desenvolvida em dois momentos: 1) Pesquisa Bibliográfica com vista ao levantamento e aprofundamento do referencial teórico realizado nas bibliotecas da FIOCRUZ, ENSP, acervos pessoais, pesquisa na internet, sites institucionais e científicos.

2) Levantamento e análise de fontes secundárias de documentos institucionais, como: (arquivos do Ministério da Saúde e Ministério da Educação e Fundação Nacional de Saúde – FUNASA/ FIOCRUZ), além dos documentos oficiais, decretos e portarias. Acrescido também de consultas primárias, tais como relatórios e apresentações institucionais, programação de cursos, registros de observações, visitas institucionais, materiais didáticos e textos bases que referenciaram e estruturaram a proposta do Programa de Formação dos Agentes locais de Vigilância em Saúde.

Por se tratar de uma pesquisa de caráter revisional conceitual e bibliográfico, este tipo de pesquisa, como nos ajuda a entender Demo (2000):

É orientada no sentido de re-construir teorias, quadros de referência, condições explicativas da realidade, polêmicas e discussões pertinentes. A pesquisa teórica não implica imediata intervenção na realidade, mas nem por isso deixa de ser importante, pois seu papel é decisivo na criação de condições para a intervenção. (DEMO, 2000, p. 20).

Segundo o autor, o conhecimento teórico adequado acarreta certo rigor conceitual, análise acurada, desempenho lógico, argumentação diversificada e capacidade explicativa (DEMO, 2000). Portanto, buscamos através do material levantado para o estudo em questão, articulado ao referencial teórico escolhido, responder aos objetivos propostos pela pesquisa.

Realizadas estas considerações iniciais sobre o processo metodológico, indicamos a seguir, a estrutura dos temas analisados que compõe o corpo desta pesquisa no qual foi dividida em três capítulos.

No primeiro capítulo, trazemos a discussão sobre as intensas transformações ocorridas no mundo do trabalho dentro do processo de reestruturação produtiva e seus impactos para os trabalhadores, e também como este cenário tem marcado as políticas de Educação e Saúde, e seus desdobramentos nas políticas de Formação Profissional para os trabalhadores do campo da Saúde.

No segundo capítulo, buscou-se apresentar o campo da Vigilância em Saúde, seus aspectos históricos teóricos e conceituais, e como este setor tem-se reestruturado diante do processo de redefinição de suas práticas e a reorganização do processo de trabalho dos profissionais de nível médio e elementar hoje no âmbito do Sistema Único de Saúde. Além de apresentarmos um breve panorama sobre a formação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e o cenário que tem marcado estes trabalhadores no âmbito do SUS.

No terceiro capítulo, buscou-se analisar as concepções de Educação presentes na proposta formativa do Proformar, tendo como diretriz teórica, o debate sobre educação e as correntes pedagógicas. Ressaltamos também, o debate que subjaz a questão das competências e como este modelo atravessa a proposta de formação do Proformar. Além de descrever o processo de elaboração, estrutura, metodologia de ação e organização do programa, apontando os avanços e desafios ao processo formativo dos Trabalhadores de Vigilância em Saúde à luz da perspectiva pedagógica do programa.

Nas considerações finais, por entendermos como ainda não terminado os debates e discussões, enfatizamos os aspectos relevantes deste trabalho de pesquisa e análise, apontando os avanços, desafios e contribuições desta proposta de formação para os trabalhadores de Vigilância em Saúde.

## **2. CAPÍTULO I: TRABALHO, EDUCAÇÃO, SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: INTERSEÇÕES NA ESTRUTURA CAPITALISTA ATUAL.**

O sistema capitalista presenciou nas últimas décadas um conjunto de mudanças, tanto em relação ao capital, quanto na organização do trabalho. Os processos de reestruturação

produtiva, a globalização, novas exigências dos mercados, os avanços científicos e tecnológicos incorporados à produção, a multifuncionalidade e polivalência na ocupação dos trabalhadores, a financeirização e a flexibilidade tem provocado profundas transformações, especialmente no mundo do trabalho.

O século XX como assinala Antunes (2010) pode ser definido como o século da indústria automotiva. Através da junção taylorismo/fordismo que a estrutura produtiva se desenvolveu. A fábrica (como figura simbólica prolongando-se para a sociedade) produzindo sob rígido controle do capital. Tratava-se de um processo de produção cronometrado, controlado e homogêneo. Essa estrutura estendeu-se para o mundo industrial e de serviços. Assim segundo o autor:

[...] Ainda que regulamentado e contratado, a degradação do trabalho, nessa sociedade, estava estampada em sua mecanização, parcelização, manualização e alienação e, no limite, desantropomorfização. (ANTUNES, 2010, p. 12).

Este cenário foi dominante até o início dos anos de 1970 quando ocorreu a crise do sistema produtivo que, de certa forma se estende até os dias atuais, uma vez que este processo não encerrou seu ciclo. Tratava-se então de formular e implementar novos mecanismos de acumulação que pudessem oferecer alternativas ao quadro de crise que se desenhava. Para o capital buscava-se garantir um processo de acumulação baseado num modelo flexível. Este processo de transformação estrutural teve forte impulso com o ideário neoliberal, ou seja, um conjunto de medidas políticas, econômicas, sociais e ideológicas que se apresentava como alternativas ao estado de bem estar social (Welfarestate).

Segundo Harvey (1989) a acumulação flexível é marcada pelo confronto direto com a rigidez do modelo fordista. Segundo o autor este modelo se apóia na flexibilização dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. É marcado pelo surgimento de outros setores de produção, em novas formas de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, principalmente de altas taxas intensificadas de inovação tecnológica, comercial e organizacional.

Segundo o autor, o processo de acumulação flexível é permeado por rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual, seja entre os setores, ou entre regiões geográficas – por exemplo, cria de um lado um vasto movimento no emprego do chamado setor de serviços, bem como também conjuntos industriais completamente novos e em diferentes países. Ela envolve também um novo movimento que Harvey (1989) denomina de “compressão do espaço – tempo” no sistema capitalista, ou seja, por um lado as relações entre as esferas

públicas e privadas se estreitaram, enquanto do outro a comunicação via satélite, a queda dos custos de transportes permitiram cada vez mais a difusão instantânea de decisões num espaço cada vez mais amplo e variado.

Antunes (2010) também afirma que o processo de reestruturação produtiva fundamentou-se no que o ideário dominante chamou de “lean-production”, ou seja, uma “empresa enxuta” ou a empresa moderna, aquela que restringe e limita o trabalho vivo, mas que por outro lado amplia o maquinário e a tecnologia do sistema produtivo (trabalho morto segundo Marx). Esta forma de produzir redefiniu todo o processo produtivo de maneira muito distinta do modo taylorista/fordista, isto é, reduziu grandemente a força de trabalho viva (o trabalho humano), ampliou a produtividade, alterou as noções de espaço/tempo imprimindo uma nova reconfiguração ao mundo da produção e do trabalho. Assim, neste processo, a acumulação flexível implicou em mudanças profundas nas esferas política, econômica social e ideológica no seio da estrutura capitalista de produção.

Contudo, o resultado de tal modelo em termos sociais mostrou-se através das altas taxas de desemprego, da precarização do trabalho, perda de direitos sociais, retrocesso e enfraquecimento da força sindical e organização dos trabalhadores, entre outros. Ao mesmo passo que, para este modo de produção era importante também um novo tipo de trabalhador, isto é, um trabalhador “polivalente”, “multifuncional” e operativo para o sistema produtivo, algo muito diferente do que se requeria na empresa taylorista/fordista.

Transpondo o mundo fabril, os serviços públicos também são afetados por um significativo processo de reestruturação uma vez que grande parte dos serviços como saúde, educação, segurança, previdência, estão subordinados à lógica da mercadorização e do desmonte. Situação essa que afeta um conjunto de trabalhadores do setor público.

O resultado mostra-se cada vez mais com a intensificação das formas de extração do trabalho, ou seja, é o trabalho na sua forma precarizada, flexibilizada e terceirizada. As noções de tempo, espaço e produção são afetadas, uma vez que, produz-se mais e com menos trabalhadores mediante a incorporação tecnológica. Conceitos como terceiro setor, empreendedorismo, trabalho voluntário, cooperativismo são incorporados a esse modo de conceber o mundo do trabalho hoje. Cenário este que afeta a organização do processo de trabalho dos profissionais em diferentes esferas da produção.

Diante da precarização estrutural do trabalho também se evidencia como o capital, hoje cada vez mais mundializado e financeirizado, comanda toda a lógica produtiva decidindo como, de que forma e para quem produzir obedecendo às exigências dos mercados. Assim quanto mais flexibilizado e racionalizado é o trabalho, mais as empresas investem na implantação de um fazer profissional guiado pelos conceitos de “competências”, “qualificação”, “gestão” e “metas”. Situação essa que torna os níveis de degradação do trabalho mais acentuados para uma parcela significativa dos trabalhadores. Como assinala Antunes (2010) ao contrário daqueles que advogam o fim do trabalho,

[...] Estamos desafiados a compreender sua nova morfologia, cujo elemento mais visível é o seu desenho multifacetado, resultado das fortes mutações que abalaram o mundo do capital nas últimas décadas. Nova morfologia que compreende desde o operariado industrial e rural clássicos, em relativo processo de encolhimento [...], até os assalariados de serviços, os novos contingentes de homens e mulheres terceirizados, subcontratados, [...] novas modalidades precarizadas de trabalho [...]. (ANTUNES, 2010, p. 24)

Neste sentido as intensas transformações ocorridas no mundo do trabalho, determinadas pela velocidade dos avanços científicos e tecnológicos, associadas aos novos modelos de gestão e as exigências do capital financeiro, têm interferido diretamente na questão da formação dos trabalhadores.

Ao considerar a formação dos trabalhadores, notadamente os profissionais do campo da saúde, é importante compreender que o trabalho em saúde possui importantes similaridades e também particularidades com um conjunto de trabalhos existentes na sociedade. De acordo com Merhy (1999) apud Abrahão (2007) a expansão do setor saúde como bem social é marcante no século XX, sobretudo no modo como se redefiniram neste cenário o capital e o Estado. Os processos administrativos de controle e restrição de gastos do Estado atendem aos propósitos de reformas, compondo um conjunto de estratégias centradas na retração deste setor como ente provedor de bens sociais. Portanto, diante das mudanças impostas pelo capital financeiro volátil com impactos em diversos setores, como destaca Abrahão, (2007), cabe à economia o ideológico movimento de substituição do que seria o campo da saúde como um bem social para a ótica do produto, sob a perspectiva do mercado.

Deluiz (2001) ao abordar as características do trabalho no setor saúde, afirma que a área da saúde integra um conjunto de atividades denominadas de serviços de consumo coletivo, faz parte da economia terciária e sofre os impactos do processo de ajuste macroestrutural que atinge o setor industrial nas duas últimas décadas. Estes impactos se



caracterizam pela busca por mais produtividade e qualidade pela via da redução de custos, privatizações e terceirizações dos serviços. Também pelas exigências de melhorias de processos e serviços mediante novas formas de organização do trabalho e investimentos em programas de capacitação profissional dos trabalhadores.

O trabalho em saúde possui importantes similaridades com um conjunto de trabalhos existentes na sociedade. Entre elas podemos citar, o uso dos princípios e conceitos de administração científica racional e tecnológica aplicado aos cuidados; caracteriza-se por ser um trabalho de base coletiva, tendo no como lócus privilegiado de prática o hospital, a crescente incorporação de equipamentos e tecnologias; o assalariamento de seus trabalhadores.

Contudo, como destaca Lima (2007) o trabalho em saúde também se caracteriza por um fazer reflexivo, de difícil racionalização e normatização. Opera constantemente com as incertezas e discontinuidades decorrentes das indeterminações das demandas. Por outro modo requer de imediato a prontidão nos atendimentos. Portanto, estas características são determinadas pelo próprio objeto de trabalho em saúde, que se materializa através de uma estrutura social e historicamente construída.

O trabalho em saúde, ainda segundo Deluiz (2001), também é perpassado pela complexidade, a heterogeneidade e a fragmentação. A complexidade é decorrente tanto da diversidade das ocupações e dos profissionais que compõe este campo, dos usuários, das tecnologias empregadas nos serviços, quanto das relações sociais estabelecidas, dos espaços de trabalho. É heterogêneo à medida que se revela a diversidade dos vários processos de trabalho existentes nas instituições de saúde, a sua própria organicidade e funcionamento. E a fragmentação presente no trabalho em saúde aponta em varias direções, tais como a separação entre o fazer e o pensar, fragmentação técnica, operacional e a fragmentação social, estabelecendo, portanto, as relações de hierarquia e divisão presentes entre as áreas profissionais.

Conforme afirma a autora, isso mostra que o trabalho em saúde apresenta um forte componente organizacional de base taylorista/fordista, caracterizado por postos de trabalho separados, execução de tarefas simples, rotineiras e prescritas, acentuada divisão técnica do trabalho; sobretudo a separação entre concepção e execução e grande parte dos trabalhadores ainda semiqualificados. De outro lado é presente cada vez mais no setor saúde, a incorporação de novas tecnologias contribuindo para o surgimento de novas ocupações e serviços, em

modelos de gestão, no aumento da produtividade e na necessidade de maior qualificação da força de trabalho.

Assim, diante do cenário de transformações é inegável o quanto o campo da saúde tem sido afetado nas últimas décadas; sejam, por um lado, pelas mudanças no mundo do trabalho e da produção, seja pelas mudanças nas condições de vida e saúde das populações resultantes da revolução científica, das descobertas tecnológicas, do desenvolvimento de medicamentos, vacinas, equipamentos, dos novos mecanismos de controle e prevenção de doenças. O que provocou importantes mudanças na forma de organizar o processo de trabalho e os sistemas de serviços de saúde.

Neste contexto coloca-se uma questão a ser pensada: quais seriam as propostas para a formação dos trabalhadores da saúde, mais especificamente os profissionais técnicos em saúde? Levando em consideração a concepção de saúde, que tem como diretriz doutrinária a reforma sanitária tendo como estratégia de reordenação setorial e institucional o Sistema Único de Saúde, torna-se importante pensar em estratégias e mecanismos de ampliação da qualificação dos trabalhadores em saúde.

De acordo com o pensamento marxista na saúde, que se desenvolve na segunda metade dos anos de 1970, e nos anos 1980 influencia o movimento da reforma sanitária no país, o conceito de saúde passa a ser entendido a partir de uma concepção ampliada. A saúde é entendida como o resultado das relações sociais estabelecidas entre os homens e em sociedade e destes com a natureza no processo de produção da existência. É produto de relações que os indivíduos têm com as diversas formas de organização social da produção material, e que possibilitam ou não acesso a qualidade de vida, educação, trabalho, habitação, lazer, serviços sociais entre outros (LIMA, 2007).

Essa concepção de saúde resgata a dimensão política, social e econômica no processo de produção da saúde e da doença na coletividade, em contraponto a uma concepção biomédica, mecanicista, cujo modelo assistencial estava centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico. De certa forma ainda hoje persiste este modelo médico assistencial hospitalocêntrico que se mostra cada vez mais inadequado, insuficiente e ineficaz diante das necessidades e problemas de saúde da população. Como afirma Abrahão (2007):

Sabemos que os problemas de saúde se apresentam sob ângulos diferentes, com múltiplos enfoques, na sua grande maioria, semi-estruturados, abalando o modo de intervenção vigente, ou pelo menos levantando questionamentos. Assim, o modo de

trabalho em saúde depende centralmente do modelo de atenção eleito. Porém, a construção do modelo assistencial continua sendo feita sobre alicerces biológicos, fragmentados e mecanicistas. Isto também é uma questão para a formação de trabalhadores, pois o que observamos é que, salvo raras exceções nas escolas formadoras, o currículo de graduação tem um enfoque restrito ao biológico. (ABRAHÃO, 2007. p.129)

Do ponto de vista da prática educativa, a concepção ampliada em saúde também vai requerer uma nova concepção de educação. Neste contexto a educação dos trabalhadores assume papel importante e estratégico para o setor saúde, no sentido de buscar alternativas inovadoras que priorizem uma formação ampla do trabalhador. Ao mesmo tempo também que este mesmo profissional é afetado pelas novas conformações do mundo do trabalho, da produção e dos direcionamentos nas políticas públicas.

Contribuindo nesta discussão Pereira (2004) destaca que na formação capitalista atual os novos modelos de produção industrial vão demandar dos sistemas educacionais [...] ajuste às novas maneiras que o capital encontra para administrar suas crises. A autora destaca que:

A escola torna-se responsável pela produção de um trabalhador polivalente e com capacidades, conhecimentos, valores e atribuições, destrezas e capacidade de resolver problemas compatíveis com o mundo do trabalho em mutação. Com isso, a educação básica e a educação profissional não podem mais ser negadas aos trabalhadores, pois analfabetos e semi – analfabetos não podem se adaptar às exigências do mundo do trabalho. (PEREIRA, 2004. p. 245)

Ao propor o debate sobre a formação profissional dos trabalhadores em saúde, aqui mais especificamente os trabalhadores técnicos da área de Vigilância em Saúde, é imprescindível contextualizar tal temática dentro dos novos reordenamentos do sistema capitalista, da produção e do mundo do trabalho. É fundamental compreender os princípios e concepções que marcam a formulação das políticas de Educação e da Saúde, apreender as principais diretrizes e novas configurações e seus impactos nos programas de formação para um conjunto de trabalhadores.

## 2.1 POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO, SAÚDE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: DIRETRIZES E NOVAS CONFIGURAÇÕES.

Ao observamos a natureza das políticas sociais do Estado capitalista, de acordo com Neves (2005) as políticas sociais têm seu início e dinâmica determinadas pelas mudanças qualitativas ocorridas na organização da produção e nas relações de poder impulsionados pela

redefinição de estratégias políticas, econômicas e sociais do Estado nas sociedades capitalistas no final do século passado.

Neste sentido, no âmbito da produção as mudanças deram-se mediante a redefinição na natureza do processo de acumulação de capitais. Passando a ter seu dinamismo assegurado pelo aumento da produtividade social do trabalho fundamentado na mudança da composição orgânica do capital. Ou seja, pela crescente participação do capital constante no processo produtivo e na mudança da base de exploração extensiva do trabalho pela sua exploração intensiva através da extração da mais valia relativa.

No processo de produção antes caracterizada pela relação homem e máquina, o trabalho era exercido de forma extensiva e direta, ou seja, em horas prolongadas sem nenhuma garantia social caracterizando assim a extração da mais valia absoluta. Mediante as mudanças oriundas no processo da composição orgânica do capital a relação homem e máquina e produção começam a mudar.

A inserção da ciência e novas técnicas impõem um novo arranjo à produção caracterizando agora aumento da produtividade do trabalho. O trabalhador inserido dentro de uma dinâmica de tempo determinado para o trabalho, com uso e utilização da máquina sob novos processos de produção e a concessão de algumas garantias, a base de exploração passa a ser intensiva (mais valia relativa). Neste contexto, dá-se o surgimento das políticas públicas para atender a classe trabalhadora, impondo para este mesmo trabalhador a necessidade de formação e qualificação.

Para Neves (2005) a produção capitalista monopolista com as mudanças e a elevação do grau de exploração da força de trabalho ocupada, submetendo os trabalhadores de forma mais intensa a força do capital, ao elevar a massa de assalariados e ao gerar uma superpopulação relativa ainda maior pelo emprego e uso de métodos de trabalho geradores de mais valia relativa, obriga os trabalhadores a ampliar os espaços coletivos em defesa de seus interesses.

A complexificação crescente das relações intra e extraclasse no sistema capitalista monopolista de produção impuseram ao Estado, intervenção direta na valorização do capital, e adoção de mediação política como estratégias privilegiadas de dominação. Quanto à valorização do capital, segundo Polantz (1980) e Coutinho (1980) apud Neves (2005) menciona que o Estado procura viabilizar recursos de contratendência à queda tendencial da

taxa de lucro. Sendo fundamental neste processo, a valorização de parcela do capital constante, depreciado rapidamente pela dinâmica de acumulação pautada no aumento da produtividade do trabalho. No mesmo sentido que o Estado desenvolve políticas que permitem criar escoadouros que contornem os problemas de realização, encarrega-se diretamente de setores infra-estruturais de baixa produtividade e transfere recursos sociais captados pela tributação para incentivo à iniciativa privada.

Ocorre, portanto, no capitalismo monopolista no decorrer do século XX a junção do aparato político ao econômico. Onde por um lado existe um conjunto de ações do Estado que passa a se organizar em relação a seu papel econômico, do outro a socialização e o incentivo a participação e organização política imprimindo uma nova máscara as ações econômicas estatais.

Neste processo há um redimensionamento da política em favor do capital. E o Estado passa a encarregar-se da reprodução ampliada da força de trabalho de forma a garantir pela sua intervenção altas taxas de mais valia e exploração. Para isso busca desenvolver e ampliar uma série de ações de base científica – tecnológica, na questão da reestruturação industrial, no ensino, pesquisa e formação profissional, além das áreas de saúde, assistência social, educação, habitação, meio ambiente e consumo.

Pode-se afirmar que as políticas públicas respondem conjuntamente as necessidades de valorização do capital e da mediação política dos diversos interesses antagônicos que permeiam o conjunto da sociedade. Com isso as políticas sociais respondem a essa dupla determinação. Nesta perspectiva de análise conforme destaca as considerações de Martins (2009) apud Neves (2005) sobre a natureza das políticas sociais no Estado capitalista, o conjunto de direitos sociais não são resultantes de uma percepção ou benevolência do aparelho de Estado ou do capital. As políticas sociais respondem a interesses tanto na esfera da política quanto no plano econômico que advêm da luta de classes, da organização da produção e das correlações de forças permeadas neste processo.

Mediante a apropriação deste debate é importante considerar esta discussão quando se aborda a questão da formação profissional de um conjunto de trabalhadores. Diante dos novos modelos de produção industrial, da organização do trabalho e da incorporação tecnológica, é demandado um novo tipo de profissional. Questão está que recai diretamente no processo de formação e requalificação da força de trabalho e nos reordenamentos imposto as políticas sociais (neste caso políticas de Educação e Saúde).

Ainda segundo Neves (2005) situar o campo da educação enquanto política social do Estado capitalista significa entender a readequação social dos sistemas educacionais diante de mudanças qualitativas ocorridas na fase monopolista do sistema capitalista, seja tanto em relação à organização da produção, quanto em relação a estruturas jurídicas e políticas e as relações sociais globais.

Também significa entender que a educação como política social do Estado capitalista responde a um modo específico às necessidades de valorização do capital. No mesmo movimento que se consubstancia numa demanda popular efetiva de acesso ao saber socialmente produzido. Isso decorre de um processo que as políticas educacionais na formação capitalista atual, estão relacionadas com a consolidação das formas e níveis de participação populares já alcançados e também com nível de desenvolvimento das forças produtivas e das relações advindas deste processo.

Assim, a grande indústria passa a demandar um novo profissional de acordo com as novas conformações e exigência técnico científica da produção. Requerem a formação de um novo tipo de homem e de um novo espaço social de aprendizagem. A escola apresenta-se como locus privilegiado para isso. Neste sentido é necessária uma organização educacional que prepare em todos os níveis, a formação de base técnica – científica e polivalente a fim de atender ao sistema de produção vigente e ao capital financeiro. Como assinala a autora:

[...] Pode-se afirmar que o século XX já se inicia com a necessidade de requalificação da força de trabalho, especializada ou não, uma vez que, na produção de base científica a habilidade do trabalhador-artífice, ao ser incorporada ao instrumento de trabalho, passa a demandar do trabalhador urbano-industriais novas capacidades de trabalho.

O aparelho escolar tem tido um papel pedagógico fundamental na conformação do novo homem coletivo requerido pelo neoliberalismo da terceira via.

Os novos padrões de sociabilidade humana requerem por sua vez, um novo espaço social de aprendizagem profissional e cultural, e a escola, uma vez refuncionalizada, apresenta-se como locus privilegiado para conformar esses homens de novo tipo. (NEVES, 2005, p. 18)

Neste contexto de análise exige-se a organização de um sistema educacional que atenda e prepare, desde os anos iniciais até os níveis mais elevados da estrutura escolar, homens capazes de produzir e difundir o conhecimento científico e tecnológico necessário a nova organização do mundo do trabalho e da produção. Em síntese, pensar o modelo de Educação hoje é compreender tal temática permeada por diferentes concepções que denotam correlações de forças e interesses.

Os direcionamentos que tem permeado o campo educativo na conformação capitalista atual, são reflexos de um projeto que busca o consenso do conjunto das classes sociais para o desenvolvimento de um modelo de sociedade que mantém as relações de exploração cada vez mais sofisticadas. Para tal é fundamental estratégias educacionais que permitem a difusão de conteúdos e valores importantes no processo de construção deste modelo de sociabilidade burguesa, que no Brasil vem-se processando ao longo das diferentes conjunturas de desenvolvimento do neoliberalismo no país, tendo seus desdobramentos no campo da aparelhagem estatal e da sociedade civil.

Está discussão também perpassa a política de Saúde. Lima (2010) no texto “A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história”, aponta que a organização do Sistema Único de Saúde como política nacional de Saúde, após árdua luta e negociações, pode ser considerada como conseqüência das mudanças que marcam o país nestes últimos vinte anos. Sobretudo, pela disputas entre grupos defensores de uma política de saúde de caráter público, universal e participativo, e grupos identificados com os interesses corporativos e privados.

De acordo com o texto, a década de 1990 o Brasil avançou no sentido de um amplo consenso neoliberal, que viabilizou a implementação de programas de estabilização, ajustes em amplos setores da economia e do Estado, reformas institucionais orientadas pelos organismos internacionais (Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial). No mesmo processo houve abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado, privatizações de empresas estatais. Cenário este com sérios impactos para as políticas sociais e que respondeu a um processo de avanço da globalização e de mudança na base de acumulação capitalista, que segundo Chesnais (1996) Apud Lima (2010) desde os anos 1980 passava a funcionar sob o imperativo da mundialização financeira.

Quanto ao processo de globalização neoliberal de acordo com as observações do autor, caracterizou-se pela intensa reconcentração do capital mediante as políticas de privatização, barateamento da força de trabalho fazendo com que o sistema financeiro ocupe lugar hegemônico. Na questão social, verificou-se forte movimento em defesa da privatização, do financiamento e produção dos serviços, a precarização das políticas públicas com cortes nos investimentos, assim também como a concentração dos investimentos em grupos setorializados e descentralização dos serviços para níveis locais. Portanto um conjunto de mudanças que se

fizeram paulatinamente com interferência direta na política de Saúde e no Sistema Único de Saúde

Os anos de 1990 e 2000, com o neoliberalismo de terceira via na reforma do Estado e na reforma da Saúde, de acordo com Lima (2010) no plano político, o período de 1990 a 1994 foi marcado pela crise do modelo desenvolvimentista e da hegemonia burguesa no país. O governo Collor (1990/1992) não conseguiu preparar o país economicamente frente à avalanche de mudanças na economia mundial. No governo Fernando Henrique com a implantação do plano real, este passou a conduzir a coalizão de poder capaz de superar a crise de hegemonia através da adoção do programa de estabilização, seguindo as orientações e diretrizes do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial.

Este momento de governo foi marcado pela sobrevalorização da moeda, elevação das taxas de juros, redução dos gastos público na área social, dependência tecnológica e científica e amplas reformas na aparelhagem estatal. Segundo Coutinho (2006) apud Lima (2010) o governo Fernando Henrique Cardoso reuniu forças internas defensoras do projeto neoliberal, ao mesmo passo que incorporou os postulados do programa da terceira via adotados nos países europeus da social democracia.

A primeira etapa no processo de implantação desse projeto de sociabilidade desenvolveu-se no decorrer da metade dos anos 1990, encerrando-se com a implantação do plano real. Neste momento caracterizou-se mais especificamente como uma etapa de ajuste econômico. De acordo com diretrizes do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, o Estado viabilizaria abertura irrestrita do mercado nacional, privatização das empresas estatais, processo de desmonte do aparato de ciência e tecnologia, precarização das políticas sociais públicas com estímulo a sua privatização.

A segunda etapa correspondeu aos dois governos de Fernando Henrique Cardoso, voltados prioritariamente à reestruturação do Estado nas suas funções econômicas e também ético – políticas. O Estado como produtor direto de bens e serviços cedeu lugar às iniciativas privadas que se impõe como a principal política estatal. Na esfera social, a privatização seguidas das políticas de descentralização, fragmentação e focalização, constitui-se como um importante viabilizador de estratégias do governo para formação de uma coesão societária e da educação de uma nova cidadania.



A terceira etapa desse projeto de sociabilidade neoliberal de terceira via iniciou-se com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva para a presidência da república (2003 a 2009), que ao contrário das expectativas de reversão quanto ao processo de privatizações e desmontes do modelo assistencial, verificou-se o acirramento de novas políticas de apoio aos ajustes fiscais e as reformas estruturais e também ao aprofundamento do modelo de radicalização democrática dado início no governo de FHC.

A proposta da terceira via sistematizada por Anthony Giddens, dentro das diretrizes de governo da social democracia inglesa (governo de Tony Blair) e do modelo americano (governo de Bill Clinton), busca “radicalizar a democracia” – ou seja, a construção de uma sociedade civil ativa (parceria do Estado na execução das políticas públicas sociais) e da concertação social, (parceria e colaboração dos diversos grupos sociais). Neste sentido a proposta da terceira via tem fortalecido as ações do Estado enquanto um mantenedor do equilíbrio fiscal, além de atribuir as fundações empresariais como prestadoras de serviços sociais e a chamada aos indivíduos para a participação e responsabilização pela satisfação de suas necessidades.

Destaque neste processo é a reforma da aparelhagem estatal ou a redefinição do papel do Estado que deixava de ser o responsável pela produção de bens e serviços, passando a exercer funções de regulação e coordenação das políticas econômicas e sociais. Assim transferia aos setores privados as atividades que podiam ser controladas pelo mercado e descentralizava as atribuições executivas para as esferas Estaduais e Municipais.

Neste sentido, a reforma da aparelhagem estatal estruturada no país no governo FHC, com a criação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado e a elaboração do plano diretor da reforma do Estado (formulado por Bresser Pereira, ministro no governo Fernando Henrique Cardoso), tinha como objetivo uma readequação do papel do Estado. Neste sentido o Estado não seria mínimo como o sistema neoliberal apregoava, nem um Estado em expansão, mas um Estado estruturado e necessário a fim de manter o crescimento econômico, gerenciar a transferência dos serviços públicos e as empresas estatais para o mercado e delegar a sociedade civil a execução de algumas políticas públicas.

Para Martins (2009) a reforma da aparelhagem estatal corresponde, respectivamente, à reforma política, legal e jurídica e ao aumento da eficiência administrativa. Neste sentido, tais reformas aumentariam a transparência das ações, a qualidade e a produtividade dos serviços tornando o Estado mais ágil e dinâmico como o mercado.

O autor assinala que o pressuposto que fundamenta esta nova conformação de Estado, está baseada na idéia de que as realizações e as estruturas estatais inspiradas no modelo do Estado Maximo e de Estado mínimo, seriam inadequadas aos desafios e as exigências posta do mundo de hoje. O novo Estado não é preciso ser grande e nem pequeno, mas sim necessário e gerencial.

Assim o Estado e sua proposta consistem em ajustar o tamanho de sua aparelhagem estatal e suas possibilidades de intervenção econômica, política e social num formato mais flexível pautados nos parâmetros de qualidade e eficiência empresariais.

Nesta nova conformação os papéis desempenhados seriam bem definidos, mas de natureza relacional. Ao Estado supostamente caberia atuar em defesa de todos indicando áreas prioritárias a serem investidos, formatos de projetos, concessões públicas, incentivos e estímulos ao investimento do capital privado. Por outro lado, o empresariado caberia a realização dos serviços, a oferta de empregos utilizando os incentivos governamentais disponibilizados contribuindo para o crescimento e desenvolvimento.

Em relação às políticas públicas sociais, as parcerias público/privadas, estabeleceriam uma relação diferenciada entre o Estado e a sociedade civil na construção de uma “sociedade de bem estar”. Ao contrário de incentivos e fortalecimento de políticas sociais de caráter universal, este modelo de Estado, propõe a junção da sociedade civil ativa incluindo o empresariado, grupos e movimentos sociais na responsabilização e definição de uma rede de proteção social descentralizada.

Assim, o empresariado, o Estado, a sociedade civil, ONGs, institutos e movimentos, passam a assumir uma nova conduta calcada na responsabilidade social e no envolvimento de todos. De um lado os empresários investindo em projetos sociais para prestar serviços sociais básicos e minimalistas (saúde, educação, geração renda, entre outros), por outro lado o estímulo a um novo tipo de organização nas comunidades que busca a harmonização das relações entre dominantes e dominados no próprio contexto de redefinição das funções estatais e na intensificação das formas de exploração do capital sobre o trabalho com sérios impactos para as políticas sociais.

Para Gramsci (1999) apud Martins (2009), nessa acepção a estrutura e a superestrutura não significam pólos separados e distintos da realidade social. As ações desenvolvidas tanto no plano da superestrutura – ou sociedade civil (conjunto de organismos designados

vulgarmente como privados) quanto na sociedade política ou Estado, são de natureza organizativas e conectivas. Ambas se perpassam.

Com as intensas mudanças e reformas na estrutura estatal e os sérios impactos para as políticas sociais, os ajustes advindos desse processo, não se fizeram por meio de políticas de proteção social. Ao contrário, um conjunto de políticas sociais sofreu alterações e reordenamentos de acordo com as leis e a lógica de competitividade do mercado, e das diretrizes preconizadas pelos Organismos Internacionais como o Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial (FM, BM) perpassada pelo processo de globalização e financeirização da economia.

Contribuindo neste debate Soares (2009) afirma que o conjunto das políticas públicas – Saúde, Educação, Trabalho, Meio Ambiente, Habitação entre outras – perdem sua condição de direitos constitutivos de sujeitos coletivos. Passam a ser recursos ou mercadorias reguladas unicamente pelo mercado. Assim, o não acesso a tais políticas passa a não ser um problema do Estado, mas um problema a ser resolvido no âmbito privado.

Neste cenário as políticas sociais adquiriram novas determinações assumindo um caráter pautado na focalização, privatização, descentralização e seletividade aos grupos mais vulneráveis. Este é um contexto com implicações serias para a política de saúde.

Na área da saúde verifica-se a ênfase na reorganização dos serviços de saúde, na questão do atendimento hospitalar, nos processos de descentralização dos serviços para Estados e Municípios, na privatização total ou parcial dos serviços. Na realidade estabelece-se uma dualidade discriminatória – ou seja, serviços melhores para quem pode pagar (privados) e de baixa qualidade ou nulos para parcela da população que demanda atendimento “gratuito”.

Acompanhando este processo está a questão da focalização – isto é, os gastos e os serviços sociais públicos/estatais, passam a ser dirigidas a parcelas específicas da população. Por outro lado as políticas de parcerias público privado dentro do SUS que cada vez mais desmobiliza a construção de uma política de saúde de caráter público e para todos. Portanto, como ressalta Laurell (1994) apud Lima (2007).

[...] A necessidade de privatização dos serviços de saúde, parte da definição de que a saúde é um bem privado, porque é consumido por indivíduos privados. É toda uma construção lógica que, junto com outras justificativas, tem o propósito de destruir o conceito dos direitos sociais e, particularmente, o direito à saúde, pois é uma condição indispensável da privatização e da mercantilização dos serviços de saúde, visto que, a rigor, não é possível reconhecer esse direito sem especificar

simultaneamente as correspondentes obrigações sociais e públicas. (LAURELL, (1994) apud LIMA, 2007, p. 16)

Perspectiva esta em muito contrária ao que expressou o movimento de constituição do Sistema único de Saúde – SUS, que em sua concepção inicial, caracterizaram-se sob bases jurídicas, institucionais e administrativas compatíveis com a universalização do direito a saúde, convertidos pelo acesso de todos os brasileiros a rede de assistência e aos cuidados e atenção à saúde.

No âmbito da educação com a crescente incorporação científica e tecnológica, a busca cada vez maior por um ensino de base técnica, polivalente e flexível, associada aos novos termos como empregabilidade, competitividade, eficiência e eficácia, estão presentes na direção de nossas políticas educacionais.

Com os ajustes estruturais e superestruturais que na cartilha dos organismos internacionais buscam promover o desenvolvimento econômico, o consenso e a ordem dentro do sistema capitalista, associado a uma política de atenuação das desigualdades sociais mediante a implementação de políticas sociais, (seja na área da Educação, saúde, segurança, sistema previdenciário, assistência, ciência, cultura,) verifica-se que tais políticas públicas vêm impregnadas também por um discurso ideológico.

O campo da educação hoje também tem sofrido fortes influências dos chamados organismos internacionais. Por exemplo, o papel desenvolvido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), analisada de um ponto de vista mais crítico, é responsável pela disseminação de um conjunto de valores importantes no processo de sociabilidade e cooperação internacional exercendo um papel estratégico no campo da educação e com determinantes para as políticas públicas neste campo.

Leher (1999) e Siqueira (2004) apud Neves (2008) afirmam que, a centralidade adquirida pelo campo da educação no discurso e na prática do BM nos anos 1990 é recente. Até a década de 1960 a direção do BM colocava-se contra a intervenção desse organismo na área educacional. O banco mundial inicia então suas intervenções neste campo em 1962, com ações que priorizavam o incremento do ensino técnico vocacional e da educação superior a fim de formar mão de obra especializada e de impulsionar a industrialização nas cidades e o processo de mecanização do campo.

Assim, as políticas de educação escolar e a formação técnica profissional passam a constituir em diretriz política fundamental com vista a garantir a produtividade do trabalho e do capital. Além da aceitação ideológica dos princípios e diretrizes propostos pelos organismos internacionais para o campo da educação, e a formação e investimento nos intelectuais orgânicos que darão continuidade na disseminação de tais valores no conjunto social.

Contudo, é importante sinalizar que este processo não ocorre de forma harmoniosa, o campo da educação e as propostas formativas são perpassadas por projetos contraditórios e conflitantes que denotam diversas concepções e visões de mundo.

Assim, apesar de uma política ainda de conotação hegemônica de educação profissional que tem como diretriz, no momento histórico atual, atender aos interesses e objetivos do capital, associada a uma percepção de educação que busca adaptar os trabalhadores às condições do mercado, é necessário apontar para outras perspectivas e propostas de caráter contra- hegemônico.

Como destaca Meszáros (2008) no livro, cujo título é “Para além do capital”, “é necessário romper com a lógica do capital se quisermos a criação de uma alternativa educacional realmente diferente e significativa”.

Ramos (2006) contribuindo no debate, afirma:

O Processo de formação humana pressupõe o desenvolvimento do indivíduo como particularidade e como generalidade, ou seja, como ser social individual, que reúne em si o modo de existência subjetivo da sociedade pensada e sentida para si, do mesmo modo que também na efetividade ele existe tanto como intuição e gozo efetivo do modo de existência social, quanto como uma totalidade de exteriorização de vida humana (RAMOS, 2006. p. 27)

Portanto, o embate que nos é posto na estrutura capitalista atual está na luta pela construção de um projeto de educação e de formação que vá além das exigências mercadológicas. Salientando que a área da saúde ao se apropriar do corpo teórico, dos métodos e práticas pedagógicas para a construção de um modelo de formação profissional que busque ampliar a qualificação do trabalhador numa perspectiva crítica emancipatória, gera novas possibilidades de intervenção e mudança na realidade social.

## 2.2 FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: ASPECTOS ESTRUTURAIS E CONCEITUAIS DA REFORMA NA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL

Diante das intensas transformações observadas no campo da saúde ao longo dos últimos vinte anos, fruto das intensas lutas políticas da década de 1980 e do movimento da reforma sanitária, a universalização do direito a saúde se constituiu como bandeira no processo de garantia ao acesso a saúde para a população. Contraditoriamente, o que nota-se atualmente no campo da saúde um processo de universalização da atenção privada através do setor público. Nesta perspectiva de análise é importante considerarmos a questão do processo formativo que permeia os trabalhadores no âmbito do SUS atualmente, pois como assinala Bahia (2005) apud Lima (2007), qual a educação profissional em saúde para qual SUS?

Antes de prosseguirmos neste debate, é importante considerar a magnitude do mercado educativo em saúde, que hoje tem sido um filão de mercantilização em plena expansão no Brasil.

Nos últimos vinte anos observa-se um crescimento expressivo do setor saúde. Nos anos 1980 havia apenas 18.489 estabelecimentos de saúde e 573.629 empregos de saúde; em 2002 os números mostraram 65.343 estabelecimentos e os empregos subiram para 2.190.597. Dados da Pesquisa de Assistência Médico – Sanitária (MAS/2005) apud (BRASIL, [2011?]) apontaram esse crescimento no setor saúde: mais de 77 mil estabelecimentos e mais de dois milhões e quinhentos mil empregos. Esses demonstrativos são ainda mais expressivos na rede pública municipal. O setor público concentra mais da metade dos empregos em saúde (56%) distribuídos nas três esferas de governo: âmbito federal (7%), estadual (24%) e empregos municipais (69%).

Um aspecto importante também a ser mencionado refere-se à concentração regional dos estabelecimentos de ensino destinados a formação profissional no país. Segundo PRONKO, et al. (2011) até o primeiro semestre de 2007, estavam registrados no cadastro nacional de cursos de educação profissional de nível técnico - (CNCT), 1.636 estabelecimentos de ensino que ofereciam cursos de educação profissional em saúde, onde a mesma instituição poderia ofertar cursos técnicos de diferentes subáreas de formação. Grande parte das instituições concentra-se na região Sudeste (56,48%); fato este que revela a grande concentração do mercado de trabalho em saúde configurando uma importante desigualdade regional na questão da formação profissional em saúde no país. A região Norte aparece com menor número de instituições, seguida das regiões Centro – Oeste (5,93%) e Nordeste

(13,51%). A maior parte dos estabelecimentos cadastrados pertence ao setor privado, cerca de (87,04%).

Em relação ao caráter privado do ensino técnico em saúde, de acordo com o cadastro do CNCT, (Cadastro Nacional de Cursos de Educação Profissional de Nível Técnico) foi registrado um total de 5.021 cursos de educação profissional técnica em saúde, distribuídos em cursos de especialização (10,64%), habilitação técnica (59,57%) e qualificação profissional (29,79%). Em relação à formação técnica em saúde, fica evidente o caráter privado, onde do total de cursos cadastrados no país, 11,94% eram do setor público e 88,06%, do setor privado. Este cenário marca a magnitude do mercado educativo em saúde hoje no país. No entanto de se considerar, diante deste quadro a qualidade de tais cursos, se existem projetos políticos pedagógicos e qual a concepção de formação e de saúde que tem como diretrizes.

Segundo Lima (2007) o predomínio do setor privado de ensino e a precária qualidade dos cursos ofertados nos anos de 1980 - especialmente na área de enfermagem, aliado a um expressivo contingente de trabalhadores sem formação atuando na esfera pública, e a necessidade de expansão da cobertura do Sistema único de Saúde decorrente do processo de municipalização de um conjunto de serviços em saúde - Estão na base do processo de organização e abertura das escolas técnicas do SUS, a partir dos anos de 1980, com o projeto Larga Escala.

Mediante esta iniciativa é que o Estado assume paulatinamente a responsabilidade pela educação profissional em saúde no Brasil. Antes os processos formativos caracterizavam –se pelo aprender –fazendo, na prática cotidiana ou por meio de treinamentos organizados por núcleos de formação e posteriormente pelas escolas de enfermagem inseridas dentro dos próprios hospitais.

Ainda segundo Lima (2007) com o avanço e as conquistas da reforma sanitária e com a ampliação da concepção de saúde e com ela todos os desafios e complexidade, aliado ao crescente processo de descentralização e municipalização de um conjunto de ações do campo da saúde, que se acelera nos anos 1990, á não era mais possível conceber um grande quantitativo de profissionais sem um processo formativo. Nesta perspectiva o autor aponta,

Já não bastava a experiência e o treinamento, era necessário organizar escolas técnicas de saúde para a formação e ampliação da consciência sanitária dos

trabalhadores e dos futuros profissionais de saúde sobre os princípios da reforma e do projeto societário que ela enseja.

Eles deviam ser educados não apenas para compreender o seu papel individual como membro da equipe de saúde, mas principalmente, atuar coletivamente na gestão do sistema, na sua organização e controle. (LIMA, 2007, p. 11)

Neste sentido, os pressupostos que marcaram o projeto Larga Escala, dentro de uma perspectiva democrática, pautavam-se pela formação e participação, por meio de sua proposta de integração entre ensino e serviço. Contudo em que pese as limitações e entraves que se colocaram para a efetivação de uma política de formação dentro de uma perspectiva democrática, mudanças importantes que marcaram o campo da saúde nos anos 1990, operam uma redefinição da concepção de educação no âmbito do SUS.

Segundo o autor, uma concepção de educação abrangente, que aliava formação com participação para a construção coletiva de um sistema, se contrapõe a uma concepção restrita de cunho individualista voltada para o local de trabalho, muito distante da atuação dentro de uma perspectiva que levasse em consideração a questão da intersectorialidade. Isso se verifica segundo Lima, mais recentemente, no processo de definição de formação profissional inscrita na política nacional de gestão do trabalho e da educação em saúde, buscando sistematizar um conjunto de conhecimentos técnicos e científicos através da educação profissional, que tem como diretriz proporcionar aos indivíduos o contínuo desenvolvimento de habilidades e competências necessárias perante os usuários, para o exercício do trabalho e da educação inserindo-os nos setores profissionais.

O conjunto de mudanças que vem marcando o campo da educação e as políticas de formação profissional em saúde, especialmente em seus aspectos estruturais e conceituais, está associado à difusão do projeto neoliberal burguês, que ao longo dos anos 1990, especialmente no governo Fernando Henrique Cardoso, tem imprimido um novo cenário à educação profissional no Brasil.

O modelo neoliberal que se consolida no Brasil durante o governo FHC, tomou a educação profissional como destaque na agenda traçada para as reformas educacionais, sob o argumento da necessidade de modernização de acordo com os novos avanços tecnológicos e organizacionais do mundo do trabalho e da produção.

Frente a este processo, como destaca Ramos (2002) os organismos internacionais como Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e a Organização



Internacional do Trabalho, apontavam o ensino técnico como oneroso, ineficaz e ineficiente em relação a sua finalidade. Segundo a autora, tais razões para isso foram apontados como:

A educação secundária profissionalizante de qualidade atraia os filhos de classes mais favorecidas, em detrimento dos filhos das classes trabalhadoras; (b) alunos com esse perfil, em vez de se deterem no mercado de trabalho, acabavam se dirigindo as universidades; (c) a educação profissional não deveria ocupar-se com a formação geral do educando, responsabilidade exclusiva da educação básica. (RAMOS, 2002, p.403).

Assim, com a aprovação da Lei nº. 9.394/96 e com o Decreto nº. 2.208/97 se impôs um serie de reformas à educação profissional no país. A principal delas com a separação estrutural entre o ensino médio e o técnico. A formação profissional passou a ser tratada como um sistema de ensino independente e complementar à educação básica. Ao ser aprovada, tal legislação reiterou o dualismo no ensino médio, uma vez que a formação profissional de nível técnico teria uma organização própria e independente da organização desse grau de ensino, excluindo-se assim, a possibilidade de integração entre ambas, permitindo-se a oferta da primeira modalidade de ensino apenas de forma concomitante ou seqüencial ao ensino médio.

A partir das reformas estruturais, deu-se a reforma conceitual pautada no modelo de competências, através das Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino Médio – parecer CNE/CEB Nº 15/98, também com a resolução CNE/CEB Nº. 3/98, posteriormente também com as diretrizes curriculares nacionais da educação profissional através do parecer CNE/CEB Nº 16/99 e resolução CNE/CEB Nº 4/99. Ou seja, com as mudanças na estrutura e organização do ensino técnico, avançou-se no processo de reforma curricular com a introdução da noção de competências. Segundo Ramos, (2002) o currículo baseado no modelo de competências parte da análise do processo de trabalho, no qual se constrói uma matriz de referência a ser transposto de forma pedagógica para uma organização modular, com uma abordagem metodológica baseada em projeto ou resolução de problemas.

A noção de competências se difundiu no Brasil na década de 1990, associado à ideologia da sociedade do conhecimento ou da sociedade pós industrial, expressamente veiculada no país através dos organismos internacionais, especialmente pelo Banco Mundial. Como destaca Frigotto (2009) apud Pronko et al. (2011),

A noção de sociedade do conhecimento é uma metamorfose da teoria do capital humano, ressignificada agora para o contexto marcado por desigualdade, acirramento da competição intercapitalista, desemprego estrutural, desregulamentação do mercado de trabalho e flexibilidade dos postos de trabalho e dos trabalhadores. Assim como aquela teoria mascara as relações de poder e

dominação entre os países e no interior deles, a noção de sociedade do conhecimento vai incidir diretamente na definição das políticas educacionais, por meio das noções de competências, formação flexível e polivalente, empregabilidade, entre outras, que acabam por atribuir aos indivíduos a responsabilidade por seu desemprego ou subemprego. (FRIGOTTO, 2009 apud PRONKO, et al., 2011, p. 86)

A noção de competências surge, portanto, como destaca a autora, no contexto de crise e redefinição do modo de produção do sistema capitalista aliado ao sistema financeiro, passando a direcionar o processo educativo escolar numa perspectiva pragmática, adaptativa e individualizante, noções essas pautadas pela psicologia condutivista e na sociologia funcionalista.

Pautados nestes princípios, estudos foram realizados pela Secretaria de Educação Média e Tecnológica e direcionados a Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação, dando origem as Diretrizes e os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional.

Segundo Ramos (2002) a análise funcional foi a metodologia apropriada pelo MEC a fim de proceder à investigação dos processos de trabalho, definindo-se 20 áreas profissionais. Alguns campos de trabalho, dada as suas especificidades e características, foram redirecionados. Os referenciais curriculares posteriormente publicados pelo SEMTEC visaram uma readequação sendo criadas subáreas profissionais. As matrizes elaboradas para a área da saúde contemplaram 12 subáreas profissionais, identificadas mediante a diversidade dos processos de trabalho no campo da saúde. Nesta estrutura como assinala Ramos.

A lista de competências resultante desse trabalho equivale ao perfil profissional. Por ser referirem á área, essas competências são abrangentes e definidas, portanto, como competências gerais. As habilitações profissionais são recortes específicos dessas áreas, a se constituírem como profissões associadas aos títulos definidos pelo diploma de técnico de nível médio. Como a regulamentação abrange somente á área, é possível que haja uma expansão do número de habilitações propostas pelas instituições formadoras ou uma grande diversidade curricular para uma mesma habilitação. Podem também ocorrer organizações curriculares equivalentes para habilitações diversas. (RAMOS, 2002, p.404).

Portanto, será o mercado de trabalho o regulador do exercício profissional de um conjunto de pessoas em formação encontrando dificuldades para o exercício profissional para o qual teria sido formado. Isso demonstra que a educação profissional no Brasil não está imune aos ditames e exigências do mercado influenciando diretamente sobre a estrutura da formação de um conjunto de trabalhadores.

Essas questões apontam para a luta teórica, ideológica e conceitual que está posta para todos aqueles que militam no campo da educação, e na saúde, e de uma educação profissional que atenda a necessidades e interesses dos trabalhadores.

Como destaca Frigotto (2006) apud Lima (2007) a luta no campo educacional inexoravelmente passa pela afirmação do caráter estratégico e prioritário do direito a educação escolar básica, unitária e politécnica ou tecnológica. No campo da saúde a bandeira central é pela afirmação do direito a saúde tanto no espaço político, quanto no âmbito escolar.

A partir dos objetivos elencados neste trabalho de pesquisa, o Proformar, enquanto uma proposta emergente de Educação Profissional, inserida na política nacional de educação profissional do agente de saúde pública oriundos da Fundação Nacional de Saúde, e que abrangeu posteriormente os trabalhadores da área de Vigilância em Saúde, apresenta-se como uma proposta formativa que procurou romper com o histórico de formações arcaicas e tradicionais, e avançar no sentido de um processo de profissionalização dentro da nova realidade e demandas do Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, o capítulo que segue buscou discutir sobre as concepções e modelos que tem marcado a formação dos trabalhadores técnicos da área de Vigilância em Saúde, a constituição deste campo na saúde pública, seus conhecimentos e práticas, as formas de organização institucional e como este setor vem sendo entendido a partir das transformações do saber e das práticas sanitárias, deslocando o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para as condições de vida da população.

### **3. A VIGILÂNCIA EM SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICO-CONCEITUAIS E A FORMAÇÃO DE SEUS TRABALHADORES**

De acordo com o dicionário Aurélio a expressão “Vigilância” refere-se a princípio a palavra vigiar. Sua origem do latim *vigilare*, remonta a questão de observar, estar atento, precaver-se, acautelar-se, ou observar as ocultas, espreitar, velar, estar em sentinela.

Dentro do campo da saúde pública, o termo vigilância historicamente, encontra-se relacionado aos conceitos de saúde e doença específicos de cada contexto histórico, época e lugares, como também ligado as diversas práticas de atenção aos doentes e as medidas de controle capazes de conter a disseminação de doenças as comunidades. O processo de

isolamento constituía uma das práticas mais antigas de intervenção social relativas à saúde dos homens (PEREIRA, 2009 apud MONKEN & BATISTELLA, 2009).

Portanto, ao falarmos de vigilância em saúde, podemos entendê-la como fruto de um acúmulo de saberes e práticas em saúde que faz parte da história da humanidade e da constituição da saúde pública.

Ao final da idade média mudou-se o modelo médico e político social surgido para o processo de organização sanitária das cidades do isolamento para o modelo da quarentena. Já na segunda metade do século XVIII, na Europa ocidental, com o surgimento dos Estados Nações, três experiências irão constituir a estrutura central das atuais práticas de vigilância em saúde. Para Foucault (1985) com o processo de desenvolvimento das cidades, com o crescente controle e disciplinamento dos corpos e dos sujeitos, configurou o surgimento da medicina social, que em suas três etapas de formação ocorreu com a: medicina de Estado na Alemanha; a medicina urbana, na França; e a medicina social, na Inglaterra.

A medicina de Estado na Alemanha nasceu com a idéia de aumento e controle particularmente do nível de saúde, mediante o que se convencionou chamar de polícia médica, que é programada na Alemanha, em meados do século XVIII, e que será efetivamente posta em aplicação no final do século XVIII e começo do século XIX. Este modelo consistia num sistema muito mais completo de observação da morbidade, além de normatizar a prática e o saber médico.

Num crescente processo de urbanização e de desenvolvimento das cidades, era necessário organizar-se de forma coerente, homogênea com um poder único e regulado. É preciso constituir a cidade como uma unidade, haja vista que elas passariam a ser o lugar do desenvolvimento econômico, da produção de mercadorias e de mercado. Por isso exige-se a sua regulação e controle. Este processo também é acompanhado pelo aumento de uma população operária pobre que se tornará o proletariado urbano aumentando as tensões políticas no interior da cidade. Neste sentido a medicina social na França, colocava-se com uma questão direcionada para a reforma sanitária, que basicamente subordinou às práticas de saúde a reorganização da sociedade e a relação entre as condições econômicas e sociais e a saúde.

Foucault (1985) destaca três grandes objetivos da medicina urbana. Num primeiro momento analisam o espaço urbano, os lugares de acúmulo, de perigo e amontoados que

podem provocar doenças – ou seja, os lugares de formação e disseminação de epidemias e endemias. Em segundo o controle da circulação das coisas (principalmente da água e do ar, para a época estava ainda presente a concepção do ar como causa e veículo de doenças – teoria miasmática). E por fim a medicina urbana vai intervir na própria organização das fontes de água e no esgotamento sanitário, uma vez que era umas dos pontos responsáveis pela disseminação de grandes epidemias e doenças.

A terceira direção da medicina social deu-se na Inglaterra. A medicina dos pobres, da força de trabalho e do operário – ou seja, um período que marca este país no século XVIII mediante o seu acelerado desenvolvimento industrial e com isso as condições do proletariado fazem emergir as questões de saúde e sua conseqüente intervenção a fim de manter a estrutura de produção, sem, contudo, haver mudanças na ordem e na estrutura social.

O processo de desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas, também com o advento da bacteriologia, no século XIX, resultou no aparecimento de novas e eficazes medidas de prevenção e controle de doenças, entre elas a vacinação, iniciando assim, nova prática de controle das doenças e conseqüentemente no processo de estruturação das ações em saúde coletiva.

O epidemiologista Langmuir em 1963 apresentou o conceito de “vigilância” como a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhece – lá (WALDMAN, 1998, p. 91).

O autor foi cuidadoso ao diferenciar o termo vigilância, tanto no sentido de responsabilidade de um conjunto de ações diretas de controle, que deveria ficar acopladas as autoridades locais de saúde, como também no campo da epidemiologia, no seu sentido amplo. Langmuir era favorável ao termo vigilância, como uma aplicação do campo da epidemiologia em saúde pública, no qual denominava inteligência epidemiológica. O trabalhador da vigilância deveria assumir a função de ser os olhos e ouvidos da autoridade sanitária, assessorando-o em relação às necessidades de aplicação de medidas de controle, sendo a decisão e a operacionalização de tais medidas ficar sob responsabilidade da autoridade sanitária.

Em 1964, Karel Raska vem propondo o qualitativo epidemiológico ao conceito de vigilância em artigo sobre o tema publicado pelo autor. Designação essa que será internacionalmente reconhecida com a criação, no ano seguinte, da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da Organização Mundial da Saúde. Este autor afirmava que a vigilância deveria ser organizada levando em consideração, as peculiaridades e característica específicas de cada doença, objetivando assim fornecer bases científicas para a estruturação de ações de controle e prevenção (WALDMAN, 1998, p. 92).

Em 1968, com a realização da 21ª Assembléia Mundial da Saúde, o campo da vigilância ganha espaço para discussão e debates dentro da saúde pública, que resulta em uma visão mais abrangente desse campo de atuação como instrumento a ser usado não apenas nos controle de doenças transmissíveis, como também sua utilização em outros eventos adversos a saúde.

As estruturas operacionais da área de vigilância em saúde – formada pelas Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Vigilância Ambiental – historicamente advêm de um processo de organização e de praticas diferenciadas e por muito fragmentadas. A vigilância epidemiológica e sanitária se confunde com a história da saúde pública, cujas ações de inicio estavam nas quarentenas, cordões de isolamento e vigilância dos portos. Contudo o processo de institucionalização dessas áreas ocorreu com o pós-guerra, uma vez que era presente o risco de utilização de agentes biológicos para fins bélicos e da introdução de patógenos veiculados através dos continentes por meio do intenso fluxo de pessoas e mercadorias.

Nas décadas de 1960 e 70, um dos principais fatores que possibilitaram a disseminação do campo de vigilância como um instrumento a ser usado, foi à campanha de erradicação da varíola. No Brasil, neste período, a estruturação do Sistema Nacional de vigilância Epidemiológica, em 1975, ocorre por meio da instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças. No ano de 1976, é instituído a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Na década de 1990 começou a ser pensado e discutido sobre a organização da Vigilância Ambiental especialmente a partir do projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, o VIGISUS.

A vigilância epidemiológica é definida pela Lei Orgânica de Saúde (8080.90) como o conjunto de atividades que possibilitam reunir informações indispensáveis para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente,

sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem a prevenção e ao controle de determinadas doenças.

A área de vigilância sanitária tem seu campo de intervenção ampliado a partir da publicação da Lei Orgânica da Saúde, paralelamente ao processo de efetivação de órgãos de defesa do consumidor, imprimindo assim um conjunto de mudanças doutrinárias e organizacional no setor saúde.

A estrutura jurídica – conceitual possibilitou o fortalecimento, pelo Estado, das atribuições deste campo nas esferas federal, estadual e municipal. Apesar de pouco definido enquanto política e sem clareza do papel a ser desenvolvido pela vigilância sanitária nas esferas de governo, a partir da década de 1980 democratizou o debate em torno do campo de atuação e intervenção da VISA, contexto esse que propiciou maior conhecimento da área nos níveis de gestão do SUS.

Com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária a partir da lei, 9.782.99, esta autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, tem por finalidade “promover a proteção da saúde da população, através do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, insumos e tecnologias a eles relacionados. A agência também exerce controle e fiscalização dos portos, aeroportos e fronteiras além do trabalho em conjunto com o Ministério das relações exteriores para tratar de assuntos no âmbito internacional da área de vigilância sanitária (ANVISA, 2003 apud EPSJV, 2005).

A vigilância ambiental em saúde constitui-se de um conjunto de ações e serviços intersetoriais e interdisciplinares, que proporcionam conhecimento e detecção de quaisquer mudanças nos fatores existentes no meio ambiente com interferência na saúde humana dos indivíduos. Tem como finalidade recomendar e intervir aplicando medidas de prevenção e controle dos fatores de risco e das doenças e agravos relacionados ao meio ambiente.

Na década de 1990, período este também em que são publicadas as leis orgânicas da saúde, ocorre à fusão da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), com a Superintendência de Campanha (SUCAM), que passa a constituir a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. Este setor passa a incorporar as áreas técnicas remanescentes da Secretaria Nacional de Atenção Básica em Saúde e também da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Neste período também é criado o Centro Nacional de Epidemiologia

(CENEPI), setor este que recebe os programas de controle de doenças, enquanto na mesma Funasa, mas em departamentos distintos (DEOPE), são acompanhadas as doenças de transmissão vetorial e de endemias rurais (BATISTELLA, 2009).

Ainda na década de 1990 é publicada a portaria MS 1399.99, que regulamentou a NOB- 96, responsável pela descentralização de um conjunto de ações e serviços da epidemiologia e controle de doenças aos estados e municípios, incluindo neste processo a cessão de mais de 26.000 trabalhadores que desenvolviam atividades de campo ligadas ao controle de endemias.

A Fundação Nacional, por meio do Centro Nacional de Epidemiologia, é respaldada pelo decreto nº. 3.450 de 10 de Maio do ano 2000, onde preconiza como atribuições do CENEPI “a gestão do sistema nacional de vigilância ambiental”. Está estruturado de maneira a propiciar a implantação, no âmbito nacional, do sistema nacional de vigilância ambiental em saúde, SNVA. Nesta estrutura de organização este setor tem como tarefas fundamentais acompanhar os:

Processos de produção, integração, processamento e interpretação de informações visando o conhecimento dos problemas de saúde existentes, relacionados aos fatores ambientais, sua priorização para tomada de decisão e execução de ações relativas as atividades de promoção, prevenção e controle recomendadas por este sistema e sua permanente avaliação (EPSJV/FIOCRUZ, 2005, p. 94).

Ainda de acordo com Netto & Carneiro (2003) apud EPSJV/FIOCRUZ (2005) o setor de vigilância ambiental em saúde, está apresentado na interface entre a saúde e o ambiente, o chamado campo da saúde ambiental. A atuação desta área ocorre em consonância e integrada com diversos atores; seja do âmbito público, privado e da sociedade civil, tendo seus espaços de práticas em nível municipal, conselhos de saúde, meio ambiente, fóruns, comitês entre outros. Também seus instrumentos e métodos de ação são elaborados a partir do campo da epidemiologia ambiental, do processo de avaliação e gerenciamento de riscos, além dos indicadores de saúde e meio ambiente e dos sistemas de informação.

O campo de vigilância ambiental faz parte da história da saúde pública brasileira, mas no seu processo de organização, não logrou institucionalização semelhante os demais setores do campo da vigilância em saúde. Desenvolvida sempre como atividade associada ao controle de doenças, especialmente no enfrentamento e controle de endemias, ainda hoje nota-se que



são pouco incorporadas as políticas e práticas de saúde, os avanços teóricos conceituais que este campo apresenta.

No ano de 1997, a Fundação Nacional de Saúde – FUNASA - com o apoio do Banco Mundial criou o Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Este projeto tinha como objetivo dar suporte a quatro subprojetos estratégicos nessa área, a vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, Amazônia legal e saúde indígena. O VIGISUS se materializou por meio de dois componentes; o fortalecimento das ações da Fundação Nacional de Saúde na área da pesquisa, ensino e infraestrutura, e outro destinado a oferecer suporte às ações dos Estados e Municípios em capacitação e organização da rede de serviços as populações.

Em 2003 também é criada a Secretaria de Vigilância em Saúde, que tinha como diretriz desempenhar as atividades do extinto CENEPI, como os programas nacionais de controle da dengue, malária e outras doenças transmissíveis por vetores; o programa nacional de imunizações, vigilância de doenças por transmissão hídrica e alimentar; controle de zoonoses e vigilância de doenças emergentes. Inclui também programas que estavam organizados em outras áreas do Ministério da Saúde, entre eles, os programas de controle da tuberculose, hanseníase, hepatites virais, das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.

A discussão sobre Vigilância em Saúde tem-se ampliado com debates em diversos fóruns de saúde pública, permitindo assim a consolidação desta área, expressa no processo de reorganização de secretarias estaduais e municipais e também no desenvolvimento de práticas que incorporam conceitos estruturantes como território, população, problemas de saúde, intersetorialidade e interdisciplinaridade.

Distante de se configurar como apenas uma questão de organização e estruturação das áreas que compõe a vigilância, permitindo um processo de trabalho e intervenção cada vez mais integrado, ainda é presente no campo prático a separação entre as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, vide o histórico de formação destes campos.

Neste contexto de análise, é possível identificar três posicionamentos distintos sobre o campo da vigilância. O discurso da vigilância como monitoramento e prevenção de riscos e agravos de doenças representadas pela secretaria de vigilância em saúde, contudo tendo como bases teóricas e conceituais, o modelo sanitarista, direcionado pelo conhecimento

epidemiológico como norteador de suas ações. O discurso da vigilância sanitária; representado pela ANVISA, voltado pela proteção aos danos e riscos.

Por fim a noção que concebe a Vigilância em Saúde como uma proposta de redefinição das práticas sanitárias. Este modelo propõe como diretriz uma revisão do objeto, das práticas de saúde, dos sujeitos, dos meios de trabalho, intervenções e das formas de organização da atenção à saúde da população.

Esta noção de entendimento para o campo da vigilância em saúde está inserida na formatação e nos princípios que regem o Programa de Formação dos Agentes de Vigilância em Saúde – PROFORMAR, objeto de análise deste trabalho.

Neste contexto, a vigilância em saúde segundo TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, (1998) e EPSJV (2005):

Trabalha com conceituação ampla do papel da epidemiologia nos serviços de saúde, incluindo avaliação e pesquisa. (...) e, em suas propostas de ação, deve apreender a desigualdade social e, portanto a distribuição desigual de agravos a saúde. Essa apreensão representa um deslocamento da sua base conceitual, do exclusivo controle e ou erradicação dos agentes para a compreensão das relações sociais que definem a desigualdade. (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, p. 14)

[...] A vigilância em Saúde como proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, para solucionar problemas de enfrentamento contínuo. Estas operações devem se dar em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde – doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias. (EPSJV/FIOCRUZ, 2005, p. 91)

A vigilância em saúde entendida como a transformação dos saberes e práticas sanitárias, indica um caminho fértil para o processo de consolidação do ideário e princípios do Sistema Único de Saúde. Ancorada no conceito positivo do processo saúde – doença – enfermidade, tal conceito desloca a análise sobre o objeto da saúde pública, da doença para as condições de vida dos indivíduos em seus territórios.

Esta nova visão – do campo da saúde como uma acumulação social – que se expressa num estado de bem estar, pode indicar os acúmulos positivos e negativos. Assim, entende-se que a dinâmica das relações sócio - ambientais presentes num dada comunidade e em determinado território, é o que define suas necessidades e as formas de atender aos cuidados a saúde.

Partindo do conceito do ampliado de saúde preconizado pela Constituição Federal de 1988, (Art. 196 da C.F) este conceito de distancia da idéia de morte, para se aproximar do entendimento de qualidade de vida, como ponto de encontro e de ação, um produto social em permanente movimento e transformação. Nesta perspectiva este modelo de atenção a saúde propõe:

Propõe mudanças radicais que vão desde a concepção do processo saúde-enfermidade – de negativa para positiva; do paradigma sanitário – de flexneriano para a produção social da saúde; das práticas em saúde- da atenção médica para a Vigilância em Saúde, e uma nova ordem governativa da saúde nas cidades – da gestão médica para a gestão social. (MENDES, 1993 apud EPSJV/FIOCRUZ, 2005).

TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, (1998), destaca que, as formas de organização dos processos de trabalho envolvidas em cada um desses modelos são diversas. Do trabalho desenvolvido na rede de prestação de serviços de saúde, tendo como lócus privilegiado o modelo médico assistencial e o hospital, passa-se para o modelo sanitarista, para as unidades de saúde, onde se operacionalizam os programas, campanhas e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. A proposta de atuação da vigilância da saúde ultrapassa os espaços institucionais do sistema de serviços de saúde, onde se expande a outros setores e órgãos dos diferentes setores e grupos da sociedade. Em síntese, segundo os autores a vigilância em saúde apresenta sete características básicas, a saber:

Intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e ou determinantes), ênfase em problemas que querem atenção e acompanhamentos contínuos, operacionalização do conceito de risco, articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas, atuação intersetorial, ações sobre o território, intervenção sob forma de operações. (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, p. 18).

A vigilância em Saúde dentro desta perspectiva de análise corresponderia assim, a um modelo assistencial que agrega e ultrapassa os modelos de atenção a saúde vigente. Isto implica na redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das ações e atividades, das relações técnicas e sociais, como também na organização do campo da saúde. Portanto, inserida numa visão ampla de sua atuação, a vigilância em saúde apontaria na superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas, vigilância epidemiológica e sanitária, e as práticas individuais; isto é, de assistência ambulatorial e hospitalar, para um processo de operacionalização, que propõe a articulação entre saberes advindos de diferentes campos do conhecimento seja da epidemiologia, do planejamento urbano, da geografia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde.

As diferentes ações da vigilância em saúde, a partir deste novo redirecionamento, buscam o entendimento das desigualdades sociais para o processo de intervenção sobre o adoecimento das populações. E o conceito de interdisciplinaridade é imprescindível para o desenvolvimento de tais ações, haja vista que, a vigilância em saúde reconstrói para o campo da saúde pública diferentes possibilidades de pensar, planejar, intervir mediante o contexto social de cada realidade. Sendo que cada situação e acontecimentos que afetam a qualidade de vida das comunidades, são decorrentes de interações e situações diversas. Neste caso é importante um olhar múltiplo sobre as realidades vividas e os fatos cotidianos.

Este processo de reconstrução sobre os problemas de saúde a serem enfrentados sob diferentes perspectivas, ao mesmo tempo em que afirma a complexidade e a dinâmica do cotidiano da vida, mostra o espaço local como lugar único e singular. Expressa que as respostas a serem buscadas devem refletir e considerar a realidade que os cerca, embasando-se em outros campos do saber, colocando para o trabalhador da área da saúde a necessidade de constante reflexão sobre sua atuação no espaço público.

A complexidade que abrange os diferentes processos de trabalho da vigilância em saúde se expressa em diferentes territórios, resultantes das relações sociais de produção que se evidenciam nas condições de vida e nas situações de saúde das populações. O conceito de território trabalhado pela vigilância decorre do pensamento de Milton Santos, que o entende como um conjunto indissociável de sistemas de ações e objetos, em constantes interações, movimentos, permitindo aos diferentes atores sociais a construção de referências e significados distintos. Portanto, o reconhecimento dos significados e expressões na realidade social, é estratégico para o processo de organização e reorganização das práticas sanitárias locais na perspectiva e na busca por melhorias na qualidade de vida da população (SANTOS (1996), apud EPSJV/FIOCRUZ, 2005).

Portanto pensar o trabalho de vigilância em saúde sob esta perspectiva é pensar sua operacionalização a partir do trinômio informação, decisão e ação. Dimensões estas estratégicas para o processo de planejamento, uma vez que abre tanto para o diagnóstico, quanto para a fase de ação e execução, a importância do olhar de cada ator social sobre seu cotidiano. Neste sentido, o trabalho e atuação deste setor no campo da saúde apontam para o desenvolvimento de ações múltiplas e intersetoriais, objetivando responder com efetividade e eficácia aos variados problemas e necessidades de saúde da população e seus espaços sociais.

Alinhado a visão ampliada de vigilância em saúde, o Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR- incorporou na sua proposta de formação a concepção que entende o setor de vigilância em saúde como uma nova forma de organização tecnológica do trabalho em saúde. Como destaca o livro texto do modulo II da Unidade I sob o título “O processo de Trabalho da Vigilância em Saúde”,

A capacitação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde- ANVISA- é atualmente, a base para a realização desse processo de integração e redefinição das práticas de vigilância em saúde ao nível local. Por conta disso, é importante colocar em discussão, no âmbito do processo de capacitação, as propostas de aperfeiçoamento e transformação das atuais práticas de vigilância tendo em vista a construção da vigilância em saúde. Entendida como um “modelo de atenção integral a saúde” [...] ou como um modo de organização do processo de trabalho em saúde que articule um conjunto de práticas – promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação – para o enfrentamento de problemas e atendimentos das necessidades específicas de pessoas e grupos populacionais que vivem em determinados territórios. (FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004, p. 17)

O modelo de atenção integral a saúde discutido na proposta de formação do programa, coloca que, para a operacionalização do trabalho de vigilância, o próprio processo de trabalho deste setor precisa levar em consideração o conceito ampliado de saúde e a busca de integralidade da atenção a toda a população. Neste sentido como destaca o livro texto, sobre o processo de trabalho da vigilância em saúde:

O processo de “operacionalização da proposta de vigilância em saúde implica uma série de mudanças na organização social do processo de trabalho em saúde. Para compreender a natureza e o alcance dessas mudanças, é necessário que se analise cada um dos elementos desse processo de trabalho e de identifiquem as mudanças que podem e devem acontecer para que a prática de vigilância em saúde se desenvolva e se consolide no âmbito do SUS.

**O processo de trabalho** em saúde, como todo e qualquer processo de trabalho, inclui um **sujeito**, o trabalhador, individual ou coletivo; o **objeto**, aquilo sobre o que se exerce o trabalho; **os meios de trabalho**, conhecimentos e tecnologias utilizadas, e as relações de trabalho, o que se estabelece entre as pessoas e seus conhecimentos para se realizar diferentes ações necessárias a cada tipo de trabalho.

O conjunto desses elementos pode ser organizado de distintas maneiras, cada uma das quais com uma dada **finalidade**, da qual deriva o significado social (econômico e político – ideológico) do processo de trabalho em questão [...]. (FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004, p. 27)

Nesta perspectiva de análise o trabalho da vigilância em saúde é redimensionado, os problemas e as necessidades de saúde passam a ser vistos e atendidos tendo como parâmetros diferentes instrumentos de atuação e com diferentes profissionais. Como indica o livro texto do programa, no que se refere aos agentes das práticas de vigilância em saúde:

Os gerentes, equipe gerencial de sistemas de serviços de saúde recortados em distintos espaços territoriais, co-responsáveis pela saúde-doença de grupos populacionais que aí vivem e trabalham, desde que viabilizem as intervenções intra e extra-setoriais a partir de sua liderança institucional.

Profissionais executores de práticas de promoção, prevenção, atenção curativa e reabilitação, desde quando integrem os diversos tipos de trabalhos da vigilância à saúde

Profissionais de outros setores cujas ações possam contribuir para alterar as condições de vida dos grupos populacionais em foco

Grupos populacionais “objetos” e sujeitos das práticas de vigilância à saúde, desde que mobilizados e ativos. (FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004, p.31)

Em síntese, podemos observar na proposta do texto base sobre a vigilância em saúde e também no que diz respeito ao processo organizativo do trabalho deste setor, que os novos conceitos incorporados, ultrapassam os conhecimentos e tecnologias de outros modelos de atenção à saúde.

Nesta diretriz de análise, entendemos que o Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde, possibilitou aos profissionais participantes deste processo formativo, ferramentas para uma atuação diferenciada em seu lócus de trabalho. Como destaca o material formativo:

Os AVISA (Agentes de vigilância em saúde) pode vir a se tornar um agente das práticas de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito municipal e local.

[...] Os agentes de vigilância em saúde estarão contribuindo para o desenvolvimento comunitário e para a mudança das práticas institucionais tanto na área de saúde quanto na área educacional, podendo também se envolver no desenvolvimento de outras ações de caráter intersetorial – saúde, educação, saneamento, transporte, cultura e lazer. (EPSJV/PROFORMAR, 2004, p.40-42)

Isto posto, afirmamos que o trabalho de vigilância em saúde, em dado território, usando de tecnologias e conhecimentos múltiplos, associada a uma visão ampla do processo de intervenção e cuidados à saúde, pode contribuir para elevar a cultura sanitária da população.

Associado também ao desenvolvimento de ações que envolvam todos os setores públicos na busca pela promoção da saúde, da garantia dos direitos e da qualidade de vida.

Sob esta diretriz de análise, entendemos que a estrutura que marca a proposta de Vigilância em Saúde, hoje dentro do SUS, tem implicado numa série de mudanças na organização das práticas e do processo de trabalho em saúde. Tal processo de reorganização

tem colocado um série de desafios na dinâmica de trabalho de seus profissionais, e requerido novos aportes formativos. Dando prosseguimento a discussão é importante destacar o cenário que tem caracterizado os trabalhadores deste setor hoje no âmbito do Sistema Único de Saúde.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, DEGERTS/SGTES/MS (2009) apud BRASIL, [2011?]. O Sistema Único hoje dispõe de mais de 341 mil médicos, contingente de profissionais em enfermagem com mais de um milhão de trabalhadores – sendo mais de 178 mil enfermeiros, mais de 227 mil odontólogos, 122 mil farmacêuticos, 137 mil psicólogos e mais de 230 mil agentes comunitários de saúde.

O SUS possui uma quantidade expressiva de profissionais de nível médio e elementar responsáveis por quase 60% dos trabalhadores que atuam no setor saúde. A política de educação profissional em saúde voltado para estes trabalhadores está centrada na qualificação dos processos formativos para que sejam ofertados cursos adequados as necessidades do SUS.

De acordo com Batistella (2009) a dificuldade em quantificar o número de trabalhadores de nível médio e elementar que desenvolvem ações de vigilância em saúde decorre de pelo menos três fatores. O primeiro corresponde à indefinição do perfil identitário dos trabalhadores desta área, ou seja, quem são os trabalhadores da vigilância em saúde? Haja vista que tal setor; de caráter interdisciplinar e multiprofissional, é composto por profissionais de diferentes ocupações e finalidades, que vão desde os agentes sanitários, agentes de combate as endemias, aos fiscais sanitários, trabalhadores da vigilância epidemiológica, agentes responsáveis por análises laboratoriais, de diagnósticos, supervisão e cargos gerenciais, entre outros.

Outro fator relaciona-se a precariedade e as múltiplas formas de contratação denotando uma alta rotatividade dos trabalhadores e provisoriedade dos postos de trabalho. E por fim, a indisponibilidade de estudos que possibilitem o cruzamento de diferentes bases de dados que forneçam elementos para a mensuração dos profissionais do Sistema Único de Saúde.

Apesar da dificuldade em quantificar o real número de profissionais de nível médio e elementar que atuam no setor da vigilância em saúde, duas fontes de dados nos fornece um panorama deste cenário. Em virtude do processo de elaboração e implementação do Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR – programa este

que faz parte na nossa proposta de análise aqui, estimou-se um contingente de trabalhadores de 85.000 de nível médio e elementar em atuação na área de vigilância em saúde.

Em relação à área de Vigilância Sanitária de acordo com o Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária, em 2004 foram recenseados 32.135 profissionais de VISA. Em relação à situação institucional dos trabalhadores nas esferas de governo, os dados mostram que, o âmbito Municipal absorve maior contingente de trabalhadores de vigilância sanitária (21.771) cerca de 67,7%. No nível Estadual constitui-se aproximadamente 5.474 (17%) e no nível Federal 5.017 (15,6%).

Do total de profissionais de nível médio e elementar (21.590), os dados apontam que 13% dos trabalhadores técnicos na área de VISA, apenas 2,3% possuem habilitação em vigilância sanitária. REIS; GONDIM; LIMA, (2006). Este cenário explicita um universo significativo de profissionais e também de uma grande demanda por formação.

O que marca também esse segmento de trabalhadores de nível médio que atuam nas equipes de Vigilância, é que grande parte possui diferentes vínculos contratuais, seja na esfera Federal Estadual e Municipal. Essa diversidade se expressa na existência de profissionais contratados ora pelo regime jurídico único (estatutários), com vínculos de órgãos da administração direta, autárquica ou fundacional, contratos por processo seletivo, em caráter temporário ou contratos de prestação de serviços terceirizados e contratos emergenciais.

Outro ponto de destaque é que diante da existência de diferentes vínculos de trabalho e atuação dos trabalhadores desta área, gera um problema para a gestão dos serviços em vigilância em saúde, a saber: a grande disparidade salarial. Isso ocorre principalmente entre os profissionais que ocupam vínculo na esfera Federal e aqueles que são contratados temporariamente ou terceirizados no âmbito dos Municípios.

Outra característica corresponde aos processos de trabalho e a diversidade nas atribuições dos trabalhadores. Verifica-se uma multiplicidade de atividades que vão desde o controle de vetores, coleta de amostras para análise fiscal de (medicamentos, água e alimentos), notificações, manutenção de sistemas de informações entre outros.

A complexidade também é percebida quando se verifica os diversos cargos em que esses profissionais de nível médio ocupam. São denominados ora agentes, fiscais, técnicos de vigilância sanitária, inspetores, auxiliares, técnicos de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, agentes de saúde, de combate às endemias, de saneamento, supervisores de área



entre outros. No que se referem à formação profissional, de acordo com dados do sistema de informação do Proformar mais de 70% dos cerca de 33.000 alunos matriculados tinham ensino médio completo e os 30% restantes demandavam complementação de escolaridade (BATISTELLA, 2009).

Em relação aos aspectos formativos de acordo com o documento projeto político pedagógico referente à Vigilância em Saúde, o censo escolar de 2001 – INEP/MEC, num quantitativo de 785 instituições públicas e privadas que atuam na formação profissional em saúde, são ofertados 1201 cursos e apenas cinco formam trabalhadores de vigilância sanitária. De acordo com dados da Secretaria Técnica da RET-SUS 176 cursos são oferecidos pelas escolas, sendo 12 de nível técnico referentes à Vigilância em Saúde, sendo 10 habilitações em Vigilância Sanitária e duas habilitações em Vigilância em saúde. No nível básico é oferecido apenas o curso de Vigilância à Saúde e Meio Ambiente (EPSJV/FIOCRUZ, 2005).

Segundo o mesmo documento, apesar da Vigilância Epidemiológica possuir uma prática bastante disseminada e estruturada no âmbito das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, os trabalhadores que atuam nesta área possuem uma grande diversidade quanto à qualificação. Não existem cursos de educação profissional de nível técnico nesta área. Aos profissionais de nível médio são ofertados os chamados cursos básicos de vigilância epidemiológica, cursos de desenvolvimento profissional e cursos de atualização e treinamentos em serviço. Grande parte dos trabalhadores de nível médio está inserida de forma subordinada nas equipes, executam diversas ações designadas pelos profissionais de nível superior, fato este que acentua ainda mais a dicotomia entre o pensar e fazer.

Em relação ao campo da Vigilância Sanitária existem programas que vão desde a pós-graduação, até cursos básicos de nível médio. No nível médio existe uma habilitação técnica consubstanciada pelo parecer (CFE 441/93) cujos referenciais curriculares (competências e habilidades) estão definidos pelo MEC. Com esta habilitação vários trabalhadores foram formados pelas Escolas Técnicas de Saúde do SUS e incorporados por meio de concurso público para o exercício de ações de vigilância sanitária.

E a Vigilância Ambiental em Saúde, apenas recentemente, vem desenvolvendo (nos últimos três anos) cursos de formação na área de Vigilância Ambiental em parceria com a Organização Panamericana de Saúde procurando introduzir conceitos e metodologia da atenção primária ambiental (APA). Outros cursos de nível básico também são ofertados por

diferentes instituições onde se busca correlacionar os problemas de saúde aos aspectos ambientais e ecológicos.

Mediante este cenário, nota-se que a constituição e consolidação das subáreas que compõe a vigilância, tem como legado a fragmentação institucional das ações e práticas e também de seus processos formativos. Quando as ações de vigilância sejam elas de epidemiologia, notificação, investigação, controle de vetores, legislação sanitária, fiscalização, saneamento ou gerenciamento de riscos ambientais são estruturadas em bases de conhecimento e de práticas de forma independente e fragmentada, o trabalho de vigilância em saúde desperdiça um significativo potencial de intervenção

A desarticulação institucional entre as áreas de vigilância gera um grande desperdício de investimentos e com resultados pontuais e de pouca efetividade. A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde e também da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, direciona para um cenário favorável no processo de construção de ações e intervenções articuladas dos setores que compõe a vigilância.

O processo de descentralização preconizado pela portaria MS. GM 1399.99, regulamentando a NOB 96, no que se refere às competências da União, Estado e Municípios na área de epidemiologia e controle de doenças, põe uma serie de desafios para os gestores inclusive na reorganização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, tendo como diretriz o modelo de Vigilância em Saúde. A portaria ao instituir o processo de descentralização destas ações, aponta também, entre outras disposições a cessão de servidores federais da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA aos Estados e Municípios e também imputava a responsabilidade pela capacitação destes trabalhadores que advém de processos formativos que se resumiam a treinamentos focais sobre doenças e instrumentais de determinada técnica, desarticulados das práticas desenvolvidas no âmbito do SUS.

Após a publicação da portaria, a Fundação Nacional de Saúde convidou a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV, Unidade Técnico – Científica da Fiocruz, referência na construção de modelos de formação profissional para nível médio em saúde, a elaborar uma proposta para a capacitação destes trabalhadores. A saber, o Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR, tendo como diretriz o novo conceito de vigilância em saúde que parte do pressuposto da construção de uma identidade do trabalhador de nível médio com os processos de trabalho do Sistema Único de

Saúde pela apreensão do território com a população enquanto espaço da produção social da saúde.

Prosseguindo neste debate faz-se necessário tecermos brevemente, algumas considerações sobre as bases históricas que marcaram as iniciativas no processo de formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil.

### 3.1 A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES TÉCNICOS EM SAÚDE NO BRASIL

No Brasil a partir da década de 1980, se expande o debate sobre a formação dos trabalhadores técnicos em saúde. Sob duas perspectivas está temática é perpassada; seja como questão política; tema este a ser inserido na agenda da Reforma Sanitária Brasileira, seja como questão social, face ao grande contingente de trabalhadores técnicos marcados pela deficitária qualificação e sem reconhecimento profissional inseridos nos serviços de saúde.

Segundo Santana (2001) apud Pronko et al. (2011) as iniciativas do Estado Brasileiro voltadas para o processo formativo dos trabalhadores técnicos de saúde, sempre foram coadjuvantes do trabalho desenvolvido pelas instituições do setor privado de ensino. Acresce-se a ainda a abertura de cursos rápidos, ou cursos de garagem, também conhecidos como “cursos walita”, caracterizados por serem formações rápidas pautados em simples treinamentos de técnicas básicas, voltados à “formação”, por exemplo, de atendentes de enfermagem, contudo sem as exigências de maiores escolarização. Ao refletir sobre os processos de qualificação desenvolvidos para os trabalhadores de nível fundamental e médio na saúde, observa-se que há um predomínio de que os mesmos sejam de curta duração e reduzidos a uma qualificação mecânica.

Em termos também da formação de um conjunto de trabalhadores técnicos em saúde, outra tradição que predominou na década de 1980, foi à abertura de escolas de formação técnica acoplados aos hospitais públicos e privados. Predominava a concepção ainda presente, de que essas instituições existiam para atender os hospitais de trabalhadores técnicos, especialmente os da área de enfermagem, em razão da necessidade de manter a assistência médico - hospitalar. As escolas de formação desenvolviam cursos profissionalizantes com exigências de escolaridade equivalentes ao ensino fundamental atual, contudo eram predominantes os cursos rápidos de treinamentos. Neste sentido como aponta Lima (2010) apud Pronko et al. (2011) o treinamento em serviço foi uma forma histórica de iniciação

profissional no setor saúde, no qual o tempo de formação prática prevaleceu sobre o tempo de formação escolar.

Neste contexto a história da educação profissional em saúde nos mostra que as políticas nessa área se desenvolveram tendo como referência a integração da formação de um conjunto de trabalhadores com a realidade dos serviços. Fortemente perpassados pela clássica dicotomia entre o trabalho intelectual e trabalho manual. Neste sentido, o tempo de formação prática ainda está na base de disputas e lutas pelo reconhecimento profissional de diversos práticos na área da saúde; tais como os práticos de enfermagem ou enfermeiro prático, o dentista prático, de laboratório e de radiologia entre outros.

Do ponto de vista da prática profissional, até os anos 1980, existiam de um lado legalmente reconhecidos diversos práticos de saúde; por outro lado também um contingente de trabalhadores atuantes nos serviços de saúde sem reconhecimento profissional. Com a criação dos conselhos profissionais, em sua maioria formada por profissionais de nível superior, e a organização das categorias profissionais atuando na fiscalização e controle do exercício profissional, foi um dos principais motivos para a extinção dos trabalhadores práticos de saúde, ao mesmo tempo também pela subordinação legal e institucional dos trabalhadores técnicos.

Em pesquisa compreendendo o período de 1970 e 1990, de acordo com Girard, Fernandes Junior e Carvalho (2005) Apud Pronko et al. (2011), o que se verifica é uma fraca regulamentação das profissões de nível médio. Segundo os autores, para parte dessas profissões, apenas os requisitos educacionais são regulados, conferindo as instituições o direito de conceder diplomas e certificados e para os trabalhadores autorização de exercer determinadas atividades profissionais.

Levantamento realizado em relação à legislação relativa aos trabalhadores de grau médio, de acordo com os autores citados, se constatou que de cerca de 43 profissões do setor saúde, 33(77%) obtiveram regulamentação educacional nos anos 1970 e 10% (23%), ao final dos anos 1980 e início dos anos 1990. Essas regulamentações, em grande parte foram emitidas sob a forma de pareceres do antigo Conselho Federal de Educação, e que também dentre outras atribuições, definia o currículo mínimo profissional e autorizava abertura de cursos, estabelecendo carga horária mínima, níveis de escolaridade e conteúdo programático de ensino. Por outro lado, o certificado e diplomas eram emitidos aos alunos que cumprissem as exigências profissionalizantes baseadas na época na lei n 5.692 de 1971. Das 43 profissões

relacionadas, apenas 8 (18%), possuíam regulamentação profissional específica, contudo sujeita a restrições estabelecidas pelas profissões de nível superior.

Estes dados apontam, de um lado, o grande interesse do mercado educativo na formação dos trabalhadores técnicos em saúde, atendendo a lógica do mercado e do lucro, movimento esse advindo do processo de mercantilização e de empresariamento do setor saúde. Também aponta, entretanto, que o reconhecimento profissional dos trabalhadores técnicos em saúde, é um campo no qual estão em disputas o direito ao trabalho e sua valorização social objetivando dar visibilidade e protagonismo a um número expressivo de profissionais de nível técnico da saúde.

A partir dos anos de 1980, como afirma Pronko, et al. (2011) ocorre uma inflexão nessa trajetória que até, aquele momento predominava tanto no campo da política de saúde, quanto na política de educação – e mais especificamente no processo formativo dos trabalhadores técnicos em saúde – em razão do acelerado processo de redemocratização brasileira naquele período. É um momento notadamente de lutas e de organização de diferentes setores e movimentos sociais, que tem como resultado grandes mobilizações sociais que culminaram nas Diretas Já, em 1984 e do processo de constituinte, que desencadeou na aprovação da Constituição Federal de 1988.

Neste processo de intensas mudanças, no campo da saúde pública, ocorre uma reviravolta no modo de tratar e discutir o campo da saúde no país no âmbito dos conceitos, a partir da incorporação da política à análise e as práticas de saúde, com vistas à modificação e a melhoria no atendimento e das condições de saúde da população. Este movimento demonstrou a ampliação do próprio conceito de saúde e apontava para a necessidade de reestruturação do processo de trabalho em saúde, mediante uma redefinição do modelo assistencial.

Por outro lado também essas mudanças colocavam para os trabalhadores em saúde um comprometimento ético político pautado fundamentalmente na construção da democracia e na defesa da dignidade enquanto valores bem como mudanças na materialidade das práticas e da formação em saúde. Assim como destaca Pronko, et al. (2011).

É um período caracterizado não pela substituição do modelo de atenção a saúde, mas por uma mudança na arena política da saúde concomitante ao desenvolvimento, nesse campo, de uma abordagem marxista que transforma o pensamento preventista em médico-social. Essa abordagem se desenvolve e difunde tanto na academia quanto entre os profissionais de saúde [...]. (PRONKO, et al. 2011, p. 67-68)

A teoria social difundida no campo da saúde buscou demonstrar, o caráter social e histórico do processo saúde - doença com base na crítica ao modelo cientificista ou na concepção positivista pautado num fazer ciência desconectada da realidade social e de seus determinantes e isenta de valores. Como afirma Lima (2007) pensar o campo da saúde numa perspectiva crítica é considerar também que:

[...] Essa concepção de saúde define um processo no qual a própria doença não pode mais ser pensada ou reduzida ao corpo biológico. Exige-se também considerar o corpo socialmente investido, isto é, verificar como o corpo do homem se dispõe em sociedade antes de tudo como agente de trabalho, pelo fato de o trabalho definir o sentido e o lugar dos indivíduos em sociedade [...]. (LIMA, 2007, p. 16)

Portanto como destaca o autor, esta forma de entender o campo da saúde, passa a ser dado sob uma dimensão histórica das práticas de saúde, ou seja, “só podem ser compreendidas num contexto histórico de uma dada sociedade e em determinado momento de seu desenvolvimento social”.

Outro destaque importante que marca este período no Brasil corresponde a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, sendo um marco importante para o processo de organização da reforma sanitária brasileira. Este movimento representou um divisor na forma de se pensar e articular a política de saúde no país. Neste sentido a reforma sanitária vai além da perspectiva de reforma setorial, configurando-se em mudanças do setor saúde vinculada a uma busca por mudanças sociais e na luta pela garantia de direitos, tendo neste processo a criação do Sistema único de Saúde.

Diante da forte pressão e resistência dos interesses privatistas e o embate de forças em torno da proposta de mudanças das bases jurídicas legais dos contratos públicos privados, o movimento da reforma sanitária brasileira conseguiu aprovação de um capítulo sobre a saúde inédita no processo histórico constitucional.

Nesta diretriz a constituição de 1988 em seu artigo 196, aprovou que a “Saúde enquanto política pública social” é direito de todos, dever do Estado garantido através de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos, e também ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Igualmente em seu artigo 200, no inciso III, preconiza que o Sistema único de Saúde tem a competência de “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”,

especialmente importante para o debate sobre a formação dos trabalhadores técnicos em saúde.

Contudo nos anos de 1990, no contexto do amplo consenso neoliberal com profundas mudanças no campo político e econômico, favorecendo a implementação de programas de estabilização financeira, ajustes e reformas - Especialmente direcionados pelos Organismos Internacionais - O Congresso Nacional, ainda com a mesma composição da Assembléia Nacional Constituinte, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira consegue a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde – (lei 8080, de 19 de setembro de 1990), e da lei (8.142, de 28 de dezembro de 1990). Diante dos embates entre os defensores de um Sistema Único de Saúde, de caráter público, universal e igualitário, e os setores identificados com os interesses privativos e corporativos presentes no cenário político durante o processo de tramitação das leis, a correlação de forças no Congresso Nacional continuava favorável à proposta do SUS.

Este cenário também abrangeu a área da educação que se materializaram em torno de duas concepções educacionais opostas. Segundo Frigotto (2006) a batalha de idéias colocou na agenda dos debates dos anos 1980, a concepção de educação escolar pública universal, laica, unitária, politécnica ou tecnológica, como requisitos para um processo qualificativo e de formação técnica profissional que superasse a tradição do “adestramento e articulasse conhecimento científico, filosófico, trabalho, cultura e vida”. Por outro lado, pela ótica do capital e do mercado, a tese da educação polivalente marcando a racionalização da formação com fins instrumentais e pragmáticos.

Outra disputa que estava no contexto constituinte, ocorre em torno da inclusão da qualificação para o trabalho como objetivo da educação nacional. De uma parte estava às entidades nacionais do campo da educação reunidas no Fórum da Educação na Constituinte em Defesa do Ensino Público e Gratuito, junto às centrais sindicais que tentavam assegurar ao trabalhador o direito a qualificação dentro do sistema educacional regular. Por outro lado estava o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) chamado Sistema S, interessados em manter atribuição exclusiva para as empresas industriais e comerciais pela formação profissional de seus trabalhadores. As disputas no campo educacional se exacerbaram mediante à apresentação à Câmara dos deputados em dezembro de 1988, do primeiro projeto de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, que perde apoio parlamentar sendo substituído pela lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Considerando a formação dos trabalhadores técnicos em saúde, tal temática precisa ser contextualizada levando em consideração o cenário de lutas e mudanças que marcaram os anos de 1980 no Brasil no campo da saúde e da educação. O movimento que buscou reformulações conceituais e operacionais, ao direcionar para um sentido mais abrangente o conceito de saúde e para a construção de um Sistema Único de Saúde pautada nos princípios constitucionais, revela também a necessidade de amplas mudanças no processo de formação dos trabalhadores da área da saúde de forma geral, especialmente dos trabalhadores técnicos em saúde que se constituem hoje de um expressivo contingente de profissionais atuando em diferentes setores do campo da saúde.

Com vistas a superar o caráter alienante da escola e do trabalho em saúde no que se diz respeito aos determinantes sociais do processo saúde-doença e da organização do setor saúde, propôs-se a combinação entre estudo e trabalho, de modo que aliasse a dimensão técnica e a dimensão política e a consolidação, pelos profissionais de saúde, de um novo compromisso ético, social e político, direcionados pela luta democrática, na defesa dos serviços públicos e numa relação mais humanizada com os usuários dos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, isso significa, segundo Schraiber (1989) apud Pronko, et al. (2011) superar um histórico de formações pautadas, por um lado, pautada fundamentalmente nos treinamentos em serviços e nas necessidades pontuais dos serviços de saúde. por outro, buscava-se ultrapassar uma formação centrada predominantemente na prática hospitalar, direcionada por uma concepção de homem como indivíduo biológico e de uma prática de saúde revestida de neutralidade e puramente técnica como proposta pelo modelo flexneriano de formação em saúde.

Tal modelo encontrou campo fértil para sua disseminação com a concepção fortemente tecnicista que passou a direcionar a formação dos trabalhadores técnicos em saúde nos anos 1970. A pedagogia tecnicista que se materializa no país mediante a aprovação da lei nº. 5.692 de 1971, segundo Pronko, et al. (2011) foi profundamente influenciada pela teoria do capital humano, que tem como idéia central de que um acréscimo de treinamento, educação e saúde corresponderiam também a um aumento na capacidade produtiva do trabalhador. Neste sentido o capital humano constitui-se de uma “quantidade de conhecimento, atitudes e habilidades que ao serem incorporadas pelos trabalhadores, potencializariam as suas capacidades de trabalho”.



Neste sentido, sob a ótica econômica, o trabalhador se torna um duplo proprietário seja da força de trabalho, que é adquirida pelo capitalista, e de um capital humano, quantidade de educação, treinamento e saúde. De outro modo, o enfoque da educação, e da saúde pelo prisma econômico, leva a redução da concepção de educação, tanto na escola quanto fora dela, a fator da produção, como potencializadora do fator trabalho. Como destaca Frigotto (1986) apud Pronko, et al. (2011) a educação é redirecionada a uma função técnica de formação de recursos humanos definida por critérios mercadológicos, desenvolvendo-se a partir daí a perspectiva tecnicista da educação.

No início dos anos de 1980, do percentual de trabalhadores em atividade nos estabelecimentos hospitalares no país, cerca de 35%, eram de nível superior e 65% de nível médio e elementar, sendo este último grupo, formado por aqueles profissionais que haviam cursado somente as quatro primeiras séries do atual ensino fundamental. O que representavam quase 70%, sendo a maioria de atendentes de enfermagem.

Os trabalhadores de nível médio e elementar formavam um contingente expressivo de trabalhadores inseridos nos serviços de saúde públicos e privados com uma formação muito deficitária. Ao mesmo tempo também numa perspectiva social e de classe, esses trabalhadores não possuíam uma identidade profissional, estas questões mostram que a deficitária formação profissional desses trabalhadores era consequência de um modelo de assistência que privilegiava e continua a privilegiar o processo de mercantilização do setor saúde,

Neste contexto, verificou-se nos anos de 1980, uma expressiva mobilização acerca da necessidade de qualificação profissional dos trabalhadores técnicos, que uma vez inseridos nos serviços de saúde, possuíam pouca formação profissional baseada essencialmente nos treinamentos em serviços. O desenvolvimento do Projeto Larga Escala nos anos 80, instituído para a formação profissional em saúde, a partir de 1982, no âmbito das secretarias estaduais de Saúde e em articulação com o ensino supletivo, foi se transformando na principal estratégia de formação profissional dos trabalhadores técnicos em saúde no país, segundo o modelo de integração entre ensino e serviço.

O Projeto Larga Escala também está na gênese da formação de uma rede de escolas técnicas de saúde, denominadas hoje, Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde-(RET-SUS), instituídas, em sua maioria as secretarias municipais e estaduais de saúde dos Estados do país voltadas especialmente para a formação dos trabalhadores técnicos inseridos nos serviços de saúde. O Projeto Larga Escala também serviu como referência já no final dos

anos de 1990 na organização do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de enfermagem – PROFAE, com o objetivo também de profissionalização dos trabalhadores já inseridos nos serviços de saúde.

O surgimento das propostas de formação para os trabalhadores técnicos de saúde juntamente com as Escolas e centros de formação técnica, é um marco importante na história da formação dos trabalhadores em saúde no país. Assim, os anos 1980, marcam um momento de mudanças nas políticas de saúde e educação, mostrando que novos caminhos e possibilidades existem, na tentativa de se construir e consolidar um sistema de saúde pautado pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, bem como um sistema educacional de caráter público, universal, laico, unitário e acessível a toda população brasileira.

Prosseguindo ao debate, o capítulo seguinte busca apresentar o processo de elaboração do Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR), descrevendo sua estrutura, organização, metodologia e as concepções de educação que orientaram a proposta formativa do programa.

Nesta diretriz de análise, trazemos ao debate a questão do modelo de competências que subjaz essa proposta formativa e como esta é apreendida no processo elaborativo do programa.

#### **4. CAPÍTULO III: PROGRAMA DE FORMAÇÃO DOS AGENTES LOCAIS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

O Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar aponta na direção de uma proposta emergente de Educação Profissional voltada para os trabalhadores de nível médio e elementar do campo da Vigilância em Saúde inserido nos serviços do Sistema Único de Saúde.

O Proformar se insere em dois contextos importantes no que se refere à construção de uma proposta de formação. O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS, e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação e suas diretrizes para a educação profissional em saúde.

O Sistema Único de Saúde desde sua criação vem passando por processos de transformações que modificaram consideravelmente o pensar, o fazer em saúde e os processos de trabalho em saúde. Tais modificações estão refletidas na reorientação dos seus grandes eixos norteadoras para o setor saúde. A saber:

- Na concepção do processo saúde-doença – de uma concepção negativa com foco na doença e no indivíduo, para outra visão mais positiva, que favoreça a construção de ambientes saudáveis e ações de saúde voltadas para a coletividade.

- No modelo sanitário – centrado no paradigma médico-assistencial, na biologia e no hospital, para um modelo de atenção a saúde que valorize a qualidade de vida, o desenvolvimento das comunidades e a participação dos cidadãos.

- Nas práticas de saúde – baseadas em ações curativas e de reabilitação, para ações de saúde que visem à promoção, prevenção e vigilância.

Na esfera da gestão, a municipalização de diversas ações do trabalho em saúde apontava um novo papel para o Ministério da Saúde e para as Secretárias Estaduais e Municipais. E também previa a reestruturação da Funasa (Fundação Nacional de Saúde).

Com o processo de municipalização dos serviços de saúde e a construção de um novo cenário técnico – institucional trazia para cada instância (Federal, Estadual e Municipal) novos desafios e ações a serem implementadas: descentralizar ações e serviços, coordenar pactos políticos- gerenciais, operacionalizar diferentes sistemas de gestão, articular e desenvolver processos de negociação institucional, aporte tecnológico e fortalecimento dos níveis locais.

As normas operacionais e suas regulamentações apontavam para a realocação dos trabalhadores do nível federal para o âmbito dos estados e municípios como uma diretriz fundamental no processo de estruturação e reorganização das instâncias executoras do SUS. Com a descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças, a partir da portaria 1.399/99 exigia-se aplicação dessa orientação aos trabalhadores da Fundação Nacional de Saúde – (Funasa) (GONDIM & MONKEN, 2003).

A demanda era qualificar e requalificar um contingente de trabalhadores que exercem atividades de campo, no controle de doenças e na área de educação em saúde, para que pudessem desempenhar um novo papel no seu cotidiano de trabalho atendendo as novas

especificidades e exigências das esferas estaduais e municipais. E também criar uma nova identidade para esses profissionais no âmbito do SUS. De acordo com FIOCRUZ. EPSJV, (2002), on-line, apud Barroso (2004):

O Proformar “parte do pressuposto da construção de identidade do trabalhador de nível médio com o processo de trabalho do SUS pela apreensão do território-população, enquanto espaço da produção social da saúde. De abrangência nacional, sua clientela são profissionais das esferas federal (Funasa), Estadual e Municipal que desenvolvem atividades no controle de Doenças, Epidemiologia, Vigilância e Promoção da Saúde”. (FIOCRUZ/EPSJV, 2002 apud BARROSO, 2004, p. 89).

Neste sentido o desafio estava em oferecer uma formação para trabalhadores; que historicamente constituem-se de uma força de trabalho diversificada e numerosa, com graus de escolaridades diferentes e muitos afastados dos bancos escolares inseridos em estruturas de trabalho compartimentadas, com processos formativos fragmentados e pontuais.

No âmbito das políticas de educação com a Lei 9394/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação - (LDB), e a seguir nos dispositivos de regulamentação referente à educação profissional com o decreto 2208/97, nas Diretrizes Curriculares Nacionais, consubstanciadas pelo parecer (CNE/CEB, nº 16/99) e na resolução (CNE/CEB nº 04/99) e nos Referenciais Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, a reforma educacional perpassada por este arcabouço assume como concepção orientadora o modelo de competências. DELUIZ, (2001). A noção de competências foi incorporada à reforma educacional constituindo um marco de referência do Proformar.

Seguindo um dos objetivos desta parte do trabalho, e considerando a discussão proposta neste capítulo, inicialmente é importante considerar que, não pretendemos aqui nos aprofundar na análise do termo competências, dada a suas características e variações no que se se refere ao termo considerado por muitos polissêmico, o que levou Perrenoud (1999, p.19) a utilizar a expressão “Torre de Babel”, fazendo alusão a seu significado.

Isto considerado teceremos algumas considerações apresentando como a questão do modelo de competências perpassa hoje a educação profissional, bem como, destacar algumas tendências analíticas que permeiam este termo e suas respectivas abordagens pedagógicas, e também considerando como a questão da competências é incorporada pela proposta formativa do Proformar.

Igualmente, também destacaremos as concepções de educação adotada por este programa, tendo como diretriz teórica de discussão as tendências pedagógicas que marcam o

campo da educação, e como a proposta pedagógica do Proformar rompe com a lógica do modelo de competências, contribuindo assim para um processo formativo diferenciado para os trabalhadores de Vigilância em Saúde.

#### 4.1. EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, MODELO DE COMPETÊNCIAS E O PROFORMAR

O modelo de Competências, no âmbito da Educação Profissional, tem sua origem no debate em torno das qualificações, tendo em vista o novo paradigma produtivo – “a especialização flexível” – o que resultou nas profundas modificações no mundo do trabalho e da produção.

Segundo Barroso (2004) tal modelo produtivo é representado pelo modelo japonês de produção, que se caracteriza principalmente, por um processo de trabalho que leva em consideração a polivalência e multifuncionalidade do trabalhador.

Neste modelo, subtemem-se novas exigências no processo de qualificação para o trabalho, com o objetivo de desenvolvimento de outras capacidades de julgamento, discernimento, agilidade e resolutividade, requerendo conhecimentos e atitudes pautados no novo modelo de produção. Para Hirata (1999) e Ramos (2001) apud Barroso (2004):

Neste contexto que a qualificação tácita ou social, também chamada de informal, é valorizada Hirata (1999) apud Barroso (2004, p. 76) A qualificação real em contraposição a qualificação formal é destacada no modelo de flexibilização e integração dos processos produtivos, quando se passou a valorizar a subjetividade e o saber tácito do trabalhador.

O processo de mudanças tecnológicas e organizacionais do trabalho no qual passaram os países de capitalismo avançado durante meados dos anos de 1980, de acordo com Ramos, (2002), configuraram o mundo produtivo com algumas características: processo de flexibilização da produção, multifuncionalidade polivalência dos trabalhadores, valorização dos saberes e práticas dos trabalhadores, não inserido ao trabalho prescrito e ao conhecimento formalizado”.

Neste contexto de mudanças e transformações na base de organização do mundo do trabalho e da produção, estudos de base sociológica e pedagógica retomam o debate em torno do processo de qualificação, no mesmo movimento em que surge a questão do modelo de competências. Dois objetivos marcarão o contexto de produção das políticas de formação

profissional; a) reordenar de forma conceitual a compreensão da relação trabalho versus educação, deslocando o foco dos empregos, das ocupações e das tarefas para um conjunto de trabalhadores, e suas implicações e rebatimentos na subjetividade do trabalhador; b) institucionalização de novas formas de formar e educar o trabalhador e organizar a produção e o mercado de trabalho sob novos códigos profissionais (RAMOS, 2002).

De acordo com Ramos, o conceito de qualificação, consolidou-se como o modelo taylorista-fordista de produção, no qual se insere tanto os padrões de formação quanto os de empregos, carreira e remuneração. Segundo a autora citando Friedmann (1992), o conceito de qualificação, foi compreendida inicialmente numa perspectiva essencialista que a identifica como propriedade dos postos de trabalho. Também pautado em Naville (1956) a qualificação, tem sido analisada sob uma perspectiva historicista ou relativista, isto é, que centra na análise do homem, não apenas como fenômeno técnico e individualizado, mas, sobretudo, como construção e valor social e diferencial dos trabalhadores. Neste sentido, como destaca a autora:

A qualificação passou a ser compreendida muito mais como uma relação social complexa entre as operações técnicas, a estimativa de seu valor social e as implicações econômicas –políticas que advêm dessa relação, do que como estoque de saberes. (RAMOS, 2002)

Deluiz (2001a) em contribuição no debate aponta que:

No estágio atual do capitalismo flexível observa-se um progressivo deslocamento do conceito –chave da sociologia do trabalho – a qualificação profissional. Para a noção de competências profissionais. O tradicional conceito de qualificação estava relacionado aos componentes organizados e explícitos da qualificação do trabalhador: educação escolar, formação técnica, experiência profissional.

Relacionava-se, no plano educacional, a escolarização formal e aos seus diplomas correspondentes e, no mundo do trabalho, a grade de salários, aos cargos e hierarquia das profissões, sendo expressão histórica das relações sociais diversas e contraditórias estabelecidas no processo produtivo. (DELUIZ, 2001 a, p. 2)

Ramos (2002) citando Schwartz (1995) equaliza essas abordagens acoplando o conceito de qualificação em três dimensões: conceitual, social e experimental.

A primeira organiza-a como função de registro e assimilação dos conceitos teóricos e formalizados, associando- a aos títulos e diplomas. O segundo destaca a qualificação no âmbito das relações sociais e históricas que se dão entre um conjunto de conteúdos e atividade e classificadas hierarquicamente, bem como também, ao conjunto de regras e direitos consoantes ao exercício profissional construído coletivamente. E a terceira dimensão refere-se

ao conteúdo real do trabalho, que está inserido não somente os conceitos e formulações, mas ao conjunto de saberes e conhecimentos disposto no desenvolvimento do processo de trabalho.

Neste contexto de transformações que tem caracterizado o mundo do trabalho e da produção, tanto na sua base teórica, quanto prática, o conceito de qualificação tem sido tencionado pela noção de competências, em razão do enfraquecimento de suas dimensões conceitual e social, beneficiando sua dimensão experimental.

Na dimensão conceitual o conjunto de saberes tácitos e sociais adquiria relevância diante dos saberes formais, cuja apropriação normalmente se atestava pelos diplomas.

Em relação à dimensão social, em face da crise de empregos e da valorização de saberes e potencialidades individuais, as negociações de caráter coletivo antes realizado pela categoria de trabalhadores, passam a ser basear em regras e normativas, em que pactuadas de forma coletiva, são aplicadas individualmente.

A dimensão que se ressalta nesse contexto, é a experimental. O modelo de competências caracterizaria coerentemente essa dimensão, uma vez que, tal noção é originária de conceitos da psicologia. Segundo Ramos, a mesma chamaria a atenção para o conjunto de atributos subjetivos mobilizados no processo de trabalho, sob a forma de capacidades cognitivas, socioafetivas e psicomotoras.

Neste sentido o redimensionamento no qual passa o conceito de qualificação, traz implicações consideráveis sobre a organização e os parâmetros formuladores para as políticas de formação profissional, do acesso ao emprego, de classificação e remuneração.

Para Deluiz (2001b) diante das crescentes exigências e demandas no processo produtivo e de qualidade dos setores produtivos num contexto em que, o mercado de trabalho é instável, flexível e cambiante, ampliam-se os requisitos em torno das qualificações de um conjunto de trabalhadores, tornando-se cada vez mais generalizado a implantação de um modelo de formação e gestão da força de trabalho pautado pelo modelo das competências profissionais.

Segundo a autora, a noção de competências começou a ser utilizada na Europa nos anos de 1980. Corresponde a uma noção polissêmica que envolve varias concepções e abordagens. Origina-se das Ciências da Organização e surge no contexto de crise do modelo

de organização taylorista /fordista de mundialização da economia, do acelerado processo de competição dos mercados, e pela demanda por melhorias na qualidade dos produtos e de flexibilização na organização da produção.

Neste contexto de crise e mudanças, tendo por base um forte incremento no processo da escolarização dos jovens, o setor produtivo passa a usar e adaptar um conjunto de aquisições individuais da formação, sobretudo escolar, em face das suas exigências. Neste processo, a aprendizagem é orientada para a ação, avaliação das competências pautada em resultados observáveis.

No modelo de competências, importa não apenas avaliar a posse dos saberes escolares ou técnicos profissionais, mas também a capacidade de mobilização e articulação a fim de solucionar problemas e enfrentar os imprevistos nas situações de trabalho. Neste sentido, como aponta Deluiz (2001a) os componentes não organizados da formação, como o conjunto de qualificações tácitas ou sociais, e a subjetividade do trabalhador, assumem no modelo das competências relevante destaque. Assim as competências remetem-se ao conjunto de características individuais dos trabalhadores.

Segundo a autora, a lógica das competências permeia de forma contraditória e ambígua, mas complementar, o mundo do trabalho: no âmbito do trabalho formalizado, a apropriação pelo capital do saber, do saber-fazer e do saber-ser dos trabalhadores, implica numa constante ampliação e atualização de um conjunto de saberes, competências e habilidades, em face de uma renúncia constantes dos seus interesses no âmbito coletivo, atendendo os interesses empresariais e do mercado.

Neste processo, a constante ameaça de desemprego em um mercado de trabalho instável e muito competitivo, confere ao empresariado tanto o poder de negociação, quanto de imposição em relação à organização das condições de trabalho em contraposição a mediação sindical, contribuindo assim, para a cooptação dos trabalhadores e conseqüentemente no enfraquecimento da luta por melhores condições de trabalho.

No cenário de crise atual da sociedade do trabalho assalariado e do trabalho prescrito, a noção de competência demonstra uma profunda transformação na base da organização do trabalho e nas relações sociais dentro das empresas.

Zarifian (1998) apud Deluiz (2001b) compreende a competência como:



(...) um assumir de responsabilidade pessoal do assalariado frente as situações produtivas. Assumir responsabilidades quer dizer uma atitude social de tal sorte que o assalariado vai, por conta própria, tentar atingir o complexo de performance que ele deverá respeitar e tentar enfrentar., sempre a partir de si mesmo, os eventos que ocorrem de forma imprevista na situação produtiva.

(...) este assumir de responsabilidade é uma atitude social de implicação (de engajamento), no sentido em que mobiliza fortemente a inteligência e a subjetividade da pessoa. Significa também assumir riscos, pois toda pessoa que aceita assumir responsabilidades corre o risco de fracassar, de “não estar a altura”, e então, de sofrer uma avaliação negativa por parte da hierarquia e de colegas de trabalho. (...)

A competência pode ser definida também como o exercício sistemático de uma reflexividade no trabalho, que é um distanciamento crítico face ao seu trabalho, o fato de que a pessoa questiona frequentemente sua maneira de trabalhar e os conhecimentos que ela mobiliza. (ZARIFIAN, (1998) apud DELUIZ, 2001b, p. 10)

A literatura sobre a noção de competências assinala, de forma geral, que a competência profissional, é a capacidade de articulação e mobilização de um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades, postos em ação, para resolução de problemas e enfrentamento de situações de imprevisibilidade em dada situação concreta de trabalho e em determinado contexto cultural.

Neste sentido, os objetivos da adoção do modelo de competências no mundo do trabalho buscam:

Adequar à formação da força de trabalho as novas exigências do sistema produtivo, possibilitar maior flexibilização do mercado de trabalho pela noção de empregabilidade (o trabalhador passa a ser responsável por sua inserção no mercado, mantendo suas competências atualizadas) e unificar o sistema de qualificação profissional, tornando possível a disponibilidade e a mobilidade dos trabalhadores, que passariam a ter livre circulação no mercado de trabalho setorial, intra setorial, nacional e internacional. (DELUIZ, 2001b, p.11).

Segundo a autora o modelo de competências, o conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades adquiridas no processo de educação deve ter uma utilidade “prática e imediata” com vistas a garantir, a empregabilidade dos trabalhadores.

A qualidade do processo de qualificação passa então a ser medido ou avaliado, pelo “produto” final, isto é, o trabalhador instrumentalizado para atender as múltiplas necessidades do processo de organização e modernização do sistema produtivo.

Assim o chamado capital humano das organizações empresariais necessita ser constantemente atualizado no intuito de garantir o diferencial de competitividade no mercado cada vez mais dinâmico e globalizado. Portanto, a questão da empregabilidade é posta como

algo de cunho individual dos trabalhadores, e as possibilidades de inserção e permanência dos empregos, seja ele formal ou informal, dependem da posse de um conjunto de saberes teóricos, práticos e metodológicos, necessários a ocupação nos postos de trabalho disponíveis.

Nesta perspectiva de análise, considerando um dos limites a serem considerados no processo de formulação de um sistema de certificação pautado pelo modelo de competências, é a tendência a apropriação de maneira acrítica e a-histórica da noção de competências, que imprime uma abordagem individualizada do conjunto de relações sociais da formação e qualificação dos trabalhadores.

Como destaca Deluiz, (2001b) é necessário ressaltar que o modelo de competências, mesmo perpassado de um conteúdo subjetivo e individual, é construído ao longo da formação e do desenvolvimento da vida profissional dos trabalhadores, os quais compartilham de práticas e experiências profissionais diferenciadas. Outrossim, como afirma a autora:

No contexto do trabalho em grupo, em equipe, parece paradoxal que a avaliação das competências e a sua certificação estejam focadas nos resultados meramente individuais, desconsiderando o fato de que algumas das competências dos trabalhadores só poderão ser mobilizadas e articuladas dentro de coletivos de trabalho e em situações grupais. (DELUIZ, 2001 b, p. 12)

Analisando a questão das competências e as políticas educacionais, segundo a autora, observa-se que o debate sobre o modelo de competências invade o mundo da educação em um processo de questionamentos feitos ao sistema educacional diante das exigências de competitividade, produtividade e de inovação do sistema produtivo. Ocorre em face também da crise econômica, na ênfase dado as políticas que restringiam os gastos sociais, na pressão efficientista que exigem melhor utilização dos recursos e no controle dos sistemas educacionais a fim de ajustar seus objetivos, conteúdos e produtos às demandas do mundo do emprego.

Ainda de acordo com a autora citada, na Europa nos anos 1980 já se iniciava um processo de reformulações dos sistemas nacionais de formação profissional e de formação geral, que tinha como enfoque o modelo das competências. O objetivo não era somente de adequar à formação profissional às exigências da nova divisão internacional do trabalho, mas também de unificar os sistemas de formação profissional viabilizando a disponibilidade dos trabalhadores no mercado de trabalho.

Na América latina o modelo de competências surge no processo das reformas educacionais que são parte do conjunto de mudanças estruturais no aparelho do Estado. Tais

reformas são decorrentes dos ajustes macroeconômicos no qual os países se submeteram nos anos 1990 a fim de superar a inflação e a estagnação e retomar o crescimento econômico sobre a ótica das instituições que atendem a dinâmica do capital.

Neste movimento, observamos ao longo dos anos noventa em diferentes países do mundo, o processo de reformulação dos sistemas de educação com implicações consideráveis para os trabalhadores diante das novas exigências do mundo do trabalho e da produção.

A formulação do modelo de competências e sua implementação nos planos e programas de educação profissional, contudo tem sido incluída de forma diferenciada em razão de vários fatores, entre eles: ênfase atribuída ao mercado de trabalho ou ao indivíduo; dicotomia entre uma formação geral e formação profissional; diversos modelos epistemológicos que orientam a definição, identificação e a construção das competências, ainda os diversos enfoques conceituais deste modelo, centrados no indivíduo e na subjetividade do trabalhador ou no coletivo de trabalhadores, e no contexto em que se inserem os trabalhadores.

Assim as políticas de educação profissional do Ministério da Educação, do Ministério do Trabalho e do Ministério da Saúde são exemplos da diversidade na concepção e na forma de apropriação do modelo de competências no processo de formação do trabalhador. Também no setor saúde a noção de competências tem sido utilizada no que se refere aos programas de formação profissional com implicações na formulação dos currículos. As diferentes concepções que marcam o modelo de competências sinalizam, portanto, para a existência de múltiplas concepções teórico-conceituais que orientam a identificação, definição e a construção de uma matriz de competência, direcionando a formulação e a organização de um currículo (DELUIZ, 2001a).

Estas matrizes teóricas – conceituais estão baseadas em modelos epistemológicos, as quais expressam diferentes tendências analíticas. Deluiz (2001a) identifica matrizes relacionadas ao conceito de competências: a condutivista ou behaviorista; a funcionalista; a construtivista e a crítico-emancipatória.

A matriz condutivista, cuja noção de competências confunde-se com a de objetivos de ensino aprendizagem (condutas e práticas observáveis), tem seus fundamentos na psicologia de Skinner e na pedagogia dos objetivos de Bloom e Mager, guardando forte relação com a noção de eficiência social.

As origens da análise condutivista das competências remontam ao início dos anos 1970, quando David MacLlelland, da Universidade de Harvard, sinalizou que o conjunto de qualificações acadêmicas, os conhecimentos, os graus e os diplomas tradicionais, não se mostravam como fatores válidos no processo de desempenho e sucesso no trabalho e em outras situações no decorrer da vida. Igualmente seria mais útil um conjunto de “competências”, ou seja, habilidades, capacidades, e conhecimentos aliado ao comportamento e atitudes dos indivíduos, que se mostravam como fatores mais seguros de êxito no trabalho.

Em termos gerais, a análise condutivista, parte dos indivíduos que realizam bem o seu trabalho de acordo com o conjunto de resultados esperados, definindo sua colocação nos postos de trabalho levando em consideração as características pessoais e do seu desempenho. Buscam como objeto de análise o posto de trabalho e a tarefa para elaboração e definição do currículo de formação.

Como aponta Deluiz, as perguntas centrais que direcionam a análise condutivista são: o que faz o trabalhador?, Para que o faz? E Como o faz? Tais respostas são obtidas por meio do método de análise ocupacional levando em consideração o desempenho dos trabalhadores. Os conteúdos da análise ocupacional são acoplados linearmente para o currículo, e os processos de aprendizagem são submetidos aos comportamentos desenvolvidos e observáveis na ação.

Dentre as principais críticas a este modelo epistemológico, aponta-se que a definição de competência por este viés, mostra-se muito ampla. Também a distinção entre as competências centrais e mínimas, não é clara; que os modelos de competências estão organizados historicamente, uma vez que estão relacionados ao passado, sendo, portanto, inapropriado para as organizações que trabalham com mudanças rápidas.

Ramos (2010) também destaca que a matriz condutivista considera que a noção de competências, deve-se a necessidade de se expressarem de forma clara os objetivos de ensino aprendizagem em termos de conduta e práticas observáveis. Enquanto Skinner confere importância ao “contingente de esforços”, Bloom priorizava os métodos e meios, e R.F Mager (1962, apud, Malglave, 1994) tentava se afastar do conceito behaviorista, adotando a noção de performance ou desempenho em contraponto a de comportamento.

A autora considera reducionistas estas teorias, uma vez que reduzem os comportamentos humanos as suas aparências observáveis e também a natureza do conhecimento ao próprio

comportamento. Entende a atividade humana uma justaposição de comportamentos, cuja obtenção obedeceria a um processo cumulativo, não incluindo os processos de aprendizagem subjacente aos comportamentos e desempenhos.

Em relação à matriz funcionalista, Deluiz (2001a) destaca que esta matriz de investigação do processo de trabalho, de identificação, definição e construção das competências profissionais, tem sua base no pensamento sociológico tendo seu fundamento metodológico-técnico baseado na teoria dos sistemas sociais.

Este conceito propõe-se não apenas analisar um sistema em si, mas sua relação, o sistema e seu entorno. Nesta perspectiva, os objetivos e funções de uma empresa deveriam ser formulados em termos de sua teia de relações com o ambiente externo – isto é, com o mercado, a tecnologia, as relações sociais e institucionais. Igualmente, a função de cada trabalhador dentro de uma organização, deve ser considerada tendo em vista sua relação com o entorno da empresa e com seus subsistemas.

A matriz funcionalista utiliza a análise funcional como método de trabalho, onde esta se realiza com a identificação da função estratégica do setor ou da empresa, e dos resultados esperados no tocante ao desempenho dos trabalhadores, para que a função estratégica seja atendida. A análise funcional busca responder as seguintes perguntas: quais os objetivos principais da organização e da área de ocupação? A lógica de construção das competências é dedutiva, partindo-se de funções gerais para as específicas?

As características de análise funcional residem no fato de que descrevem produtos e não processo. Importam os resultados e não como se processam o trabalho em si, por isso descrevem-se funções em unidades de competências, e estas em elementos de competências, descrevendo em cada nível o produto esperado. Uma das principais críticas realizadas a essas metodologias consiste em que, as tarefas especificadas e detalhadas acabam se convertendo nas próprias competências, onde seriam construídas mediante a observação direta do desempenho. O currículo seria então, constituído a partir das funções e tarefas descritas nas normas de competências e a aprendizagem se restringiria ao conjunto de atividades, desconsiderando seus fundamentos científicos e tecnológicos.

A matriz condutivista ou behaviorista e a funcionalista, estão intimamente ligadas à ótica do mercado e da produção, limitando-se a descrição de funções e tarefas do processo produtivo. Mediante as investigações do processo de trabalho realizadas sob estas orientações,

os objetivos de ensino são formulados em termos de condutas e desempenhos observáveis e mensuráveis, orientados para os resultados.

De maneira geral, as competências investigadas no processo de trabalho são inseridas de forma linear para o currículo, formulando um conjunto de competências a serem construídas, varias atividades e comportamentos esperados, limitando a construção do saber ao desempenho específico de atividades e tarefas. Nesta perspectiva, a concepção de autonomia e emancipação dos sujeitos, se restringe a prescrição das atividades e tarefas. Esta perspectiva economicista, individualizadora e descontextualizada impõe barreiras para a construção de um currículo e a formação dos trabalhadores.

Em relação à matriz construtivista no processo de identificação, construção e definição das competências, segundo Deluiz (2001a) tem suas origens na França. Um dos seus representantes, Bertra Schwartz, desenvolveu um serie de pesquisas e uma metodologia de investigação que combina pesquisa - ação com reflexão - ação. Com está metodologia, identificou-se categorias que foram utilizadas para realizar um inventário de competências e habilidades, em diferentes situações, de forma a identificar a relação entre as atividades de trabalho e os conhecimentos agregados e mobilizados, de maneira que pudesse aferir a compreensão da relação entre as competências mobilizadas e seus processos de construção e evolução.

Dentro do processo de pesquisa, foram utilizados como categorias de análise a cultura de base, os conhecimentos científicos, técnicos, organizativos e os saberes comportamentais e relacionais. Cada categoria era seguida por uma lista de competências e habilidades observadas nos trabalhadores que a possuíam, ou que foram desenvolvidas durante o processo de formação ou ação.

Para Deluiz (2001a) citando Schwartz (2001) a matriz construtivista, “esclarece” as relações mútuas e as ações existentes entre os grupos e seu entorno, bem como entre as situações de trabalho e capacitação. Esta abordagem, busca a construção das competências, não apenas a partir da função do setor ou empresa, mas está vinculada ao mercado, contudo concede igual importância as percepções e contribuições dos conhecimentos trazidos pelos trabalhadores, a partir, de suas potencialidades, no que se refere a sua formação.

Oposto dos enfoques condutivistas, que tomam como referência no processo de construção de habilidades e competências dos trabalhadores, os mais desenvolvidos e aptos

com alto desempenho produtivo, a matriz construtivista considera os indivíduos de menor nível educacional. Um dos princípios dessa abordagem traz como objetivo a busca pelo coletivo, seja na análise do trabalho e suas relações com o contexto externo, quanto na capacitação individual, compreendida dentro de um processo de capacitação coletiva.

Segundo Ramos (2001b) apud Barroso (2004) na análise construtivista, a autora citada destaca a obra de Malglaive, ao direcionar suas análises ao processo de formação dos adultos, portanto direcionada à educação profissional. Considera-se ultrapassada a problemática da definição de objetivos tendo em vista a evolução do trabalho juntamente ao advento da psicologia cognitiva. Neste sentido a noção de comportamento, antes associada com a questão de capacidade, daria lugar à noção de competências e habilidades pessoais. Isso representaria, na pedagogia, uma evolução da noção dos objetivos, do controle de aquisições de conhecimentos e saberes, para a determinação de conteúdos de formação ordenados pelas atividades para as quais os indivíduos estão supostamente preparados.

Na perspectiva construtivista, segundo Ramos (2001b) as competências seriam então as estruturas ou esquemas mentais responsáveis pelo processo de interação dinâmica entre o conjunto de saberes prévios dos sujeitos – elaborados e construídos, mediante as experiências – e os saberes formalizados. Neste caso as competências, como um atributo subjetivo, seria o foco dos processos educativos sendo necessariamente desviado dos conteúdos disciplinares para o indivíduo que aprende o que possibilita a transferência de aquisições cognitivas.

Perrenoud (1999) apud Ramos (2010) analisa que a mudança fundamental opera em relação ao referencial, a partir do qual se selecionam os conteúdos, isto é, não mais a partir das ciências, mas da prática ou das condutas esperadas. “O processo de inovação consistiria não apenas em estabelecer a idéia de competências no âmbito escolar, mas sim, aceitar os programas orientados pelo desenvolvimento de habilidades e competências, nos quais tem um poder de gerenciamento sobre os saberes e conhecimentos disciplinares” (TARDIF, (1996), apud PERRENOUD, (1999, p. 15) apud RAMOS (2010).

Ramos (2010) faz crítica a excessiva ênfase que a matriz construtivista opera diante dos aspectos subjetivos dos alunos, principalmente aos relacionados à aprendizagem, desconsiderando os determinantes históricos e sociais do processo educativo, indicando uma visão pormenorizada dos sujeitos enquanto seres autônomos e conscientes de seu cotidiano e possibilidades de transformações de suas práticas.

Segundo Deluiz (2001a) a matriz crítico emancipatória ainda encontra-se em construção. Possui seus fundamentos teóricos no pensamento crítico – dialético, onde busca não apenas a ressignificação do modelo de competências, mas atribui um sentido que atenda aos interesses dos trabalhadores, apontando para a formação de princípios e valores que priorizem uma formação diferenciada, bem como a organização de um currículo tendo em vista uma proposta de educação profissional ampliada.

Esta matriz considera a noção de competências como destaca a autora como “multidimensional” envolvendo diferentes facetas que vão desde o individual ao sociocultural, situacional contextual, organizacional e processual. Diante desses fatores, podem ser confundidas como mero desempenho. Neste sentido, a noção de competências profissional, abarca não somente a dimensão individual, de caráter cognitivo, voltadas aos processos e aquisições de conhecimentos e habilidades produzidos pelos indivíduos diante de demandas ou situações concretas de trabalho, mas também refletem sua dimensão histórica, social e cultural.

Ainda de acordo com a autora, a noção de competências na perspectiva crítico emancipatória está direcionada e referendada aos contextos históricos culturais, socioespaciais, de classe social, gênero, grupos entre outros. Portanto as competências, nesta perspectiva significam a construção de competências profissionais que leve em consideração a dinâmica e as constantes contradições do mundo e do trabalho, e a atuação dos próprios trabalhadores, reconhecendo seus saberes, conhecimentos e habilidade, tendo em vista as competências humanas construídas historicamente e coletivamente pelos sujeitos.

Tendo em vista os dois marcos históricos das reformas das políticas públicas no país, no campo da saúde; com o processo de descentralização de um conjunto de ações do SUS para o âmbito dos Estados e Municípios; e no campo da educação, com a Lei de Diretrizes e Bases, o modelo de competências incorporado à proposta formativa do Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar – buscou sobrepor, a noção de competências voltada estritamente para a abordagem individualizante na formação do trabalhador.

Barroso (2004) destaca sobre a concepção adotada pelo programa onde:

[...] revela-se como uma visão crítica a política neoliberal, na medida em que reconhece que o SUS vem tentando se consolidar de maneira diversificada, de acordo com os projetos políticos de cada esfera federativa, cujas ações não tem se



desenvolvido satisfatoriamente junto à população, o que torna o sistema vulnerável diante do projeto neoliberal. (BARROSO, 2004, p. 90)

Considera ainda o texto da LDB pouco claro, que redundando em proposições contraditórias, atribuindo isso a diminuição da responsabilidade do Estado com a Educação, assim como ao cerceamento da participação da sociedade civil no âmbito das decisões sobre o ensino. (GONDIM & MONKEN (2003) apud BARROSO 2004, p. 90)

Neste sentido, a noção de competência que perpassa essa proposta formativa, descarta o direcionamento neoliberal que permeia a LDB, ao romper com a idéia prescritiva que marca o conceito de competências coerente com a lógica de mercado e da produção. Nisto reconhece a importância de mostrar o caráter subjetivo e experimental do processo de trabalho, levando em consideração o caráter histórico da trajetória do trabalhador no decorrer de sua vida profissional.

Tendo em vista o debate sobre o modelo de competências e os diferentes enfoques adotados, o processo pedagógico adotado pelo PROFORMAR, busca, conforme destaca GONDIM & MONKEN, (2003), Construir uma proposta pedagógica que busca romper com a lógica prescritiva da pedagogia das competências, que subjaz ao texto da LDB, substituindo-a na prática pela pedagogia da autonomia (GONDIM& MONKEN 2003, p. 17)

Tal autonomia voltada para desenvolver:

Relações éticas do respeito à dignidade e a própria autonomia do educando, onde se pretende, no processo de aprendizagem, construir sujeitos cognoscentes. Ensinar a partir da experiência dos alunos – com liberdade e ousadia -, vis-à-vis uma proposta teórica sólida e uma metodologia consistente que permite, a cada movimento, reelaborar trajetórias e configurações curriculares sem perder a unidade e o traço formador planejado. (GONDIM& MONKEN, 2003, p. 17)

Também utiliza o referencial de Ramos (2001b), quando propõe um currículo que ressalte a experiência concreta dos indivíduos inseridos em situações significativas de aprendizagem. Baseada ainda nas contribuições de Deluiz (2001b) no que se refere à área da saúde, os níveis de competências com suas respectivas categorias de capacidades e habilidades podem ser agrupados em organizacionais, técnicas, sócio-políticas, pessoais, cuidados e comunicativas. Segundo Deluiz (2001b):

Competências organizacionais ou metódicas, e a capacidade de auto planejamento, de auto organização, de estabelecimento de métodos próprios, de gerenciamento de seu tempo e espaço, desenvolvendo a flexibilidade no processo de trabalho.

Competências sociopolíticas é a capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de

ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania

As competências comunicativas. Como a capacidade de expressão e comunicação com seu grupo, superiores hierárquicos ou subordinados de cooperação, de trabalho em equipe, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal.

Competências técnicas: a capacidade de dominar os conteúdos das tarefas, das regras e dos procedimentos da área específica de trabalho, as habilidades para compreender os processos e lidar com os equipamentos, a capacidade de entender os sistemas e as redes de relações, a capacidade de obter e usar as informações.

Competências pessoais: a capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar a iniciativa, de exercitar a criatividade, de aprender, de ter aberturas as mudanças, de desenvolver auto estima, atributos que implicam no envolvimento da subjetividade do indivíduo na organização do trabalho

Competências do cuidado: capacidade de interagir com o paciente levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir sua própria saúde, a partir da concepção de saúde como qualidade de vida.

O Proformar adota a classificação de competências técnicas, básicas e transversais/gestão, denominadas também de “noções específicas de competências”, com a conotação de capacidade de “ser capaz de”. Como destaca o documento elaborativo do programa EPSJV/PROFORMAR, (2001):

As competências técnicas, básicas, transversais ou de gestão podem ser definidas como:

As competências técnicas – são aquelas que exigem habilidades mais específicas e estão mais relacionadas aos conhecimentos técnicos e as atividades demandadas pelo mundo do trabalho. (EPSJV/ PROFORMAR, 2001, p.8)

As competências básicas – são aquelas que exigem habilidades essenciais para que alguém possa seguir a sua educação profissional, dizem respeito não só ao mundo do trabalho, mas a vida em sociedade. (EPSJV/ PROFORMAR, 2001, p.8)

As competências transversais ou de gestão – são aquelas que exigem habilidades para o trabalho em equipe, a autogestão, a organização do trabalho. (EPSJV/ PROFORMAR, 2001, p.8)

A partir do conjunto de noções específicas de competências, com base na classificação de competências técnicas, básicas e transversais, o programa de formação – PROFORMAR, inspirado na visão crítica de Ramos (2001) elaborou um referencial de competências com o objetivo de orientar a estrutura dos cursos de formação do Agente Local em Vigilância em Saúde.

Igualmente o bloco de conteúdos teóricos foi dividido em três, relacionando os dois primeiros à noção de competências técnicas e o último as competências transversais. Ressaltando que as competências básicas não seriam trabalhadas nesta proposta, uma vez que dizem respeito principalmente ao processo de escolarização básica dos trabalhadores, alunos, que podem ao longo da vida ser aperfeiçoadas.

No primeiro bloco estão definidas as competências relacionadas à visão integral do processo de trabalho em saúde, associada à integração dos trabalhadores da FUNASA e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, vinculadas a propostas operacionais do SUS que permeia o modelo de Vigilância em Saúde. Nesta diretriz busca-se desenvolver nos educandos habilidades e capacidades para:

Compreender os conceitos ampliados de saúde e da vigilância em saúde, destacando as ações voltadas para as atividades de campo (vigilância ambiental); Estabelecer um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida no nível local; Identificar agravos à saúde e problemas ambientais que afetam a qualidade de vida; desenvolver ações e estratégias de promoção, de proteção e de recuperação da saúde e do meio ambiente, identificando os setores, as instituições, os atores e os recursos necessários, aplicar princípios de biossegurança para garantir a saúde do trabalhador e a segurança no trabalho. (EPSJV/ PROFORMAR, 2001, p.9).

No segundo bloco estruturado na proposta formativa do programa, direciona-se a trabalhar as competências relativas à integração com o Sistema Único de Saúde, onde se busca desenvolver nos alunos a capacidade de:

Compreender o seu papel e o processo de trabalho integrado ao modelo operacional do SUS; desenvolver ou propor ações de saúde e ambientais articuladas às diretrizes e aos princípios do SUS; gerar dados e produzir informações territorializadas para o SUS- Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. (EPSJV/PROFORMAR, 2001, p.10).

O terceiro bloco refere-se ao conjunto de competências transversais ou de gestão onde busca desenvolver as capacidades dos educandos para:

Desenvolver trabalho em equipe estimular lideranças de grupo; estabelecer diálogo com diferentes modos de pensar, potencializando a ação educativa; estabelecer relações entre o seu processo de trabalho e o cotidiano; ter iniciativa e criatividade, para enfrentar problemas e situações imprevistas; respeitar valores éticos, morais, ideológicos e políticos, como um aprendizado para a cidadania; estabelecer pactuações e negociar com diferentes atores do SUS e fora dele; compreender e se adaptar às mudanças no mundo do trabalho e às invenções tecnológicas em saúde. (EPSJV/PROFORMAR, 2001, p.10).

Pautado nestas reflexões, a equipe da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV - que esteve à frente do programa Proformar, elaborou uma proposta pedagógica, metodológica e operacional, articulada às demandas do mundo do trabalho, porém específicas do setor saúde. Em consonância com os programas e projetos do Ministério da Saúde, procurou atender a uma demanda de formação para um conjunto de trabalhadores de diferentes níveis de escolaridade no âmbito do SUS.

A Escola Politécnica Joaquim Venâncio - EPSJV/FIOCRUZ, como unidade técnica científica da Fundação Oswaldo Cruz, vem se constituindo como um importante espaço na construção de modelos de formação profissional em diferentes níveis de ensino (médio, técnico e profissional), onde busca consolidar proposta de ensino aprendizagem, didático-pedagógicas em consonância com suas formulações teóricas, conceituais e metodológicas que tem guiado o projeto político pedagógico desta escola.

Criada da década de 1980, especificamente em 1985, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz, é consideravelmente, um marco no nível institucional voltado para a educação técnica de nível médio no campo da saúde pública.

Como as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde – ETSUS, a EPSJV, nega em sua trajetória, a naturalização das ações desenvolvidas por um conjunto de trabalhadores de nível médio e fundamental no campo da saúde. A Escola concatenada com o pensamento crítico e progressista das áreas da saúde pública, do campo da educação e do trabalho, a EPSJV, é considerada como uma instituição que luta em prol da formação dos trabalhadores, utilizando espaços gerados pelas intensas contradições do sistema capitalista.

Nesta perspectiva de análise, esta instituição esteve à frente do processo de elaboração da proposta formativa do Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde – Proformar -. Ao desenvolver a proposta pedagógica, a EPSJV esteve envolta com a questão do modelo de competências, que de um âmbito geral vêm sendo incorporadas às políticas educacionais e de formação profissional.

Seguindo seu projeto político pedagógico de base crítica e reflexiva, contrária à incorporação do modelo de competências voltada para a adaptação dos trabalhadores as novas necessidades do processo produtivo e do mercado. A EPSJV conseguiu através do deslocamento do sentido das competências, manter e avançar na construção de uma proposta

formativa direcionada por uma perspectiva ampliada do trabalho em saúde e considera a dimensão ético política do mundo do trabalho e a emancipação dos trabalhadores.

Com um projeto político pedagógico inspirado em autores como Marx, Gramsci, e de educadores atuais como Gaudêncio Frigotto, Dermeval Saviani, a EPSJV também é exemplo ao tomar a história de forma contrária a sociabilidade burguesa de educação. Trazendo para o cenário atual, as co-relações do campo do trabalho, educação e da saúde, a Escola Politécnica, buscou construir sua política e prática pedagógica pautada na concepção de politécnia – conceito central na orientação teórico - crítica desta instituição.

Nesta trajetória, ressalta-se como eixo central o trabalho como princípio educativo - pautado na premissa básica da indissociabilidade da formação humana e da formação técnica. Também articulado ao campo da pesquisa, a educação entendida a partir do princípio educativo e da educação profissional, tem como fundamento a elegia da arte e do pensamento filosófico como partes dos conhecimentos científicos e destes com o cotidiano da vida.

Portanto, a educação e a formação profissional nesta perspectiva estão embasadas em práticas pedagógicas concretas que devem buscar romper com a profissionalização estreita, de um lado, e com uma educação geral e propedêutica, desconectada do mundo do trabalho, por outro.

Estes princípios estão perpassados na proposta formativa do Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde.

Como destaca o documento EPSJV/FIOCRUZ, (2005).

Temos como compromisso maior a educação profissional em saúde, em nível técnico e de formação inicial e continuada, voltada para uma formação ética, política e técnica. Com essa finalidade, são realizados cursos e pesquisas, e traçadas cooperações técnicas em níveis nacional e internacional (...). A proposta de uma formação politécnica em saúde, qualificada e crítica, é construída em dois eixos principais: a formação de jovens e maduros trabalhadores do SUS e da C&T e a formação docente para a área de Educação Profissional (...). A EPSJV concebe a educação como um projeto de sociedade, é defensora de uma concepção politécnica que dialoga com as circunstâncias societárias atuais. (EPSJV FIOCRUZ, 2005, p. 7)

**A EPSJV entende a Educação Profissional:**

Como parte significativa de um projeto nacional baseado em um conceito democrático de nação e de formação dos trabalhadores da saúde pautada pelas relações sociais (...). O que significa discutir e refletir formas de profissionalização em dimensões de legalização e valorização das profissões. Trata-se ainda da defesa de que para todo trabalhador deve ser garantida a Educação Básica. Este projeto

nacional deve contemplar a defesa da Escola Pública. (EPSJV FIOCRUZ, 2005, p. 63)

Ramos (2010) também afirma que:

O trabalho como princípio educativo está na base de uma concepção epistemológica e pedagógica que visa a proporcionar aos sujeitos a compreensão do processo histórico de produção científica, tecnológica e cultural dos grupos sociais, considerada como conhecimentos desenvolvidos e apropriados socialmente para a transformação das condições naturais da vida e para a ampliação das capacidades, potencialidades e sentidos humanos. (RAMOS, 2010, p. 161).

Contribuindo neste debate Rodrigues (2005) aponta que:

A concepção de educação politécnica, principalmente em sua dimensão infra-estrutural, define-se na luta pela liberdade no trabalho, na medida em que busca métodos de reconstrução da identidade do trabalhador com o produto de seu trabalho, por meio da mediação da compreensão totalizante do processo de trabalho. Esse tipo de compreensão abrir-lhe-ia caminho para uma atuação mais ampla, propiciada pela polivalência, no processo de produção da existência. Politécnica pressupõe, assim, domínio teórico-prático do processo de trabalho.

Em suma, o que a concepção politécnica de educação propõe [...] é a identificação de estratégias de formação humana, com base nos modernos processos de trabalho, as quais apontem para uma reaproximação do domínio do trabalho. (RODRIGUES, 2005, p. 272)

Portanto a escolha da EPSJV/FIOCRUZ, como instituição responsável pelo processo de elaboração da proposta formativa do programa Proformar, significou a incorporação de desses elementos constitutivos do projeto político pedagógico, contribuindo para uma formação diferenciada para os trabalhadores de nível médio do SUS. Neste sentido a EPSJV sempre procurou:

Consolidar propostas didático-pedagógicas coerentes com as formulações teóricas, conceituais e metodológicas estruturantes dos campos da saúde e da educação. (EPSJV/ PROFORMAR, 2001, p. 03)

O modelo educacional que adota para construir o conhecimento está assentado no trabalho em equipe e multiprofissional; no enfoque interdisciplinar do saber; na análise crítica e reflexiva da realidade; na ação intra e interinstitucional; e na busca de subjetividade para a construção da cidadania. (EPSJV/ PROFORMAR, 2001, p. 03)

A concepção de educação profissional que a EPSJV incorporou ao Proformar é aquela que compreende a formação técnica associado à formação geral, tendo como pressuposto uma concepção de educação de base crítica. Tal proposta também esteve perpassada pelo elemento da contradição e dos embates ideológicos, haja vista as concepções antagônicas que conviviam no interior das instituições que gestaram esta proposta formativa. De um lado a

Fundação Nacional de Saúde, ainda oriunda de um modelo antigo, no controle de endemias e de formações pontuais e reprodutivistas. Por outro lado, a Escola Politécnica com um referencial teórico metodológico crítico. O programa pautou-se na direção de uma política de educação profissional voltado para os trabalhadores em sua integralidade, calcado em uma pedagogia crítica e emancipatória. Tal discussão nos faz remeter a uma breve discussão sobre as correntes pedagógicas que tem marcado historicamente a educação brasileira.

## 4.2. UM PANORAMA SOBRE AS CORRENTES PEDAGÓGICAS

Nesta seção apresentamos um breve panorama sobre as principais correntes pedagógicas que marcaram e influenciaram a educação brasileira. As correntes pedagógicas como classificam Saviani (2007) em críticas e não críticas.

Como destaca Ramos (2010) consideramos as correntes pedagógicas de base crítica, aquelas que analisam a educação e todo processo educativo, como mediação eticopolítica da formação humana, possibilitando a compreensão da realidade e potencialização da ação dos sujeitos no intuito de superar o histórico de exploração e alienação do conjunto de trabalhadores, transformando-a em benefício da emancipação humana. Destacaremos aqui o pensamento de Paulo Freire e Dermeval Saviani.

No tocante as correntes não críticas, consideram-se as teorias que vêem a realidade como um dado natural, imutável e a-histórica, na qual os seres humanos elaboram uma representação que o ajuda a adaptar-se a ela. Neste caso encontra-se a pedagogia tradicional, o tecnicismo, o pragmatismo, sendo a mais recente, a pedagogia das competências.

## 4.3 AS TEORIAS NÃO CRÍTICAS

### 4.3.1 A Pedagogia Tradicional

A escola tradicional concebe a escola e o sistema educacional como um antídoto a ignorância, um instrumento capaz de equalizar o problema da marginalidade. Segundo Saviani (2007) ao analisar as teorias pedagógicas críticas e não críticas nos lembra que a constituição dos chamados “sistemas nacionais de ensino” data de meados do século XIX. Sua organização inspirou-se no princípio de que a educação é direito de todos e dever do

Estado. O conceito de que a educação constituía como direito de todos, decorria do tipo de sociedade nascente naquele momento, voltado para os interesses de uma nova classe que se consolidava no poder, a burguesia.

Segundo o autor tratava-se, pois, de construir uma sociedade de cunho democrático, ou seja, de consolidar o ideal de democracia burguesa, no intuito de superação das antigas amarras do antigo regime, com o objetivo de ascender a um modelo de sociedade fundada no contrato social celebrado de forma “livre” entre os indivíduos. Neste sentido era importante ultrapassar a barreira da ignorância. Assim seria possível transformar os súditos em cidadãos, em pessoas livres e ilustradas. O sistema escolar é erguido neste grande instrumento para converter os súditos em cidadãos ilustrados.

A escola vai exercer a função de antídoto contra a ignorância, portanto um excelente instrumento para equacionar o problema da marginalidade. Seu intuito é difundir a instrução, transmitir conhecimento acumulados pela humanidade e sistematizar-los logicamente. O sistema escolar organiza-se como uma agência centrada no professor, o mestre escola. É ele quem vai transmitir segundo uma gradação lógica, o acervo cultural disponível aos alunos e a estes caberá assimilar o conjunto de conhecimentos que lhe serão transmitidos. Como afirma Saviani:

A teoria pedagógica acima indicada correspondia determinada maneira de organizar a escola. Como as iniciativas cabiam ao professor, o essencial era contar como um professor razoavelmente bem preparado. Assim, as escolas eram organizadas na forma de classes. Cada uma contando com um professor que expunha as lições, que os alunos seguiam atentamente, e aplicavam os exercícios, que os alunos deveriam realizar disciplinarmente. (SAVIANI, 2007, p.6)

Os ideais do referido sistema de escolas ocasionaram progressivamente a uma crescente decepção. O referido sistema de ensino além de não ter conseguido realizar seu objetivo de universalização (uma vez que nem todos os indivíduos que nela ingressavam ou mesmo os que ingressavam, nem sempre eram bem sucedidos) ainda teve de ajustar-se ao fato de que nem todos os bem sucedidos se enquadravam ao modelo de sociedade que se pretendia consolidar.

As críticas a pedagogia tradicional deram origem a outra teoria da educação denominada pedagogia nova. Tanto na teoria tradicional quanto na nova, explicam a marginalidade a partir das diferenças. A escola tradicional vê os diferentes como desajustados, e a educação como um instrumento de correção. Enquanto a Escola Nova tem



essa mesma visão, contudo, como algo não negativo, mas sim diferente. Essa teoria mantinha a crença no poder da escola e em sua função de equalização social. Toma corpo um ampliado movimento de reforma, cuja expressão ficou conhecida sob o nome de “escolanovismo”. Este movimento tinha como ponto de partida a Escola Tradicional, implantada de acordo com as diretrizes expressas na teoria da pedagogia tradicional.

A pedagogia nova começava, então, a efetuar a crítica da pedagogia tradicional, colocando uma nova maneira de pensar a educação. Segundo está teoria, a marginalidade deixa de ser vista, sob o ângulo da ignorância, ou seja, o não domínio dos conhecimentos. O marginalizado não é propriamente o ignorante, mas o rejeitado. O indivíduo não está integrado não quando é ilustrado, mas quando se sente aceito pelo grupo e por meio dele, isto é, pelo conjunto social.

A educação, enquanto fator de equalização social seria um instrumento de correção da marginalidade, na medida em que cumpri a função de ajustar, de adaptar os indivíduos a sociedade. Neste processo busca-se incutir os sentimentos de aceitação dos demais e pelos outros membros. A educação seria, portanto um instrumento de correção da marginalidade e contribuiria para a constituição de uma sociedade, em que não importariam as diferenças de qualquer tipo entre seus membros. Como destaca Saviani (2007):

Compreende-se, então, que essa maneira de entender a educação, por referência a pedagogia tradicional, tenha deslocado o eixo da questão pedagógica do intelecto para o sentimento; do aspecto lógico para o psicológico; dos conteúdos cognitivos para os métodos ou processos pedagógicos; do professor para o aluno; do esforço para o interesse; da disciplina para a espontaneidade; do diretivismo para o não diretivismo; da quantidade para a qualidade; [...] Em suma, trata-se de uma teoria pedagógica que considera que o importante não é aprender, mas aprender a aprender. (SAVIANI, 2007, p.9)

O professor atuaria então como um estimulador e orientador no processo de aprendizagem, cuja iniciativa partiria dos próprios alunos. O processo de aprendizagem seria um acontecimento espontâneo em ambiente estimulador, acrescido das relações estabelecidas entre alunos e professores.

Para o autor, este tipo de escola não conseguiu alterar de maneira considerável o panorama organizacional dos sistemas escolares. Isto porque, tendo em vista também outras razões, implicava em custos bem mais elevados em relação à escola tradicional. Assim como destaca o autor:

A “Escola Nova” organizou-se basicamente na forma de escolas experimentais ou núcleos raros, muito bem equipados e circunscritos a pequenos grupos de elite. No entanto o ideário escolanovista, tendo sido amplamente difundido, penetrou nas cabeças dos educadores acabando por gerar conseqüências também nas amplas redes escolares oficiais organizadas na forma tradicional. (SAVIANI, 2007, p.10)

Em contraponto, cabe assinalar, segundo Saviani (2007) que neste tipo de sistema as conseqüências foram mais negativas que positivas, tendo em vista que diante do afrouxamento da disciplina e a despreocupação com o processo transmissivo dos conhecimentos, a absorção do escolanovismo pelo professores, acabou por rebaixar o nível do ensino direcionado as camadas mais populares, no qual tem no acesso ao sistema escolar o único meio de acesso aos sistemas de conhecimento elaborado. De outra feita, a Escola Nova aprimorou o sistema de ensino direcionado para as elites.

Neste sentido como destaca o autor, vê-se que, paradoxalmente, a “escola Nova” em lugar de resolver o problema da marginalidade, o agravou. Ao enfatizar a qualidade do ensino, tal concepção desloca o eixo de preocupação do âmbito político (referente à sociedade em seu conjunto) para a esfera técnica- pedagógica (relacionada ao interior da escola) cumprindo ao mesmo tempo uma dupla função, a saber: manter a expansão da escola em limites suportáveis dentro do moldes de interesse dominantes, e desenvolver um tipo de ensino adequado a esses interesses.

#### 4.3.2 A Pedagogia Tecnicista

A tendência pedagógica tecnicista apreende o campo da educação enquanto uma organização racional e eficientista. No tecnicismo, acredita-se que o plano da realidade contém em si, suas próprias leis, bastando aos indivíduos buscá-las e aplicá-las. O objetivo maior não é o conteúdo em si, mas as técnicas (formas) de descobertas e aplicação.

Assim a educação é encarada como um instrumento tecnológico capaz de promover, sem contradição, o processo de desenvolvimento econômico pela qualificação da mão de obra, pela redistribuição da renda e pela maximização da consciência política.

O conceito de educação nesta tendência é de modeladora do comportamento humano através de técnicas específicas. Neste sentido, compete à educação escolar organizar todo processo de aquisição de habilidades, conhecimentos e atitudes específicos necessários para que os indivíduos se interajam a máquina do sistema social. O papel do professor é apenas ser um elo que ligará a verdade científica e o aluno, devendo este professor empregar o sistema instrucional previsto. Por outro lado, o papel do aluno é secundário neste processo, pois ele

não participa da elaboração do programa educacional e ambos são expectadores frente às verdades objetivas apresentadas.

Como destaca Saviani, mediante o pressuposto da neutralidade científica inspirados nos princípios da racionalidade, eficiência e produtividade, tal pedagogia advoga a reordenação de todo processo educativo, de forma a torná-lo objetivo e operacional. Deste modo, semelhantemente ao trabalho fabril, buscava-se a objetivação do trabalho pedagógico. Para o autor:

A pedagogia tecnicista buscou-se planejar a educação de modo a dotá-la de uma organização racional capaz de minimizar as interferências subjetivas que pudessem por em risco sua eficiência. Para tanto, era mister operacionalizar os objetivos e, pelo menos em certos aspectos, mecanizar o processo. Daí a proliferação de propostas pedagógicas tais como o enfoque sistêmico, o microensino, o telensino, a instrução programada, as máquinas de ensinar, etc. (SAVIANI, 2007, p.12)

Nesta perspectiva de análise para a pedagogia tecnicista a questão da marginalidade, não será identificada como uma questão de ignorância, e nem vista como questão de rejeição. O marginalizado será o indivíduo incompetente, ou seja, aquele que é ineficiente e improdutivo.

A educação neste sentido contribuirá para superar o problema da marginalidade, na medida em que conseguir formar indivíduos eficientes, aptos a contribuir na formação de homens produtivos para toda a sociedade. Portanto a educação será concebida como um subsistema, onde seu funcionamento eficaz é essencial ao equilíbrio do sistema social.

#### 4.4 AS CORRENTES CRÍTICAS

Marx (1991) apud Ramos (2010) afirma que a aparência empírica da sociedade, bem como da natureza em si, é aparente e superficial. As aparências reais, mas superficiais, ao serem registradas como idéias dos indivíduos, são conceitualizadas na linguagem ordinária. O papel da teoria científica é permear a superfície empírica da realidade captando as relações que geram as formas fenomênicas do conjunto da realidade social, sua aparência ou forma sensível.

Neste processo os conceitos teóricos da ciência não são dados redutíveis a conceitos meramente observáveis, como no empirismo, nem mesmo construções subjetivas impostas à realidade pelos teóricos, como no idealismo.

O processo de conhecimento é sempre movido por uma dimensão ontológica, onde a realidade em si, exista de forma concreta e objetivamente, independente das formas naturais e relativamente independente das formas sociais. Tal dimensão articula-se com o processo de modificação prática da natureza e a constituição da vida em sociedade como tal.

O processo de construção do conhecimento é parte de um produto histórico, tecido na própria práxis social, que vai se constituindo na formação dos indivíduos com a realidade social. Como destaca Ramos (2010):

O homem age sobre a realidade objetivando-se como ser genérico, o ser humano, mas também se apropria dessa realidade. A dimensão contraditória da vida humana tecida sobre a realidade concreta – que inclui a descontinuidade, o fenômeno, o fragmento e o efêmero, mas mantém a essência na unitária síntese do diverso [...]. (RAMOS, 2010, p. 211)

Validando a concepção do materialismo dialético, é importante resgatar a concepção histórica e social dos homens enquanto indivíduos que atuam e interferem na própria dinâmica social. Neste sentido, a própria realidade objetivada pelo homem, por ele é apropriada no processo de produção da existência dos homens mediada pelo trabalho. Esta nisto o fundamento histórico do processo de construção do conhecimento, enquanto algo realizado pelos homens de forma consciente e planejado, e não apenas adaptativa. Tendo como diretriz estas concepções, com base em Ramos (2010) abordaremos resumidamente o pensamento de Dermeval Saviani e Paulo Freire.

Segundo Ramos (2010) para compreendermos o pensamento de Dermeval Saviani e o processo de elaboração da pedagogia histórica - crítica é importante considerar, que está tem como diretriz o conceito de “modo de produção”, segundo a autora citando Saviani:

Trata-se de explicar como as mudanças das formas de produção da existência humana foram gerando historicamente novas formas de educação, as quais, Por sua vez, exercem influxo sobre o processo de transformação do modo de produção correspondente. (SAVIANI, 2005 apud RAMOS 2010)

Neste sentido, a concepção inerente nesta visão é o materialismo histórico, isto é, a compreensão da própria história a partir do processo de desenvolvimento material, e das determinações das condições materiais de produção da vida humana. Portanto, pautados neste conceito encontra-se a concepção histórico social do ser humano.

A pedagogia histórico - crítica nasce como corrente educacional a partir de 1979, quando buscou-se abordar dialeticamente sobre a educação sob uma perspectiva ampla e coletiva. Neste período, procurava-se superar tanto as teorias crítico reprodutivistas, baseados

no pensamento de Althusser, Bourdieu e Passeron, Baudelot e Establet, quanto também às teorias não críticas. Segundo Ramos, para Saviani, a pedagogia histórico- crítica buscou compreender a questão educacional baseada no desenvolvimento histórico objetivo.

Segundo Ramos, é necessário compreender que o conhecimento é abordado, tendo como princípio de que, o processo de produção da existência humana é tanto de base material como espiritual. Contudo, para se produzir materialmente, o homem precisa antecipar em idéias, os principais objetivos de sua ação. Isto significa que os indivíduos representam mentalmente os objetivos reais de sua prática.

O processo educativo tem por objetivo produzir de forma direta e indireta em cada indivíduo, a humanidade que é produzida historicamente e coletivamente pelos homens. Neste processo são objetos da educação. De um lado, os principais elementos culturais que precisam ser assimilados pelos indivíduos, elementos esses produzidos pela própria intervenção humana. (conhecimentos científicos, éticos e estéticos).

Por outro lado, estão às formas mais específicas para conseguir esses objetivos, isto é, os métodos. O trabalho educativo se constitui nessa unidade de conteúdo, forma e método. Portanto, os conteúdos significam o conjunto de conhecimentos a serem ensinados e aprendidos, enquanto os métodos correspondem às formas de ensinar e aprender. Assim:

Para a pedagogia histórico –crítica, conteúdo e método formam uma unidade. O que define as escolhas de um e de outro é o interesse dos dominados, posto que a escola visa a garantir aos trabalhadores o acesso ao conhecimento e a sua assimilação efetiva para que, ao compreendê-lo, possam criar novas formas de “ser do mundo” e de “ser no mundo”. (RAMOS, 2010, p.228)

Fica evidente, neste sentido, que a consecução dos objetivos educacionais, exige tomar como referência o conhecimento objetivo produzido historicamente. Nesta diretriz como afirma a autora, é importante distinguir o essencial e o acidental, o que é principal e o secundário, o fundamental e o acessório, entre o que se busca conhecer. Os conhecimentos fundamentais emergiram pelo processo mediativo do trabalho pedagógico, sendo os que interessam diretamente à escola.

Portanto, o aparelho escolar é uma instituição cujo papel consiste na socialização dos saberes sistematizados e organizados. Não é, entretanto, qualquer tipo de saber, nem mesmo do saber espontâneo. O conhecimento é algo em constante processo e suscetível de transformações. Este processo de metamorfose do conhecimento depende de sua apreensão pelos sujeitos. Por isso que a acessibilidade a escola se coloca como uma necessidade de

existência da própria ciência. Assim o processo que garante o acesso para fins efetivos do processo de obtenção do conhecimento e da aprendizagem, é o trabalho pedagógico, que tem no âmbito da escola, o espaço, os meios e as relações necessárias e essenciais a sua prática e viabilidade. Segundo a autora pelo processo de aprendizagem:

O conhecimento sistematizado e objetivo é assimilado, apreendido, apropriado pelos sujeitos, de modo que passa a ser constituir em saber deles, do qual fazem uso para compreender o mundo e recriá-lo, produzindo e sistematizando novos conhecimentos. (RAMOS, 2010, p.228, 229)

Na escola o saber organizado e sistematizado é transformado em saber escolar. Tal transformação é o processo por meio do qual se selecionam os principais elementos para o crescimento intelectual dos alunos. Esta organização permite a assimilação dos conteúdos. Neste ínterim é fundamental o papel desempenhado pela escola, pois ela possibilita o acesso aos instrumentos, no qual os indivíduos terão acesso ao conjunto de saberes e conhecimentos de acordo com seus interesses.

A autora citando Saviani (2005) expõe que o método histórico crítico de educação se baseia na contínua vinculação entre a educação e sociedade. Suas etapas correspondem às seguintes seqüências: a educação nesta concepção como prática social, comum entre professores e alunos, ambos podem se posicionar como agentes sociais diferenciados. Também a educação como problematização, isto é, identificação dos principais problemas da prática social, e em conseqüência, identifica-se os conhecimentos e habilidades que serão necessários organizar. Tem-se também o processo de instrumentalização, ou seja, a apropriação dos instrumentos teóricos – práticos importantes para a resolução das demandas identificadas na prática social. Os instrumentos são produzidos socialmente e preservados historicamente. O processo transmissivo direta ou indiretamente para os alunos, fica na dependência do professor. Segue também o processo de catarse. A incorporação dos instrumentos culturais, transformados para elementos ativos de transformação social.

Portanto como destaca a Ramos (2010) o processo educativo acompanha o movimento que vai da síncrese a síntese, pela mediação da análise. Isso constitui uma orientação segura para o processo de descobertas de novos saberes e conhecimentos, como também para sua transmissão e assimilação pelos indivíduos.

Outro grande destaque do campo da educação que tem como histórico a luta pela construção de uma educação emancipatória é Paulo Freire, sem dúvida, um dos maiores e mais reconhecidos nomes da educação brasileira. Como teórico da educação, seu

compromisso éticopolítico com os segmentos populares e a natureza progressista e crítica de seu pensamento, trouxeram para a área da educação métodos e conceitos teóricos inovadores, políticos e conscientizadores. Neste sentido a estrutura pedagógica construída por Freire é eminentemente crítica.

Nesta diretriz reconhecemos a coerência, a importância social, política e pedagógica deste autor na história da educação brasileira. Outrossim, ainda que a apropriação do referencial histórico – dialético apresente limites no pensamento teórico de Freire, compreendemos que as diretrizes pedagógicas desenvolvidas por ele contribuem significativamente para uma formação crítica dos sujeitos.

Utilizaremos aqui também as contribuições de Ramos (2010) sobre o pensamento educacional de Paulo Freire, explicitado na obra *Pedagogia da Autonomia* que tem como objetivo, discorrer, a partir de um enfoque progressista, os saberes importantes a prática docente que podem contribuir em favor da construção da autonomia dos educandos.

Na pedagogia da autonomia a premissa básica inerente no pensamento do autor, parte do pressuposto de que todo homem é um ser histórico e social. Assim, todo o conjunto de saberes e conhecimentos produzidos pelos indivíduos devem servir ao processo de emancipação de todos.

É necessário compreender que os saberes têm a finalidade de garantir uma educação baseada no entendimento do homem como ser histórico, inacabado capazes de construir e reconstruir a si mesmo, transformando sua realidade concreta.

Esta concepção de ser humano direciona a proposta educacional de Paulo Freire, tendo na classe dominada a sua gênese e destino. Segundo o autor, o fazer educativo é capaz de conscientizar as camadas populares, a partir da possibilidade histórica, que lhes dá a chance de transformação da realidade social. Uma vez inseridos e politizados, tomam consciência da condição de classe oprimida a que estão submetidos e condicionados.

Os indivíduos estão entrelaçados em um tempo de possibilidades e transformações. Embora todos os homens nasçam condicionados a fatores materiais, sociais, econômicos, políticos, culturais e ideológicos, dotando-os e inserindo-os em contextos marcados por características próprias, que são entre tudo, marcantes em suas formações e constituição enquanto indivíduos. Esses condicionamentos não se constituem como obstáculos

intransponíveis. Ou seja, são plenamente possíveis de transformações na dinâmica social pela ação humana, dado justamente o caráter histórico do homem.

Neste direcionamento, Freire faz a interligação entre este sujeito histórico, transformador em última instância, juntamente com a capacidade de aprender, constituindo-se como uma característica ontológica do ser. Portanto, os indivíduos, enquanto sujeitos históricos estão inconclusos e em permanente estado de aprendizagem. Por estarem sempre em processo, inacabados, é que os homens se-tornam educáveis. Para FREIRE, (1996), apud RAMOS (2010):

O saber fundante da prática educativo –progressista e o motivo pelo qual defende a educação permanente como forma de problematização, reflexão e reorganização constante das experiências vividas. (FREIRE, 1996 apud RAMOS, 2010, p.221)

A concepção de homem defendida no pensamento de Freire concebe os seres humanos como sujeitos da história, ao contrario dos objetos passivos. Sujeitos criadores, ativos, transformadores da cultura e da vivencia social. Neste processo a prática educativa progressista percebe o educando como sujeitos da dinâmica de aprendizagem. Com esta perspectiva Ramos pontua que:

Freire evidencia a intima relação entre docência e discência sinalizando a especificidade do educar como prática inerente ao ser humano e profundamente formadora e que, conseqüentemente, não pode esgotar-se na pura transmissão de conhecimento. (FREIRE, 1996 apud RAMOS, 2010, p.221)

Para o autor “não existe docência sem discência e ensinar não é transferir conhecimento. Se o homem é sujeito da história, ao contrário de objeto, o educador deve perceber que a prática educativa capaz de contribuir para a formação de sujeitos críticos e autônomos rejeita a idéia de educando como depósito de conhecimentos. O sujeito crítico observa, julga e intervém sobre aquilo que lhe é proposto. Assim, é o próprio educando quem constrói seu saber. (FREIRE, 1996 apud RAMOS, 2010, p.221, 222).

O processo de construção do conhecimento nesta perspectiva não é algo imposto, mas sim criado e internalizado, na medida e que os indivíduos se interagem. O aprendizado é uma aventura criadora, pois consiste em apreender o objeto cognoscível, implica construir conhecimento sobre ele. Acontece quando o educando empreende de forma refletida o objeto do conhecimento, que deverá exercer e interferi em sua realidade concreta. Portanto, o verdadeiro saber está intimamente relacionado ao processo de experiência dos indivíduos na realidade cotidiana e na capacidade destes de modificar –lá, transformando – as a serviço de todos.



Para que se concretize o processo educativo, o educando necessita de espaço aberto para desenvolver e experimentar a curiosidade, que é algo que permeia a construção do conhecimento em si, que parte da ingenuidade para análise crítica. O educador exerce neste ínterim, fundamental participação, uma vez que cabe a ele, manter este espaço aberto, entendendo que, educar não significa apenas transferência de conhecimento, mas que ambos, educadores e educandos necessitam complementar-se.

Ao mencionar sobre o processo transformativo da educação e da construção do saber pelos indivíduos e conseqüentemente sua utilização para mudanças nas realidades concretas, para Ramos (2010) a prática educativo-progressista tem, em sua essência, a esperança intimamente relacionada à dimensão histórica dos homens. Uma vez inacabados e em transformação, os homens carecem de esperanças para movimentar-se, interagir, entender, mudar. O educador progressista busca cultivar em seus alunos o entendimento de que, enquanto seres inconclusos sempre existirão possibilidades de transpor os limites e condicionamentos.

Portanto, o educador progressista, compreendendo as relações que condicionam e delimitam todo o processo educativo, deve ultrapassar os discursos que diminui e simplifica os homens e sua essência histórica. Deve fugir ao fatalismo que aprisiona e degenera a luta por um processo educativo que tenha como ideal a libertação dos homens.

Como aponta Freire (1996) apud Ramos (2010):

Por meio de método de ensino ativo e participativo, Freire percebe a educação como dinamizadora de mudanças. A educação freireana problematiza o presente e o futuro a fim de transformá-los e afirma que a desproblematização do futuro, não importa em nome de quê, é uma violenta ruptura com a natureza humana social e historicamente constituída. (FREIRE, 1996, p.73 apud RAMOS, 2010, p.224)

A partir das reflexões expressas no pensamento de Freire para o campo da educação e suas contribuições à luz de uma perspectiva pedagógica de base crítica, isso no leva a inferir que, a respeito da concepção de educação profissional incorporada ao programa Proformar, levando em consideração o contexto que marcaram esta construção, tal proposta formativa voltada para um segmento dos trabalhadores da saúde, avançou ao incorporar uma concepção de educação que buscou ir além da mera transmissão de conteúdos.

Considerando que no processo construtivo da Proformar coexistiam duas concepções em disputas: a que se identificava com a lógica prescritiva da pedagogia das competências, que subjaz ao texto da LDB, mas que na sua elaboração buscou-se pela sua ressignificação;

por outro lado, a utilização e a incorporação de uma perspectiva que apontasse para a própria autonomia dos sujeitos, isto é, a “pedagogia da autonomia”, notadamente escolhida para direcionar a concepção de educação desta proposta de formação. Neste sentido como destaca o livro texto do programa:

A proposta formativa do programa [...] permite a execução de sucessivos processos de capacitação, com terminalidades definidas, os quais irão estruturar, a cada momento, competências e habilidades em escala ascendente, possibilitando a esses profissionais novos aportes de conhecimento para a realização de ações mais complexas em seu processo de trabalho- uma identidade profissional dentro do sistema e maior autonomia. (EPSJV/ PROFORMAR, 2001, p.2)

Neste processo formativo foi de fundamental importância a relação tutor – aluno, ou trabalhador do sistema de saúde e tutor. Entendidos como parceiros na construção do conhecimento e nas reflexões realizadas a partir do desenvolvimento dos conceitos teórico trabalhados sobre a realidade de atuação e vivência destes profissionais.

Desta forma todos os conteúdos elaborados buscaram acrescentar no processo construtivo dos alunos-trabalhadores do SUS, isto é, agregou elementos que permitiram uma leitura crítica, reflexiva e propositiva do seu fazer, da atuação enquanto indivíduos históricos, inseridos em diferentes realidades sociais. Portanto, sujeitos do pensar e também do agir em saúde, sujeitos dinamizadores.

#### 4.5 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO DOS AGENTES LOCAIS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – PROFORMAR.

O Programa tinha como meta requalificar em todo território nacional, os 26. 660 antigos guardas de endemias da Funasa, assim como outros 42,000 profissionais em convênios e parcerias com os Estados e Municípios. Posteriormente este número foi ampliado abrangendo outros trabalhadores que desempenhavam atividades de campo, no controle de doenças e em epidemiologia.

Os elementos que deram sustentação a proposta formativa foram: 1) o projeto VIGISUS, que tinha como objetivo a estruturação de um Sistema Nacional de Vigilância à Saúde tendo como uma de suas metas a formação de recursos humanos de nível médio. 2); o processo de descentralização de um conjunto de ações e atividades da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA para o âmbito dos Estados e Municípios, especificamente aquelas

desenvolvidas pelos guardas de endemias. 3) O despreparo da força de trabalho de nível médio do sistema e a necessidade de formação profissional deste contingente de trabalhadores para enfrentar os velhos e novos problemas de saúde, diante de um novo perfil epidemiológico complexo e ao mesmo tempo atendendo a especificidade de cada espaço local (EPSJV/ PROFORMAR, 2001).

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV- a partir da acumulação de experiências didáticas – pedagógicas, articuladas a diferentes atores (alunos, gestores, parcerias, entre outros) buscou construir uma proposta formativa de maneira coletiva e participativa. O objetivo centrava-se na construção de uma formação com vistas a: capacitar trabalhadores com um olhar, uma percepção diferenciada sobre o processo saúde- doença, tendo como base o reconhecimento de um território; a humanização das relações com a população; e o redimensionamento do processo de trabalho da vigilância em saúde.

A partir de 1998 a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/FIOCRUZ reuniu um grupo de professores e pesquisadores oriundos de seus núcleos de trabalho para construir a proposta formativa que abrangesse em âmbito nacional um conjunto de trabalhadores do SUS. Os debates, diálogos e articulações iniciados em 1999 entre a Fundação Nacional de Saúde e a unidade da EPSJV-FIOCRUZ, consolidaram-se em 2001 com a assinatura de um convênio.

Com a aprovação da proposta do programa em setembro de 2001, foram articulados entre as instâncias executoras do proformar (FUNASA E EPSJV/FIOCRUZ), a realização de seminários técnicos para apresentação da estrutura e organização da proposta de formação. Posterior a esta etapa foram organizados 27 seminários estaduais com a mesma dinâmica dos seminários técnicos com o objetivo de dialogar com as esferas locais (estados e municípios) além de conhecer a situação de saúde, o perfil epidemiológico, a organização e distribuição da força de trabalho de nível médio e elementar, a organização socioeconômica e cultural, a capacidade instalada e a rede de apoio institucional presentes nos Estados.

Com destaca a Nota Técnica do Proformar EPSJV/FIOCRUZ (2003):

No ano 2000 foi realizada a elaboração da proposta técnica e operacional do Proformar, seguido do seminário com as Coordenações Regionais da Fundação Nacional de Saúde, as Coordenações de Recursos Humanos para o diagnóstico do processo de descentralização, bem como mapear a situação dos RH locais da Funasa nos Estados e Municípios brasileiros.

Em 2001 ocorreu a assinatura do convênio 068/2001 entre a Fundação Nacional de Saúde e a Fiocruz, tendo em seqüência a realização de 27 seminários estaduais para apresentação, discussão e pactuação do programa aos diferentes atores institucionais locais (SES, SMS, COSEMS, FUNASA, Universidades, Escolas Técnicas de Saúde entre outros), a organização das comissões estaduais de gestão do programa, definição dos gerentes estaduais, do quantitativo de alunos e tutores e a identificação dos Núcleos de apoio para o desenvolvimento do programa (EPSJV/FIOCRUZ, 2003, p. 11)

Ao final do ano de 2001, o programa apresentava-se com uma formulação em escala nacional, a partir da estruturação de 27 agencias estaduais colegiadas formalizadas nos seminários estaduais e responsáveis por coordenar a organização da rede e de operacionalização do programa em cada Estado.

Dando continuidade a esse processo, foi estruturada uma seqüência de operações técnicas - pedagógicas no sentido de viabilizar e garantir a operacionalidade do programa em relação a: estruturação dos núcleos de apoio à docência (NAD); espaço com infraestrutura adequada para a realização dos encontros, atividades, apoio aos alunos, seleção dos tutores/professores e de pessoal administrativo. Concomitantemente realizou-se uma série de oficinas pedagógicas entre as equipe técnicas das divisões de Vigilância Epidemiológicas e Ambiental da Funasa a fim de definir o perfil, o processo de trabalho, as habilidades e competências necessárias para o trabalhador de Vigilância em Saúde.

De acordo com o documento EPSJV/ FIOCRUZ (2003):

De 2001 a 2002 desenvolveram-se as reuniões técnicas com representantes da DIVEP e o CENEPI para definição do novo papel do Agente Local de Vigilância da Saúde; estruturação de 341 Núcleos de apoio e aquisição de materiais e equipamentos para execução do programa. (EPSJV/FIOCRUZ, 2003, p. 11)

Em conseqüência as atividades pedagógicas entre as equipes, consolidaram-se um documento que serviu de apoio para elaboração dos textos – base, suporte do material didático que seriam trabalhados em oficinas de autores e selecionados entre aqueles com experiência comprovada nas áreas que conformavam os eixos temáticos propostos para cada modulo do curso.

Do resultado das oficinas realizadas com os autores, foi reelaborado o termo de referência, sendo inserido na proposta curricular do programa, o resultado de sugestões, de novos conteúdos realizados mediante os trabalhos desenvolvidos com os autores e a equipe da EPSJV/FIOCRUZ. Em seguida os autores deram inicio a produção dos textos bases que seriam analisados por avaliadores pedagógicos de educação à distância (EAD) da Escola

Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). A avaliação objetivava destacar aspectos relevantes em relação à formatação do texto e a agregação de outros conteúdos à proposta do programa.

As oficinas técnico-pedagógicas ocorreram para a definição dos conteúdos transpostos nos módulos e nos textos bases (elaboração e publicação de 05 boletins informativos, elaboração do site do programa com informações relativas à rede proformar, elaboração do primeiro vídeo educativo) além da elaboração do Sistema de Gestão Acadêmica Online (ambiente de cadastro e matrícula) e a capacitação de 278 tutores. (EPSJV/FIOCRUZ, 2003, p. 11)

A concepção do programa tinha como eixo de referência o arcabouço teórico conceitual da Vigilância à Saúde, (VS) compreendendo-a como uma proposta de mudança nas formas de organização das práticas de saúde, objetivando desenvolver ações integrais de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e reorientação da assistência individual e coletiva da população. Neste sentido a Vigilância em Saúde está inserida no processo de reorientação dos atuais modelos assistenciais do SUS.

Nesta perspectiva a noção de saúde é entendida como uma acumulação social que se materializa em um estado de bem estar, mediante o modo de vida e das estruturas sociais disponíveis e a dinâmica das relações sócio- ambientais estabelecidas entre uma população e seu território. Portanto, essa noção aponta para a redefinição das ações e das práticas em vigilância, agrega saberes de outros campos de conhecimento, e possibilita pensar e articular intervenções em saúde a partir do contexto e de cada realidade social existente. Como aponta TEIXEIRA, et al., (1998).

A Vigilância da Saúde corresponderia, assim, a um modelo assistencial que incorpora e supera os modelos vigentes, implicando a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária. Nesta perspectiva, aponta na direção da superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) através da incorporação das contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político – institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local. (TEIXEIRA et al., 1998, p. 18)

A Vigilância em Saúde, compreendida sob o prisma da rearticulação de saberes e das práticas sanitárias, aponta um caminho fértil no processo de consolidação do ideário, dos princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS). Centrado no conceito positivo do

processo saúde- enfermidade, ela desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública - da doença para as condições e modos de vida da população.

Diante da necessidade de qualificar um grande contingente de trabalhadores, de imprimir transformações nas práticas de trabalho dentro do conceito ampliado de vigilância em saúde; na reorganização institucional em cada esfera local e das inovações tecnológicas, a organização da proposta formativa requereu estratégias de ensino e de aprendizagem que permitissem formar trabalhadores em escala nacional. Como destaca EPSJV/ PROFORMAR (2001, p. 05):

A demanda feita a Escola Politécnica de Saúde pela Fundação Nacional de Saúde para capacitar esse contingente de trabalhadores no âmbito de estados e de municípios, exigiu a utilização de estratégias e de meios de aprendizagem que viabilizassem um proposta técnico –pedagógica factível e de qualidade para efetuar as transformações necessárias no perfil e nas práticas desses profissionais. (EPSJV/ PROFORMAR, 2001, p. 05)

A proposta optou por utilizar a modalidade de educação a distancia, conjugando-a a momentos presenciais e com a orientação de tutores e trabalhos de campo. A escolha da modalidade de ensino de educação a distancia e momentos presenciais, visou atender as exigências de conteúdos teórico-práticos voltados à vigilância à saúde, e ao período de tempo requerido pela coordenação de Recursos Humanos da FUNASA.

Combinando a metodologia de educação à distância e presencial, o curso alternará momentos individuais de estudo e de trabalho de campo aos momentos coletivos, presenciais, sob a coordenação dos tutores. (EPSJV/PROFORMAR, 2001, P. 19)

A opção por articular educação presencial com a educação a distancia deveu-se a particularidade da força de trabalho a participar desta formação, caracterizada por uma diversidade no grau de escolaridades dos alunos participantes, e na singularidade de trabalhadores distribuídos nos mais de 5.500, municípios do país.

Apesar dos grandes desafios e dificuldades ao longo desse processo, a metodologia utilizada pautou-se num projeto político-pedagógico, que compreendesse o contexto e as múltiplas características do publico alvo. Buscou superar os desafios, apontados a princípio, e ofertar subsídios que possibilitassem o pensar e o fazer desses trabalhadores, ultrapassando a exclusão cognitiva da escolaridade e oferecer o mesmo patamar de qualidade em todos os espaços geográficos do país. Portanto a educação a distancia se configurou como uma

estratégia metodológica, uma modalidade de ensino que atendeu as especificidades e as peculiaridades da demanda apresentada para a formação.

A proposta pedagógica do Proformar pautava-se na premissa de que, para além da transmissão de conteúdos técnicos, o processo de ensino e aprendizagem deveria proporcionar ambientes favoráveis à reconstrução do conhecimento. Trabalhando a partir da cultura e das experiências dos alunos, o programa objetivava oferecer como instrumento, o potencial explicativo dos conceitos teóricos metodológicos possibilitando sua apreensão e o domínio de ferramentas a fim de imprimir uma reflexão mais rigorosa da realidade, fomentar a participação ativa dos alunos na reelaboração de suas práticas de trabalho.

Oportuno ressaltar que os processos formativos dos Agentes de Saúde Pública ocorriam dentro de uma lógica técnica, vertical e burocrática. Os programas eram de base uniforme para todo o país, sendo elaborados a nível central, sem considerar as peculiaridades e especificidades locais, expressando assim, a postura autoritária e centralizadora da Funasa.

Outrossim, no próprio processo de elaboração da proposta formativa do programa entre a Fundação Nacional de Saúde e a Fiocruz, ficou evidente os embates ideológicos e operacionais. Por um lado a metodologia de formação dispensada aos agentes dentro da Funasa era baseada na pedagogia da transmissão dentro da concepção bancária tão criticada por Freire (1985) caracterizada por uma relação de base autoritária e dogmática. Os trabalhadores em muitas situações não participavam do processo construtivo das propostas de capacitação, ou nem sempre as mesmas estavam adequadas ao cotidiano de trabalho desses trabalhadores e dos usuários. Portanto como afirma Barroso (2005) à educação assumia um caráter meramente instrumental.

Com tal perspectiva o projeto político pedagógico do Proformar direcionado pela FIOCRUZ/EPJSV, parte do pressuposto da construção de um perfil, de uma identidade do trabalhador de nível médio e elementar inserido nos diferentes processos de trabalho no âmbito da vigilância em saúde.

As reflexões do programa buscaram desenvolver de maneira crítica, aguçando o olhar dos seus participantes para as suas intervenções, nas suas diversas realidades sociais de atuação, sem, contudo deixar de contextualizar os diferentes cenários políticos, econômicos, sócio-sanitários, que estavam presentes a cada temporalidade histórica. Portanto, consideramos que, a proposta pedagógica do Proformar rompe com a lógica da pedagogia das

competências, notadamente subordinada ao modelo mercadológico, incorporando a Pedagogia da Autonomia.

Para desenvolver os conteúdos teóricos do curso, foi escolhida uma metodologia denominada reconstrutiva e problematizadora. Essa metodologia possibilitaria ao aluno junto com os tutores, o processo reflexivo sobre os problemas de saúde em cada realidade de trabalho específica, para agir e intervir de forma crítica.

Por aprendizagem reconstrutiva entende-se aquela que possibilita avançar no conhecimento a partir do que já se conhece, ou seja, aquela que, diante de novas situações de aprendizagem, reelabora o saber prévio no sentido da construção de um novo saber. (GONDIM, 2003, p.12).

A problematização refere-se a uma forma de abordagem que procura questionar e compreender tudo o que envolve uma dada realidade existente – fatos, eventos e circunstâncias socioculturais, econômicas, ambientais e epidemiológicas, que ocorreram ao longo do tempo. (GONDIM, 2003, p.12).

Nesta propositura o caráter problematizador bem como o construtivista da educação está em consonância com os pressupostos da pedagogia da autonomia, que aponta para o desenvolvimento de um processo educativo e formativo que envolve relações éticas, do respeito à dignidade e a autonomia dos educandos. Tal pensamento defendido pelo educador Paulo Freire, conforme abordamos ao longo deste capítulo são enfatizados aqui com suas palavras: “O respeito, a autonomia e a dignidade de cada indivíduo é um imperativo ético e não um favor que podemos conceder ou não uns aos outros” (FREIRE, 2000).

Assim, o Proformar viabilizaria ao trabalhador continuar aprendendo por meio de outros processos de qualificação (itinerários formativos) demandados diante das necessidades dos serviços e de acordo com a perspectiva de ampliação de seus conhecimentos. Essa concepção pedagógica permitiria; segundo seus formuladores, a construção de novas competências e habilidades, dentro dos mesmos marcos conceituais ampliando os espaços identitário desses trabalhadores com o SUS (GONDIM & MONKEN, 2003).

Para tornar possíveis às propostas conceituais e metodológicas do Proformar e garantir a viabilidade pedagógica de todo processo formativo, conferir sustentabilidade político - operacional ao programa e garantir qualidade e efetividade, foi articulada uma rede organizacional que articulasse um sistema de gestão institucional compartilhado entre a Funasa e EPSJV, e uma horizontalidade gerencial pactuada entre a Funasa, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e os Núcleos de Apoio a Docência (NAD), referentes à tomada de decisões técnica-operacionais.



Tal estrutura estava organizada por uma coordenação geral composta pelas Secretarias de Vigilância em Saúde – SVS/MS e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SEGETES/MS – instâncias responsáveis pela gestão institucional e pelas articulações políticas operacionais do programa. Por uma Comissão de Coordenação Nacional responsável pela pactuação de diretrizes e estratégias de execução do programa. Por uma Coordenação Técnica-pedagógica, responsável pela construção da proposta pedagógica e metodológica do programa, a construção do material didático, o trabalho de campo entre outros. As Gerencias Regionais seriam encarregados de articular e ouvir as demandas e necessidades dos Estados e Municípios. Os Gerentes Estaduais, responsáveis pela operacionalização e acompanhamento do programa nos Estados.

A Comissão Estadual, representados por diferentes instituições locais, pactuariam e definiria as diretrizes e estratégias para a execução do programa a nível estadual. E os Núcleos de Apoio a Docência (NAD) que seria a unidade operacional básica da rede proformar, onde se concentrava os tutores, alunos e o apoio administrativo das atividades de ensino e pesquisa do programa. Os tutores/professores vinculados a rede proformar, articulavam-se com as outras instancias gestoras do programa em um processo contínuo de planejamento e interlocução. E a base do programa direcionava o processo de ensino aprendizagem. De acordo com Gondim (2003):

O Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde tem em sua estrutura comissões, coordenações, gerências e núcleos, que vão possibilitar a articulação em todos os níveis de gestão do Sistema único de Saúde – SUS, de forma descentralizada, orgânica e democrática, contribuindo para o exercício da autonomia de cada um desses níveis na operacionalização e na resolução de possíveis problemas que possam ocorrer. (GONDIM, 2003, p. 14).

Dentro dessa estrutura organizacional o aluno poderia interagir de forma direta e sistemática por meio do contato com os tutores/professores localizados nos núcleos de apoio e em um território delimitado para seu processo de trabalho. O tutor era um profissional que desempenhava um papel de articulação, que acompanhava todo o processo de formação do aluno em sala de aula e no suporte as atividades de campo.

A utilização de uma modalidade de ensino que conjuga momentos a distancia a momentos presenciais tem, na pessoa de um tutor, o elemento articulador das situações de aprendizagem. Esse professor – tutor irá, durante todo o curso, desenvolver atividades práticas de significação do aprendido.

Isso possibilitará aos alunos, seja nos momentos a distancia, seja nos momentos presenciais, realizar aproximações sucessivas com seu objeto de estudo: o diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida da população sob seus

cuidados. Vale ressaltar que este diagnóstico permite compreender, de forma crítica e reflexiva, os processos produtores de saúde ou doença que ocorrem em um território – população, tornando possível agir comunicativamente sobre eles. (GONDIM & MONKEN, 2003, p. 9)

A proposta inicial do programa estruturou-se por quatro momentos presenciais com os alunos e tutores nos núcleos de apoio perfazendo um total de 16 horas. Estavam previstos momentos de estudos e de desenvolvimento do trabalho de campo, divididos em média entre 10 horas semanais de leitura de cada livro texto do material didático, e cerca de 4 horas para o desenvolvimento do trabalho de campo. Ao todo a proposta inicial do proformar teve um total de 168 horas. Nos momentos presenciais e a distância estava previstos o desenvolvimento de diversas atividades como destaca o livro guia do aluno/proformar.

Os momentos presenciais são aqueles dias em que todos os alunos de uma turma se reúnem com seu professor-tutor no NAD para ver o vídeo, apresentar o resultado das atividades propostas no caderno de atividade do trabalho de campo, tirar dúvidas, discutir questões e trocar experiências [...] Esses encontros coletivos ou seminários de síntese vão se realizar ao longo dos blocos de conteúdos – as unidades de aprendizagem do curso, que acontecem a cada dois meses e duram dois dias. Assim, cada turma vai ocupar o NAD por dois dias. (GONDIM, 2003, p. 19)

[...] Esses encontros são coletivos e servem para ressignificar o aprendizado. Aqui é o lugar do diálogo, da contextualização, do debate, da troca de informação, do trabalho em equipe. (GONDIM, 2003, p. 17)

Quando você estiver nos momentos a distancia – em sua casa ou em seu trabalho – deve reservar pelo menos duas horas de seu tempo por dia para a leitura dos livros textos e do caderno de atividades do trabalho de campo, para fixar conteúdos, realizar etapas do trabalho de campo ou anotar dúvidas sobre questões relativas aos módulos das unidades de aprendizagem. Os estudos à distância duram em média dois meses e, nesse período, o tutor vai dar um plantão de oito horas por semana no NAD para atender as solicitações do aluno. (GONDIM, 2003, p.26)

Ao todo o curso abrangeu três unidades de aprendizagem e sete módulos temáticos compostos de conteúdos teóricos e práticos a serem trabalhados pelos alunos. O módulo constituiu-se de conteúdos organizados em temas, a partir dos objetivos específicos definidos pela equipe pedagógica a fim de serem alcançados no decorrer do processo de ensino e aprendizagem do aluno.

Cada módulo deveria evidenciar a inter-relação dos conteúdos a serem trabalhados (eixos temáticos e conceitos), articular o conjunto de conhecimentos específicos com as unidades de aprendizagem e com outras estratégias pedagógicas construídas através de diferentes recursos didáticos, (dinâmicas em sala de aula, discussões de vídeos, leituras de

textos do material de apoio, análise de fotografias, mapeamentos, discussões de conteúdos teóricos, pesquisa de campo, entrevistas entre outros).

Os eixos temáticos constituíam-se de núcleos centrais de uma unidade de aprendizagem (eixo transversal) e de um módulo (eixo horizontal), onde estavam compostos os temas, conceitos e noções a serem construídos.

A fim de garantir que o processo de ensino e aprendizagem alcançasse os objetivos proposto pelo programa, foi necessário pensar em estratégias pedagógicas e didáticas que, possibilitassem espaços de dialogo e de interação entre alunos e tutores nos momentos a distância. E nos momentos presenciais viabilizar a problematização e ressignificação dos conteúdos, o trabalho com os conceitos articulando o conteúdo teórico a prática, ao cotidiano dos serviços do aluno e sua relação com o espaço/território de atuação e a comunidade.

Neste sentido o material didático elaborado para o Curso de Desenvolvimento Profissional de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, contou com um instrumental importante para o desenvolvimento do curso. O material didático dividiu-se em três grandes ferramentas ou meios:

Material impresso – disposto em sete livros – textos que corresponde às unidades de aprendizagem e seus módulos. Cada livro texto dispõe de um conjunto de conteúdos teóricos agrupados em um módulo no qual tratam de temas relativos ao campo da saúde coletiva e questões que se relacionam ao processo e a organização do trabalho em saúde e seus profissionais.

Os módulos correspondem aos temas: 1º módulo: O SUS e a Vigilância em Saúde; 2º modulo: O processo de trabalho da Vigilância em Saúde; 3º módulo: O território e a Vigilância em Saúde; 4º módulo: Trabalho e ambientes saudáveis; 5º módulo: Informação e diagnostico de situação; 6º módulo: Planejamento em saúde e práticas locais; 7º módulo: Educação e ação comunicativa. Como afirma seus formuladores:

Os livros servem para dar suporte teórico ao aluno e suporte didático – pedagógico ao tutor. Possuem uma linguagem simples e auto-explicativa, através de exemplos e figuras inseridas no texto. Os conteúdos são de fácil acesso, porém com a densidade necessária para gerar a construção do conhecimento. (GONDIM, 2003, p. 21)

O material também é composto por dois guias de estudos (um para o aluno e outro para o tutor). Cada guia tem o objetivo de orientar e esclarecer sobre a dinâmica do curso, os

objetivos, o uso dos materiais didáticos e como é desenvolvido o processo de ensino aprendizagem.

Nos guias, o aluno e o tutor vão encontrar várias informações sobre o PROFORMAR: o que é o programa; a rede operacional; o curso; como realizar os estudos nos momentos a distância e presencial; como se comunicar (tutor –aluno, aluno –aluno, tutor-tutor, tutor-apoio administrativo, tutor –banca de especialistas, etc.) com fazer o trabalho de campo; onde buscar informações sobre determinadas questões teóricas e práticas e mais uma série de outras orientações específicas dirigidas a cada um. (GONDIM, 2003, p. 21-22)

E o caderno de atividades do trabalho de campo, publicação da série do material didático, buscava orientar o aluno como desenvolver as atividades de pesquisa do trabalho de campo: como destaca o material de referência:

Essa ferramenta vai lhe orientar sobre todos os exercícios que você terá de fazer durante o desenvolvimento do curso no trabalho de campo. Nele você terá, de forma concreta e prática, a referência de como fazer as ligações necessárias entre a teoria, que está nos livros - textos, e a prática do seu dia-a-dia nos serviços de saúde. (GONDIM, 2003, p. 22)

Material audiovisual – composto de quatro vídeos cujo objetivo é auxiliar aos alunos e tutores nos momentos presenciais, elucidar dúvidas e questões sobre os conteúdos teóricos trabalhados no material impresso e dar suporte as atividades de campo.

Essa ferramenta aumenta a capacidade de aprender e perceber a realidade pela utilização da imagem [...] Também indica alguns procedimentos que devem ser feitos tanto no trabalho de campo como nos momentos de estudo a distância. Os vídeos serão apresentados e discutidos nos momentos presenciais de seu curso. Nessa dinâmica, todos podem se colocar nas situações expostas no vídeo, aprendendo e contribuindo com o debate. (GONDIM, 2003, p. 22)

Foram ferramentas importantes também no processo de desenvolvimento das atividades o uso do recurso fotográfico e a utilização dos mapas. As fotografias auxiliariam os alunos tanto no processo de reconhecimento das condições de vida e risco sanitário e os modos de vida da população no território, quanto auxiliariam na realização das ações de intervenção junto à comunidade.

Essa estratégia pedagógica permite ao aluno e ao professor – tutor, com o auxílio da imagem, constatar, problematizar e reconstruir os problemas de saúde e a organização social, política e institucional de um dado território. Dessa forma, torna-se possível compreender como se produz socialmente a saúde ou a doença através do balanço entre fatores positivos (facilidades) e negativos (dificuldades) que

incidem e podem determinar uma melhor ou pior qualidade de vida das pessoas.  
(GONDIM & MONKEN, 2003, p. 12)

Quanto à produção de mapas, também foi um dos instrumentos importantes no processo de ensino aprendizagem do Proformar como destaca o guia do aluno:

Com elas, além de localizar os problemas de saúde da área de sua atuação, você pode também visualizar todos os demais aspectos daquele lugar: o que se produz e onde se produz; os serviços de saúde; elementos importantes da natureza [...]. Tudo isso posto no mapa vai auxiliá-lo a compreender como e por que acontecem determinadas situações de saúde [...] em determinados lugares e não em outros.  
(GONDIM, 2003, p. 24-25)

E o site institucional do curso também foi uma importante ferramenta tecnológica para o desenvolvimento das atividades do programa. Este recurso possibilitaria aos alunos, tutores, gerentes do programa se comunicar, realizar a gestão escolar, o acompanhamento dos alunos, a avaliação do processo de ensino, o repasse de informações e sugestões.

Este espaço estava estruturado em dois tipos de acesso. 1) Espaço aberto – acessível a qualquer usuário, sendo disponibilizada uma série de serviços entre textos, referências, temas e conteúdos do curso. 2) Espaço fechado – destinado à rede proformar. Lugar de interação e acompanhamento pedagógico entre os alunos e tutores, espaço de diálogo entre gerências estaduais e tutores, coordenação geral e coordenações regionais do programa, da Fundação Nacional de Saúde e da EPSJV/FIOCRUZ.

#### 4.6 O TRABALHO DE CAMPO – O ESPAÇO DO FAZER COTIDIANO.

O trabalho de campo – ou ensaio de vigilância - uma das etapas no processo do curso, se caracterizou como uma atividade didático-pedagógica que buscou articular as concepções teóricas trabalhadas em sala de aula as práticas cotidianas dos profissionais. Este trabalho de campo se constituía de um processo investigativo denominado diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde.

Cada aluno ao entrar em contato com sua realidade prática, desenvolveria um trabalho de investigação e identificação de diferentes problemáticas no seu território de atuação profissional e de vida. Mediante um processo de roteirização e planejamento diversas atividades são propostas (no material didático) para este momento através da utilização de

ferramentas (entrevista, registros, produção de mapas, imagens, pesquisas etc) importantes para observação da realidade de cada local.

O documento EPSJV/ PROFROMAR (2001) destaca que:

O trabalho de campo consiste numa atividade de investigação como um ensaio de vigilância, desenvolvida pelos alunos no seu território de atuação profissional e de vida. A partir de um processo de roteirização, diversas atividades serão propostas (no material didático) para esse momento, que colocam o aluno em contato com situações complexas, utilizando-se de informações secundárias e, primordialmente, do método observacional, de entrevistas com informantes-chaves, da produção de mapas e de imagens fotográficas (para a localização e a apreensão do território e a sua dinâmica, das heterogeneidades sociais e ambientais, dos fluxos do cotidiano e de suas expressões epidemiológicas) e de propostas de intervenção, construídas ao final do curso, agregando, analisando e sintetizando as diversas informações e os aspectos identificados na determinação de situações –problemas específicos, de caráter interdisciplinar e intersetorial. (EPSJV/ PROFROMAR, 2001, p. 19)

Através deste trabalho de pesquisa e a apreensão do território - sua dinâmica, das interações sociais estabelecidas, os aspectos sociais, políticos, econômicos, ambientais e culturais, sua relação no processo de produção das condições de vida, saúde e adoecimento da população - o aluno por meio da articulação dos conteúdos disposto no material didático (módulos de cada unidade de aprendizagem), desenvolveria uma proposta de intervenção construída ao final do curso. Desta forma agregando, analisando e sintetizando as informações necessárias e os principais aspectos identificados nas situações-problemas específicas de cada território.

Sinalizando que neste contexto o sentido do território constitui-se de um importante conceito a ser compreendido no processo de ensino e aprendizagem, uma vez que para a organização da dinâmica de trabalho nos sistemas locais de saúde, é fundamental o reconhecimento dos territórios em suas múltiplas dimensões. Como afirma Gondim & Monken (2003):

O trabalho de campo possui, simultaneamente, uma natureza educativa e investigativa. A primeira se firma no interior do processo pedagógico em função das mediações que estabelece entre os saberes e as práticas cotidianas, “ressignificando” a aprendizagem na articulação escola-serviço-comunidade. A segunda se constrói pela busca sistemática de informação sobre um território-população através de metodologias quantitativas, qualitativas e técnicas de territorialização, revelando realidades sócio-sanitárias-espaciais e a articulação trabalhador-serviço-práticas. (GONDIM & MONKEN, 2003, p. 12)

O Proformar buscou imprimir uma análise dos processos e práticas de saúde levando em consideração a questão territorial enquanto locus do fazer profissional, intervenções

pautadas na intersetorialidade e na construção de um novo modelo de atenção de vigilância em saúde.

A experiência do Programa de Formação no interior da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, mostrou-se um aprendizado significativo e muito relevante para a equipe coordenativa, dado o grau de complexidade que tal proposta trouxe, direcionada especificamente para atender a um público peculiar, de diferentes características e em escala nacional. No mesmo sentido que buscou garantir os princípios e diretrizes permeadas pelos conceitos teóricos e ideológicos oriundos da Escola Politécnica. O Proformar imprimiu em sua proposta o caráter transdisciplinar dos conteúdos teóricos, associado à interatividade dos materiais e métodos pedagógicos no processo de execução do curso.

Tal iniciativa com toda a magnitude e problemas, rompeu com a lógica prescritiva da pedagogia das competências no seu viés atual, substituindo-a na prática pela educação de base crítica, voltadas para a construção de autonomia, formação política, agregando as experiências práticas dos educandos e trabalhando com elementos teóricos a partir de suas realidades.

Como destaca EPSJV PROFORMAR, (2001):

O Proformar pautou-se pelos objetivos de:

- Oferecer aos profissionais subsídios teóricos-práticos relativos à globalidade do processo de trabalho da Vigilância a Saúde em Saúde, que contribuam para a adoção de uma prática mais crítica, reflexiva e inovadora;
- Promover oportunidades de reconhecimento, de análise e de discussão sobre o espaço, território de atuação desses profissionais, visando a elaboração de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida, a identificação de situações-problemas e de propostas de intervenção.
- Contribuir para a construção de um projeto político – pedagógico no setor saúde, que tenha como função formar trabalhadores – cidadãos comprometidos com as novas práticas em saúde e com os avanços tecnológicos do SUS.
- Auxiliar na estruturação do Sistema Nacional de Informação em Vigilância a Saúde em Saúde, a partir de dados e de informações produzidos por esses profissionais no nível dos Estados e municípios. (EPSJV, PROFORMAR, 2001, p. 07)

Como destacam Gondim & Monken (2003) “Construir a engenharia da proposta do programa”, não foi tarefa fácil. Diante da dureza do modelo educacional brasileiro, de um sistema de educação, que permeia e atravança as portas do imaginário coletivo e os umbrais da cultura do ensino dada a exclusividade disciplinar e reprodutivista.

Contudo, neste mesmo processo vislumbramos outras possibilidades a serem desenvolvidas voltadas para a qualificação profissional dos trabalhadores de nível técnico e elementar.

Portanto, diante das imensas dificuldades e desafios assumidos e decorridos ao longo da construção do Programa Proformar, sabendo que ainda existe muito a ser realizado no tocante a elaboração e execução de itinerários formativos para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde, destacamos a partir do referencial crítico incorporado ao Proformar, que esta iniciativa contribuiu de maneira expressiva para o processo qualificativo dos profissionais de nível médio e elementar da Vigilância em Saúde.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção da política de qualificação e formação profissional dos trabalhadores de nível médio e técnico da área da Saúde, preconizados pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), que visa à capacitação dos Recursos humanos como estratégia para o fortalecimento do SUS, deve articular-se ao conjunto de mudanças nas práticas de saúde diante do processo de descentralização de um conjunto de ações para o âmbito dos Estados e Municípios brasileiros.

O avanço da descentralização dos serviços do SUS indicou uma necessidade de novas atribuições e responsabilidades aos gestores e apontou para a importância de formação dos trabalhadores, a fim de garantir à qualidade da atenção a saúde. Por outro lado, com os direcionamentos políticos e os avanços tecnológicos na produção do campo da saúde, acrescido da complexidade das demandas em saúde, passaram a exigir novos perfis profissionais.

Com a descentralização das atividades da Fundação Nacional de Saúde através da Portaria 1399/99 – MS implicou na realocação de um conjunto de trabalhadores, os chamados guardas de endemias, para atuarem nos serviços de saúde dos Estados e Municípios e indicou a necessidade de qualificação imediata destes profissionais no âmbito da vigilância em saúde.

O Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR- constituiu-se de uma proposta formativa voltada para a capacitação desses trabalhadores envolvidos com operações de campo, no controle de doenças, em epidemiologia e em vigilância em saúde. Tal capacitação visava contribuir no desenvolvimento de uma atuação profissional com vistas à promoção e proteção a saúde, como uma estratégia de transformação das práticas sanitárias locais.

Diante do desafio de qualificação de um segmento profissional tão específico e multifacetado, pensamos haver demonstrado neste trabalho, através das análises dos documentos de referência e do material didático – pedagógico elaborado para o programa, que o Proformar contribuiu no processo de profissionalização destes trabalhadores, ofertando subsídios teórico-práticos voltados à apreensão da globalidade do processo de trabalho do setor de vigilância e na adoção de uma atuação mais crítica, reflexiva.

Buscou também fortalecer no processo reconstrutivo da identidade destes profissionais, uma vez inseridos na estrutura de trabalho da Vigilância em Saúde, sob um novo prisma, qual seja o da promoção em saúde.

Considerando as diversas experiências de trabalho, diferentes níveis de escolaridade, de competências, de vínculos profissionais e a inserção dos trabalhadores no processo de trabalho da vigilância em saúde, a proposta pedagógica do Proformar procurou resgatar e valorizar a experiência prática e concreta destes trabalhadores.

Assim o desenvolvimento da metodologia de ensino estabeleceu relações fundamentais entre teoria e prática, ensino e trabalho, de forma a possibilitar aos agentes um processo reflexivo de sua própria atuação no interior dos serviços de atenção a saúde.

Destacamos também com as análises realizadas, que o Proformar apresentou-se como uma proposta formativa transformadora, no momento em que o programa é estruturado a partir da acumulação de experiências políticas didático-pedagógicas dentro da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, (EPSJV) - Unidade Técnico Científica da Fundação Oswaldo Cruz, uma instituição de excelência na construção de modelos de formação profissional para o nível médio em saúde, em ciência e tecnologia.

A EPSJV ao direcionar a proposta pedagógica contribuiu na formação dos trabalhadores, na medida em que possibilitou um itinerário formativo de base teórica crítica estabelecendo estreita relação entre os conteúdos conceituais e os princípios e diretrizes do Sistema único de Saúde.

Destaca-se também para o desenvolvimento do trabalho em equipe e multiprofissional, no enfoque multidisciplinar do saber e na busca pela melhoria dos serviços de saúde levando em consideração as peculiaridades e características de cada território de atuação dos trabalhadores.

O Programa, coerente com a proposta de atuação ampliada do campo da Vigilância e na construção de uma identidade profissional para os trabalhadores deste setor, apontou para mudanças na forma e na execução dos itinerários formativos, ora marcados pelos treinamentos realizados pela Fundação Nacional de Saúde, priorizando os conteúdos técnicos centrados no controle de uma determinada endemia, para uma abordagem mais ampla do fenômeno saúde-doença dentro de um determinado território.

Outro destaque das análises realizadas direciona-se ao referencial pedagógico do Programa, que se desloca na direção do modelo das competências, enquanto eixo norteador da proposta, para uma perspectiva de ruptura com o conceito das competências assentado na lógica de mercado e da produção, e direcionam-se pelo desenvolvimento das habilidades em escalas ascendentes e de habilidades técnicas, sociais, políticas e de gestão. Isso permitira ao trabalhador novos aportes de conhecimentos e experiências para a execução de suas ações.

Ao romper com a lógica prescritiva da pedagogia das competências, que subjaz ao texto da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, substituindo-a através de um referencial crítico, aqui identificado na leitura dos documentos do programa, pela adoção da Pedagogia da autonomia, o projeto político pedagógico, direcionou para a construção de relações éticas, na valorização da experiência dos alunos educandos.

Desta forma o Proformar guiado por uma metodologia de atuação baseada na aprendizagem reconstrutiva problematizadora da educação, articulando teoria e prática, ensino, serviço e a comunidade junto ao trabalho de campo, deixa claro que o fazer profissional destes trabalhadores não deve perder de vista o elemento da crítica e da reflexão.

Entendemos que o Proformar traz uma proposta coerente com a diversidade dos sistemas locais de serviços no âmbito do SUS, levando em consideração as especificidades regionais e a complexidade dos municípios diante das dificuldades e entraves no que se refere ao acesso de recursos, os perfis epidemiológicos, as diferenciações no grau de escolaridade e práticas profissionais.

Igualmente, é importante destacar que a trajetória de construção deste programa não foi tarefa fácil, haja vista os muitos desafios encontrados, principalmente no que se refere ao processo de organização de uma proposta formativa que abrangesse um quantitativo expressivo de trabalhadores, distribuídos em diferentes regiões do país, com perfis diversos e inseridos em múltiplas organizações de trabalho.

Nesta perspectiva consideramos que o principal desafio posto centrava-se em como estruturar um processo de qualificação de natureza coletiva, levando em consideração as especificidades do trabalho em saúde e de seus trabalhadores em cada município. Por outro lado o Programa requeria estratégias de ensino e de aprendizagem que possibilitassem formar trabalhadores em escala nacional.

Diante do exposto, destacamos que o Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde se coloca como um programa que contribuiu no processo de qualificação dos trabalhadores de Vigilância em Saúde, seja pelo seu recorte teórico – metodológico que direcionou sua proposta pedagógica, seja por seu enfoque transdisciplinar, conceito este inerente no trabalho da Vigilância em Saúde.

Portanto, acreditamos que Proformar procurou avançar na perspectiva de uma educação profissional que contemplasse, sobretudo, o trabalhador, aluno e cidadão. De outro lado também consideramos que os trabalhadores do campo da Vigilância em Saúde, tendo como perspectiva os marcos estabelecidos pela concepção teórica- críticas adotadas pelo Proformar poderão contribuir junto às equipes de saúde e as populações locais, com novas formas de pensar e agir diante das demandas de saúde, permitindo assim a construção de práticas sanitárias coletivas e inovadoras.

Enfim, entendemos o PROFORMAR, mais como um projeto ainda em construção e com possíveis desdobramentos do que simplesmente como um programa pronto e terminado. Tendo em vista o grande desafio que foi operacionalizar tal proposta, é que reconhecemos o quanto ainda é necessário avançar e propormos novas experiências formativas, contribuindo assim para o processo de qualificação dos trabalhadores da saúde em todos os níveis.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, Ana Lucia. **Tecnologia:** conceito e relações com o trabalho em saúde. IN: FONSECA, A. F. STAUFFER, A.B. O Processo Histórico do Trabalho em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 119-129.

ANTUNES, Ricardo. **A Nova Morfologia do Trabalho, suas principais metamorfoses e significados:** um balanço preliminar. IN: CATIA, Guimarães (org.) Trabalho, educação e saúde: 25 anos de Formação Politécnica no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. p. 11-28.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação e o trabalho na saúde:** a política e suas ações. 1 folder. Ministério da Saúde; SGTES. [2011?]. Disponível em: <[http:// portal. Saúde. gov.br/portal/saude/gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=38830](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38830)>. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 01/2003.** SGTES/VS. **Institui a Comissão de Coordenação Geral do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9394.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm)>. Acesso em: 30 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 1399, de 15 de dezembro de 1999.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil (DOU) em 16 de dezembro de 1999.<Disponível em: < [www.funasa.gov.br/legis/pdf/portarias M/PM 1399-PDF](http://www.funasa.gov.br/legis/pdf/portarias_M/PM_1399-PDF)>. Acesso em: 30 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 8080,** de 19 de Setembro de 1990.

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

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/2008.** Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio. Brasília: MEC, 2008<sup>a</sup>.

BRASIL. Ministério da Educação. Educação Profissional. **Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico.** Introdução. Brasília: MEC, 2000.

BATISTELLA, C.E.C. **Tensões na Constituição de Identidades Profissionais a partir do Currículo:** análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde. 2009. 255f. Dissertação (Mestrado em ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2009.

BARROSO, Maria Auxiliadora Bessa. **Os tutores do Proformar e a Educação Profissional dos agentes de saúde pública:** trabalho, meio ambiente, educação e saúde. IN: Trabalho, Educação e Saúde, 2005. V. 3, n. 1.

\_\_\_\_\_. **PROFORMAR: educação profissional nas interseções do trabalho, meio ambiente, educação e saúde.** (Dissertação de Mestrado em Educação) Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2004.

DELUIZ, Neise. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. **Boletim técnico do senae**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, se.t/dez., 2001. Disponível em: <[http://www.senac.br/BTS/273/boltec\\_273b.ht](http://www.senac.br/BTS/273/boltec_273b.ht)>. Acesso em: 15 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Qualificação, competências e certificações: visão do mundo do trabalho. **Revista FORMAÇÃO**, Brasília, n. 2, p. 5, 15. Mar, 2001b.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV (org) **O processo de Trabalho da Vigilância em Saúde**, / Carmen Fontes Teixeira, Lorene Louise Pinto, Ana Luiza Vilasbôas – Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004. (Série: Material didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde.

EPSJV, **Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde: PROFORMAR**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

EPSJV. **Projeto Político Pedagógico**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2005.

FERREIRA. Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário da língua portuguesa**, Aurélio Buarque de Holanda Ferreira; coordenação Marina Baird Ferreira, Margarida dos Anjos; equipe Elza Tavares Ferreira, ET AL, 3ed – Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1993.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **A produtividade da escola improdutiva: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômica – social e capitalista**. São Paulo: Cortez, 1986.

\_\_\_\_\_. **Fundamentos científicos e técnicos da relação trabalho e educação no Brasil de hoje**. In: LIMA, Júlio Cesar França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social, In: FOUCAULT, M. **A microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**, saberes necessários e prática educativa. 14 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 14 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

FIOCRUZ/EPSJV/FUNASA. **PROFORMAR – Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde**. Gondim G, et al. Julho, 2001.

\_\_\_\_\_. **PROFORMAR. Oficina de Tutores: Termo de referência**. Rio de Janeiro: 2002. (mimeografado)

\_\_\_\_\_ **qualificação dos agentes de vigilância em saúde**, Nota técnica. Brasília, 3 Setembro, 2003. Coordenação Geral do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR - EPSJV/FIOCRUZ.

GONDIM, GM de M. MONKEN, Mauricio, **Saúde, educação, cidadania e participação: desafios para o século XXI - a experiência do PROFORMAR**. Revista trabalho, educação e saúde. Rio de Janeiro, 2003.

GONDIM. Grácia Maria de Miranda. **Guia do aluno**. (série didática do programa de Formação de Agentes locais de3 Vigilância em Saúde – Guia do aluno) Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2003.

HARVEY, David. **Condição Pós-moderna: uma pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural**. 4ª. Ed. Loyola, 1989.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LIMA, Júlio César França. **Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde**, IN: Trabalho Necessário, 2007, v. 5, n. 05, p. 1-16.

\_\_\_\_\_ **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. 2010. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_ **A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/ EPSJV, 2010.

MARTINS, Andre. Silva. **À direita para o social: a educação da sociabilidade no Brasil contemporâneo**. Juiz de Fora: UFJF, 2009.

MÉSZAROS, I. **A educação para além do capital**. 2º Ed - São Paulo: Boitempo, 2008. (mundo do trabalho)

MOTTA-ROTH, Désiree- HENDGES, Graciela H. **Produção textual na Universidade**. São Paulo: Parábola Editorial, 2010. (Estratégias de ensino; 20)

MONKEN, Mauricio, GONDIM, GM de M. **Saúde, educação, cidadania e participação: desafios para o século XXI - a experiência do PROFORMAR**. Revista **trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, 2003.

\_\_\_\_\_ **Termo de Referência em Vigilância**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: [WWW.fiocruz.br/epsjv/outgracia.htm](http://WWW.fiocruz.br/epsjv/outgracia.htm). Acesso em 04.09.2011

MONKEN. M.& BATISTELLA, C.E.C. **Vigilância em Saúde**. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. P. 471-475.

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

\_\_\_\_\_ **O mercado do conhecimento e o conhecimento para o mercado: da formação para o trabalho complexo no Brasil contemporâneo**, Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEREIRA, Isabel Brasil. “Tendências curriculares nas escolas de Formação Técnica para o SUS”. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: v. 2, n. 1, 2004.

PRONKO, Marcela et al. **A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

PERRENOUD, P. Construir as competências desde a escola. Trad. Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

RAMOS, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001<sup>a</sup>.

\_\_\_\_\_ **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?**. 3. ed. São Paulo: Cortez: 2006.

\_\_\_\_\_ **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; UFRJ, 2010.

\_\_\_\_\_ **A Educação Profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais**. Educ. Soc., Campinas, vol. 23, n. 80, setembro, 2002, p. 401-402. Disponível em <<http://www.cedes.unicamp.>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

\_\_\_\_\_ **A pedagogia das competências e a psicologização das questões sociais: Boletim Técnico do SENAC**, v.27, nº 03, p.27-35, set, dez. 2001b.

REIS, Lenice Gnocchi da Costa; GONDIM, Grácia Maria de Miranda; LIMA, Luis Carlos Wanderley. **Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

RODRIGUES, José. **Ainda a educação politécnica: o novo decreto da educação profissional e a permanência da dualidade estrutural**. IN: Revista, Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 259 – 282 set. 2005.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e democracia: teorias as educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação**. Dermeval Saviani – 39 Ed – Campinas, SP: Autores Associados, 2007 (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo; vol, 5).

SACRISTÁN, J. Gimeno. **O currículo como confluências de práticas**. IN: Sacristán, j. Gimeno. O currículo: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: Artmed, 2000. 3º Ed. P. 101-106.

SOARES, Laura. Tavares. **Os Custos Sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo, SP, Cortez, 3º Edição. 2009.



TEIXEIRA, C.F. PAIM, J.S, VILASBÔAS, A.L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, 1998. v. 7, n. 2, p. 7-28.

TEIXEIRA, C.F. PINTO, L.L, VILASBÔAS, A.L. **O processo de trabalho da Vigilância em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; EPSJV; PROFORMAR, 2004. (Série: Material didático do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde;

WALDMAN, E.A. **Vigilância em Saúde Pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v.7 (Série Saúde & Cidadania)