

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

Francélia Maria Almeida Sales

PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE NO CONTEXTO CEARENSE:
plano de curso e referenciais curriculares da ETSUS-CE

Rio de Janeiro

2016

Francélia Maria Almeida Sales

PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE NO CONTEXTO CEARENSE:
plano de curso e referenciais curriculares da ETSUS-CE

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Franco Reis

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S163p

Sales, Francélia Maria Almeida

Processo de formação profissional do agente comunitário de saúde no contexto cearense: plano de curso e referenciais curriculares da ETSUS-CE / Francélia Maria Almeida Sales. - Rio de Janeiro, 2016.

147 f.

Orientador: José Roberto Franco Reis

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

1. Agente Comunitário de Saúde. 2. Perfil Profissional. 3. Formação Técnica. I. Reis, José Roberto Franco. II. Título.

CDD 362.10425

Francélia Maria Almeida Sales

PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE
SAÚDE NO CONTEXTO CEARENSE:

plano de curso e referenciais curriculares da ETSUS-CE

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 22/12/2016

BANCA EXAMINADORA

Prof.º Dr. José Roberto Franco Reis – EPSJV/FIOCRUZ (Orientador)

Prof. Dra. Marise Nogueira Ramos – EPSJV/FIOCRUZ

Prof. Dra. Ana Lúcia de Moura Pontes – EPSJV/FIOCRUZ

Dedico esse trabalho, em especial a minha mãe Amélia Menezes, que através de seus ensinamentos e exemplos, de coragem, de força e de perseverança, mostrou-me os caminhos para que eu pudesse me tornar a pessoa que sou.

As minhas irmãs, sobrinhas e sobrinhos que me incentivam a buscar ser uma pessoa melhor e sonhar com um mundo melhor.

Aos amigos, em especial a: Débora Barros, Jeová da Costa, Josonilton Rêgo e Roberta Diniz, pelo braço amigo sempre estendido em minha direção e com os quais compartilho minhas caminhadas, e com os quais aprendo sempre...

A todos os Agentes de Saúde, cujo convívio me proporcionou inúmeras descobertas e aprendizagens significativas.

Enfim, a todos àqueles que, seja através de um único olhar ou da convivência, estiveram ao meu lado, caminharam comigo, sempre acreditando na minha capacidade e que, pela presença, pelo sorriso ou pela simples lembrança, deram-me coragem e determinação para continuar trilhando alguns caminhos tortuosos, em busca dos meus sonhos.

A palavra obrigada não exprime o quanto vocês se fizeram importantes nessa caminhada.

A vocês, o sonho, o abraço, o beijo, o futuro e um universo de esperança.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que olhou por mim, com carinho, me permitiu ir e, na volta sempre me recebeu de braços abertos, me acompanhou, me deu forças, me confortou. Diante de tanto amor, eu rogo que olhe por mim, dê-me sabedoria e sensibilidade para que não me limite a olhar, mas, que eu faça o que me cabe fazer, pois, nenhum de nós veio ao mundo apenas como observador ou juiz.

Aos Amigos, Colegas do mestrado, com os quais por diversas vezes compartilhei as mesmas angústias e sonhos. Rimos uns dos outros, criticamos e fomos criticados, passamos por experiências que nos aprimorou no difícil, porém, fecundo exercício da convivência. Não nos veremos mais todos os dias, ou meses, talvez nem todos os anos. Mas certamente, jamais me esquecerei de quantas vezes vocês foram força, paciência e acalanto.

A todos os professores, que ao transmitirem seus saberes, oportunizaram-me vislumbrar e trilhar novos caminhos rumo à ampliação do meu conhecimento.

Todos os dias Deus nos dá, junto com o sol, um momento em que é possível mudar tudo que nos deixa infelizes. Todos os dias procuramos fingir que não percebemos este momento, que esta oportunidade não existe, que hoje é igual a ontem e será igual a amanhã. Mas, quem presta atenção ao seu dia, descobre o instante mágico. Este momento existe: um momento em que toda a força das estrelas passa por nós e nos permite fazer milagres. Este instante mágico de cada dia nos ajuda a mudar, nos incentiva a ir em busca de nossos sonhos.”

(Paulo Coelho)

RESUMO

Trabalhar cotidianamente, com o processo de formação do profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS), nos proporcionou não só um convívio mais direto com a sua labuta diária, como também, mobilizou-nos para investigar o ser e o fazer desse trabalhador no Estado do Ceará. Procura-se articular dois tópicos que vêm sendo alvo de inúmeros debates, que entraram em evidência na fala dos movimentos sindicais e de empregadores do setor: as políticas que norteiam o processo formativo e o perfil desse trabalhador, considerado por muitos, como fundamental na política de reorganização da Atenção Básica. Dessa forma, acredita-se na relevância de estudos que documentem a situação atual, no que tange a formação desse profissional, seu perfil socioeconômico e educacional, pois, a partir da apropriação e análise dessas informações, se pode perceber os encontros e desencontros entre o disposto nos diplomas oficiais e a realidade vivenciada em cada Estado. No Estado do Ceará, essa formação vem sendo desenvolvida desde o ano de 2005, pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), supostamente em consonância com os Referenciais Curriculares Nacionais do Ministério da Saúde (MS), e com as novas propostas curriculares, que desde a década de 1990, foram inseridas nas políticas educacionais brasileiras. Considerando o exposto, e por entendermos que o perfil de conclusão referendado pelo MS elabora um desenho do profissional que se pretende formar, anunciando explicitamente as finalidades da formação, defendemos que a mesma deve estar em consonância não só com os objetivos a que se propõe, mas, sobretudo, estar adequada ao perfil das atribuições do profissional que se quer formar, assegurando-se assim a validade e coerência pedagógica do processo formativo. Temos, portanto, como objetivos desse estudo de caráter bibliográfico: analisar como o Currículo do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde da ESP-CE expressa as tendências das Políticas Públicas desse trabalhador da Saúde; identificar a existência ou não de possíveis divergências entre o plano de curso de formação do ACS da ESP-CE, o Referencial Curricular Nacional e as atribuições dos ACS do Estado do Ceará; delinear o processo de incorporação do ACS no Estado do Ceará e suas atribuições; analisar o processo de formação do ACS no Estado, bem como, discutir a proposta curricular do ACS na ESP-CE. Pontuamos que enquanto pesquisadora buscou-se ao máximo, seguir os princípios da dialética, considerando que todas as coisas se relacionam e se transformam (totalidade e movimento), não em um processo circular de eterna repetição, mas, pode ocorrer pela acumulação quantitativa (mudança qualitativa) e só sendo possível na contradição, entendida aqui, como unidade e luta dos contrários, em que essa transformação só é possível porque no seu próprio interior coexistem forças dicotômicas.

Palavras Chaves: Agente Comunitário de Saúde. Perfil Profissional. Formação Técnica

ABSTRACT

Working daily, with the training of the professional Community Health Agent (ACS), has not only provided us with a more direct contact with his daily toils, but also mobilized us to investigate the being and the doing of this worker in the State of Ceará. It seeks to articulate two topics that have been the subject of numerous debates, which have come to the fore in the speech of trade union and employers' movements in the sector: the policies that guide the formation process and the profile of this worker, considered by many, as fundamental in politics Reorganization of Primary Care. Thus, it is believed that studies that document the current situation regarding the formation of this professional, their socioeconomic and educational profile, are important because, from the appropriation and analysis of this information, one can perceive the meetings and disagreements between the The official diplomas and the reality lived in each State. In the State of Ceará, this training has been developed since 2005 by the Ceará Public Health School (ESP-CE), supposedly in line with the National Curricular Frameworks of the Ministry of Health (MS), and with the new proposals Curricula, which since the 1990s have been inserted into Brazilian educational policies. Considering the above, and because we understand that the completion profile endorsed by the MS elaborates a design of the professional that is intended to form, explicitly announcing the purposes of the training, we defend that it should be in harmony not only with the objectives it proposes, But, above all, to be adequate to the profile of the professional's duties to be trained, thus ensuring the pedagogical validity and coherence of the training process. Therefore, the objectives of this bibliographic study are: to analyze how the curriculum of the Technical Course of Community Health Agent of ESP-CE expresses the trends of the Public Policies of this health worker; To identify the existence or not of possible divergences between the training course plan of the ACS of the ESP-CE, the National Curricular Framework and the attributions of the ACS of the State of Ceará; To outline the process of incorporation of ACS in the State of Ceará and its attributions; To analyze the process of formation of the ACS in the State, as well as, to discuss the curricular proposal of the ACS in the ESP-CE. We point out that as a researcher we have sought as much as possible to follow the principles of the dialectic, considering that all things are related and transformed (totality and movement), not in a circular process of eternal repetition, but can occur by quantitative accumulation Qualitative) and only being possible in the contradiction, understood here, as unity and struggle of opposites, in which this transformation is possible only because dichotomous forces coexist within.

Key Words: Community Health Agent. Professional Profile. Technical graduation

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Histórico do Agente Comunitário de Saúde	37
Quadro 02	Características historicamente constituídas dos papéis sociais desempenhados pelos agentes comunitários de saúde	44
Quadro 03	Distribuição de turmas de ACS por Pólo e quadro técnico docente	100
Quadro 04	Distribuição de Facilitadores por Categoria	101
Quadro 05	Divisão da Carga Horária por Etapas Formativas/Fases	104
Quadro 06	Matriz de Referência para Construção Curricular – Área Saúde	116

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APC	Abordagem por Competências
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CEB	Câmara de Educação Básica
CEC	Conselho Estadual de Educação do Ceará
CERES	Células Regionais de Saúde
CF	Constituição Federal
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CNE	Conselho Nacional de Educação
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CONASC	Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
COSEMS-CE	Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará
CTACS	Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde
DIEPS	Diretoria de Educação Profissional
EP	Educação Profissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPT	Educação Profissional Técnica
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
FEBEM	Fundação Centro de Atendimento Sócio Educativo ao Adolescente
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPLANCE	Fundação Instituto de Planejamento do Ceará
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação

MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAS	Programa de Agentes de Saúde
PCNs	Parâmetros Curriculares Nacionais
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROEP	Programa de Expansão da Educação Profissional
PROFAE	Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF	Programa Saúde da Família
RCN	Referencial Curricular Nacional
RCN EP	Referenciais Curriculares Nacional da Educação Profissional
RCN EPT	Referenciais Curriculares Nacional da Educação Profissional de Nível Técnico
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
SESA	Secretaria da Saúde do Estado
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINDACS	Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Combate as Endemias
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo Nacional das Nações Unidas
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 A HISTORICIDADE DO TRABALHO DO ACS NO BRASIL E NO CEARÁ	21
1.1 PRECEDENTES INTERNACIONAIS	22
1.2 OS CAMINHOS PERCORRIDOS PELO ACS NO BRASIL E NO ESTADO DO CEARÁ	25
1.3 PERFIL, FUNÇÕES E AS COMPETÊNCIAS DO ACS	39
1.4 AS RELAÇÕES DE TRABALHO DO ACS	45
1.5 A VINCULAÇÃO DO ACS A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	49
1.5.1 Ferramentas utilizadas pelo ACS no seu Fazer Cotidiano	52
2 FORMAÇÃO EM SAÚDE	57
2.1 AS POLÍTICAS/AÇÕES PÚBLICAS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO QUE PRODUZIRAM O MODELO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO HODIERNO	58
2.2 A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	67
2.3 A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	71
2.3.1 A Formação do ACS no Ceará	78
3 O CURRÍCULO DO ACS NA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ	82
3.1 DISCUTINDO O TERMO CURRÍCULO	82
3.2 AMBITUDE DA PESQUISA: ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ	88
3.2.1 O currículo baseado na Abordagem por Competências (APC) da ESP-CE	89
3.3 PLANO DE CURSO DE FORMAÇÃO DE ACS DA ESP-CE	93
3.3.1 Estrutura Curricular	101
3.4 REFERENCIAIS CURRICULARES NACIONAIS DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO	108
3.4.1 Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico: Área Saúde	111
3.4.2 Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde	115
3.5 O PLANO DO CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE À LUZ DOS REFERENCIAIS CURRICULARES NACIONAIS: BREVES CONSIDERAÇÕES	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128
APÊNDICE	140

INTRODUÇÃO

A minha experiência profissional na área de saúde foi adquirida a partir do trabalho desenvolvido na Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), instituição integrante da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS-CE), na qual atuei como bolsista, no período de maio de 2005 a julho de 2015. Mais especificamente, no Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), inicialmente como facilitadora, depois como supervisora pedagógica e, posteriormente, como responsável pela coordenação estadual do referido curso. Essa experiência suscitou o meu objeto e tema da presente pesquisa.

Trabalhar cotidianamente, com o processo de formação desse profissional, proporcionou não só um convívio mais direto com a sua labuta diária, como também, mobilizou-nos para investigar o ser e o fazer desse trabalhador no estado do Ceará. Nesse sentido, a presente investigação, procura articular dois tópicos que vêm sendo alvo de inúmeros debates, que entraram em evidência na fala dos movimentos sindicais e de empregadores do setor: as políticas que norteiam o processo formativo e o perfil desse trabalhador, considerado por muitos, como fundamental na política de reorganização da Atenção Básica.

Os cursos de formação profissional de ACS vêm sendo executados em todos os estados brasileiros, todavia, compartilhamos da opinião de Tomaz (2002), que ressaltava ser esse um processo ainda desestruturado e fragmentado. Em nosso entendimento, isso contribui para que na prática tal formação seja bastante diversificada e variável, o que acaba prejudicando o desenvolvimento das funções do profissional no processo de formação, no sentido de ser insuficiente para desenvolver as competências elencadas pelo Ministério da Saúde (MS) e consideradas necessárias para o adequado desempenho de seu papel. Sem mencionar, a pouca ou quase nenhuma visibilidade das transformações ocorridas no fazer do ACS, desde sua inserção na ESF, como também no seu processo formativo, que apesar de constar na agenda política da saúde, ainda é pouco documentado.

Somem-se a esse contexto, as variações na atuação desse profissional, a depender das atribuições que lhes são conferidas, e do estado/município ao qual se encontram vinculados. De agentes de mudanças, incentivadores de boas práticas de saúde e fomentadores da participação da comunidade, por meio de tarefas restritas e específicas, passam a executores de projetos e programas verticais. Conseqüentemente há uma diversidade de opiniões e discussões sobre qual o perfil ideal e formação necessária a esse profissional.

Dessa forma, acredita-se na relevância de estudos que documentem a situação atual, no que tange a formação desse profissional, seu perfil socioeconômico e educacional, pois, a partir da apropriação e análise dessas informações, se pode perceber os encontros e desencontros entre o disposto nos diplomas oficiais e a realidade vivenciada em cada estado. Ponderar acerca da atuação do ACS, frente ao seu perfil e ao seu processo de formação, nos subsidiará ainda, na construção de sugestões com vistas à efetivação de uma formação, guiada não só pelo e para o serviço de saúde, ao qual o sujeito a ser formado se encontra integrado, mas, sobretudo, pela e para a emancipação humana (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Considerando o exposto, e por entendermos que o perfil de conclusão referendado pelo MS elabora um desenho do profissional que se pretende formar, anunciando explicitamente as finalidades da formação, defendemos que a mesma deve estar em consonância não só com os objetivos a que se propõe, mas, sobretudo, estar adequada ao perfil das atribuições do profissional que se quer formar, assegurando-se assim a validade e coerência pedagógica do processo formativo.

Há alguns anos, a saúde no Brasil passa por um momento peculiar. Se de um lado a tecnologia não tem dado respostas aos principais problemas de saúde das populações menos favorecidas, principalmente na zona rural, por outro lado tem contribuído para tornar evidentes os desníveis sociais, e as iniquidades na distribuição de recursos.

E há ainda, o intenso processo de crescimento por que passam as populações localizadas, principalmente nas regiões mais pobres, aliado à precariedade de recursos financeiros disponíveis nas mesmas, tem gerado grandes problemas de saúde à população, e conseqüentemente em suas condições de vida.

No Brasil, desde a instituição pela Constituição Federal de 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS), universal no acesso, igualitário no atendimento assistencial e com equidade na distribuição dos recursos, bem como, da promulgação da Lei n.º 8.080/90 – que regulam em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, ampliou-se os debates e discussões, no que diz respeito não só à evolução dos modelos assistenciais e à organização dos serviços de saúde, como também acerca dos trabalhadores da área de saúde, tendo como foco principal uma melhor qualidade e presteza no atendimento prestado à população.

A própria Carta Magna fundamenta e respalda tais discussões e debates, uma vez que, além de assegurar a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, delega ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, com vistas a atender as novas exigências desse novo modelo assistencial (BRASIL, 1988).

Neste contexto de mudanças não só das práticas de saúde, mas, do próprio aparelho estatal brasileiro, emergem a partir dos anos 1980 também as discussões sobre a importância da criação de ações voltadas à população mais carente, ancoradas em propostas de assistência alternativa, como o emprego de agentes não profissionais, que possuíam pouco conhecimento, no processo de trabalho em saúde.

Desde 1943, seja com a denominação de ajudantes de saúde, ou outra denominação, o Ministério da Saúde, por meio da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), iniciou a formação de auxiliares, visitantes sanitários, guardas de malária e auxiliares de saneamento que realizavam ações de saúde nas áreas assistidas (BASTOS, 1996).¹

Corroborando com essa afirmativa Pereira e Ramos (2006), destacam que a Fundação SESP,

[...] já em seu modelo, possuía uma figura – semelhante em alguns aspectos aos agentes comunitários de saúde – que era denominado visitante sanitário. Este, além de estar ao lado do serviço de enfermagem nas unidades de saúde, realizava atividades em visitas domiciliares e na comunidade. Ele assumia, contudo, o ponto de vista da instituição de saúde, realizando ações e procedimentos relacionados à prática de enfermagem, tendo um perfil diferenciado dos atuais agentes comunitários de saúde (PEREIRA; RAMOS, 2006, p.32).

Portanto, é possível aferir que a utilização de visitantes domiciliares nos serviços de saúde, cujas ações prioritárias eram o atendimento à comunidade em seu domicílio, não é uma prática recente, e tem estado diretamente ligado à promoção da saúde, visto que envolve qualidade de vida, democracia, cidadania, solidariedade e a própria saúde. Ou, como advoga Campos (2006), um trabalho, pautado em práticas expandidas por meio de ações integrativas e ligadas diretamente à comunidade, e não mais na permanência na unidade de saúde aguardando as demandas e necessidades desta.

Surge então a possibilidade de que este trabalhador consiga realizar ações que promovam o fortalecimento da comunidade e ampliem a capacidade desta para o enfrentamento de seus problemas de saúde, bem como, ser capaz de auxiliar, sobremaneira, na mudança de enfoque com vistas à reorganização da assistência à saúde (SANTOS; FRACOLLI, 2010).

No estado do Ceará, no ano de 1987, estratégia semelhante começou a ser utilizada, quando o governador do estado, como parte do Programa de Emergência, e tendo como exemplo, um experimento realizado em um município interiorano, chamado Jucás, autoriza a

¹ Para Bastos (1996) foi a partir daí que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) passou a ser um ator na saúde, ainda que sob a denominação de ajudante de saúde.

contratação de mulheres para desenvolver um trabalho em saúde, cujas atividades visavam não só minimizar alguns dos graves problemas causados pela seca, mas, sobretudo, ações que ajudassem a reduzir os indicadores da saúde infantil, que eram extremamente negativos (ÁVILA, 2011).

Ao que tudo indica a semente, jogada ao solo árido de Jucás, começa a ser cultivada no solo cearense, e após, adubada, começa a florescer, e como toda boa plantaçoão, a dar bons frutos. Foi a partir dessa semente, que surgiu o profissional, hoje, conhecido como Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Nas palavras de Tomaz (2002), além de ser considerada a primeira estratégia abrangente de saúde pública estruturada, essa experiência serviu como modelo para que no ano de 1991, o Ministério da Saúde formatasse uma proposta intitulada Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Tal proposta, incorporada em 1994 no Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF), não só reorganizou a Atenção Básica, como também, incorporou esse trabalhador à equipe de saúde.

A inserção desse trabalhador nos serviços públicos de saúde, o reconhecimento da profissão, bem como, as tarefas que lhe são designadas para o desempenho de sua função, suscitaram inúmeras discussões sobre o seu perfil profissional e a necessidade de uma formação específica e formal. Para definir essa formação, durante o ano de 2003, o MS elaborou, juntamente com gestores estaduais e municipais, trabalhadores, serviços e instituições formadoras, o perfil de competências profissionais necessárias ao ACS, quando do desempenho de suas atividades.

Em 2004, foram aprovados e, portanto, formalmente criados, pela resolução n.º 19/2004, do Conselho Nacional de Educação, os Referenciais Curriculares Nacionais para um curso Técnico voltado à formação desses trabalhadores. O MS propôs uma formação profissional em nível técnico, baseada em itinerários formativos, ou seja, em etapas subsequentes, nas quais o reconhecimento de cada etapa assegura a progressão dos agentes, conforme sua escolaridade (BRASIL, 2004a).

O documento em questão – que será discutido em capítulo posterior – destaca que ao final da formação, o ACS, que atua no âmbito do SUS e cujas ações voltam-se prioritariamente para o cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais, em domicílios e coletividades deverá apresentar um perfil profissional de conclusão que envolva a articulação de competências, a saber,

- Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades.
- Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde.
- Desenvolver ações de promoção social e de desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde.
- Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando à melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública.
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde (BRASIL, 2004a, p.19).

Cada uma das competências listadas expressa uma dimensão da realidade do trabalho do ACS incorporando os três âmbitos da atuação deste profissional², tendo a promoção da saúde e a prevenção de agravos como eixos estruturantes e integradores do processo formativo (BRASIL, 2004a, p. 18). Nesta perspectiva, o curso tem como objetivo de preparar o ACS, para atuar como técnico de nível médio, de forma que o mesmo possa desenvolver “ações de promoção e prevenção de doenças, por meio de processos educativos em saúde, privilegiando o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania, no âmbito social e da saúde” (BRASIL, 2004a, p. 17).

No estado do Ceará, essa formação vem sendo desenvolvida desde o ano de 2005, pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), supostamente em consonância com os Referenciais Curriculares Nacionais do MS, e com as novas propostas curriculares, que desde a década de 1990, foram inseridas nas políticas educacionais brasileiras. Principalmente, as elencadas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996, subsidiadas por uma proposta curricular norteada na abordagem por competências.

Na Saúde, a orientação dos currículos por competência implica a inserção dos estudantes em cenários da prática profissional desde o início dos cursos, o que pressupõe estreita parceria entre instituições formadoras e serviços de saúde. Segundo Lima (2005), é através da contextualização da aprendizagem e da reflexão e teorização com base em situações da prática que se estabelece o processo de ensino-aprendizagem.

² Âmbitos: Mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações; promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes e, promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário (BRASIL, 2004a, p. 19).

Foi nessa intenção, bem como, no intuito de encontrar novas estratégias que possibilitem uma maior integração entre os modelos de organização da atenção à saúde propostos nacionalmente e os programas de ensino, que o Ministério da Saúde incorporou nos Referenciais Conceituais para organização do Sistema de Certificação de Competências do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem (SCC/PROFAE), nos anos 2000, um conceito de competência profissional que remete necessariamente à vinculação entre educação-trabalho:

[...] capacidade de enfrentar — com iniciativa e responsabilidade, guiados por uma inteligência prática do que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores para mobilizar suas capacidades — situações e acontecimentos próprios de um campo profissional (ZARIFIAN *apud* BRASIL, 2000b, p. 10).

Concordamos com Zarifian (BRASIL, 2000b, p.10) quando o mesmo defende que tal aceção implica também a reconceitualização da formação profissional, que deixa de ser a disponibilidade de um “estoque de saberes” para se transformar em “capacidade de ação diante de acontecimentos”.

A partir dessa contextualização do objeto de pesquisa apresentamos as seguintes questões que norteiam o presente estudo: 1) O plano de curso desenhado pela ESP-CE, para o Curso Técnico de ACS, faz a mediação entre os referenciais curriculares nacionais e as atribuições desse profissional? 2) O plano de curso segue os pressupostos desses referenciais? 3) Foi realizada alguma adaptação no plano de curso da escola? 4) Quais as coerências e/ou incoerências entre estes documentos?

Sendo assim, o objetivo geral da pesquisa é analisar como o Currículo do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde da ESP-CE expressa as tendências das Políticas Públicas desse trabalhador da Saúde. Como objetivos específicos, estamos buscando: 1) identificar a existência ou não de possíveis divergências entre o plano de curso de formação do ACS da ESP-CE, o Referencial Curricular Nacional e as atribuições dos ACS do Estado do Ceará. 2) delinear o processo de incorporação do ACS no Estado do Ceará e suas atribuições; 3) analisar o processo de formação do ACS no Estado do Ceará, bem como, 3) discutir a proposta curricular do ACS na Escola de Saúde Pública do Ceará.

E nessa convergência de propósito investigativo, seguiremos um percurso que tem como pano de fundo a dialética como método de conhecimento, em que a partir de um estudo teórico, e análise crítica de documentos e textos, espera-se desvelar os conflitos intrínsecos

ao objeto de estudo, nos seus vários níveis “[...] desde as interpretações até os interesses” (GAMBOA, 2000, p.107).

Estamos cientes de que a opção por esse caminho implica um grande desafio e que ao discutir essa temática, que a nosso ver é de relevância política, social e teórica, expomo-nos a “[...] um conjunto de riscos dos quais o fundamental é o da banalização ou simplificação” (FRIGOTTO, 2000, p, 71-72). Entendemos ser esse o método que melhor se adéqua ao estudo que pretendemos desenvolver, pois, como bem advoga Konder (2016, s/p) ele nos convida “[...] a revermos o passado à luz do que está acontecendo no presente; ele questiona o presente em nome do futuro, o que está sendo em nome do que ‘ainda não é’”.

Pontuamos que enquanto pesquisadora buscou-se ao máximo, seguir os princípios da dialética, considerando que todas as coisas se relacionam e se transformam (totalidade e movimento), não em um processo circular de eterna repetição, mas, pode ocorrer pela acumulação quantitativa (mudança qualitativa) e só sendo possível na contradição, entendida aqui, como unidade e luta dos contrários, em que essa transformação só é razoável porque no seu próprio interior coexistem forças dicotômicas.

Assim, compreendendo que a construção do saber na relação dialética entre perfil profissional e formação, pode fundamentar-se também nos conhecimentos adquiridos na teoria, optamos por trilhar os caminhos da investigação bibliográfica, complementada pela análise dos documentos oficiais que tratam da temática. Afinal, “[...] é preciso ler o que os outros escreveram antes de nós; de certa forma, subir sobre seus ombros para conseguir ver mais além [...]” (POUPART *et al*, 2008, p.134).

Nesse sentido, buscamos conhecer o arcabouço teórico construído por estudiosos da temática, dentre os quais destacamos: Ávila (2006; 2011), Flores (2007), Fonseca (2013), Giugliani (2011), Lavor (2004), Morosini (2009; 2010) e Ramos (2010). A consulta a esse arcabouço teórico, bem como outros citados ao longo do estudo, jorrou uma nova luz sobre o(s) conhecimento(s) já existente(s) acerca do tema pesquisado. Ao tempo que líamos, refletíamos e analisávamos as informações e/ou dados na busca do domínio teórico que pudessem nos ajudar a questão proposta na pesquisa, fomos organizando esse estudo de modo a conectar os três capítulos que o compõe.

No primeiro capítulo, intitulado a Historicidade do Trabalho do ACS no Brasil e no Ceará, apresentamos inicialmente os precedentes internacionais da profissão. Em seguida, os caminhos percorridos por esse profissional no Brasil e no Ceará. Depois discutimos o perfil,

as funções, competências e relações de trabalho do ACS; fazendo menção a duas ferramentas utilizadas pelo mesmo no seu fazer cotidiano.

No segundo capítulo abordamos a questão da Formação em Saúde, a partir das Políticas/Ações Públicas da Saúde e da Educação que produziram o modelo de Educação Profissional de Nível Técnico Hodierno; da Formação dos Profissionais e o Sistema de Saúde Brasileiro e da Formação dos Agentes Comunitários de Saúde, com destaque para a Formação do ACS no Ceará.

O terceiro e último capítulo traz para o campo de discussão o Currículo do ACS na Escola de Saúde Pública do Ceará. Inicialmente, explana-se sobre o currículo e o currículo baseado na Abordagem por Competências (APC) da ESP-CE; o Plano de Curso de Formação de ACS e sua Estrutura Curricular e sobre os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional, especialmente para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Finalizamos com breves considerações acerca do Plano do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde à luz dos Referenciais Curriculares Nacionais.

1 A HISTORICIDADE DO TRABALHO DO ACS NO BRASIL E NO CEARÁ

O trabalho no setor saúde ao longo dos últimos dez anos nos oportunizou participar do processo de formação do profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS). As diversas leituras realizadas sobre temáticas que versam sobre a historicidade da profissão permitem-nos dizer que o mesmo é um trabalhador de relevante importância para a efetivação das políticas de saúde atualmente em vigor, e, sobretudo, para concretizar o direito de todo cidadão brasileiro a uma saúde de qualidade. Tal afirmação pode ser comprovada observando o cotidiano do trabalho realizado pelos ACS, quando ao se inserirem em espaços sociais conseguem minimizar os efeitos negativos da não efetivação de algumas das políticas públicas elaboradas pelo Estado, que por muitas vezes, não consegue atingir os objetivos propostos em sua concretude.

Partindo desse pressuposto, entende-se que para compreender melhor as mudanças ocorridas nessa profissão, que só foi inserida originalmente no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do ano de 1991 e reconhecidas somente em 2002, é imprescindível uma leitura sobre como ocorreu a evolução da mesma, tanto no Brasil como no Estado do Ceará.

Nesse intento, não se pode deixar de destacar algumas experiências internacionais que contribuíram significativamente para a composição histórica dessa profissão e do fazer desse profissional, cujo trabalho, à medida que, prioritariamente, é desenvolvido junto às pessoas e/ou comunidades, inaugurou um novo modelo de fazer saúde, que ultrapassou as barreiras da atenção hospitalocêntrica.

E seguindo a mesma linha, ou seja, oportunizar um maior aprofundamento sobre o ser e o fazer do ACS, discorreremos sobre o perfil, as funções e competências desse profissional; sua vinculação a ESF, bem como, as relações de trabalho a que são submetidos.

Nessa perspectiva, utilizamo-nos dos resultados das pesquisas desenvolvidas por estudiosos da temática, dentre os quais citamos: Ávila (2011), Flores (2007), Giugliani (2011) e Lavor *et al* (2004), e ainda, dados oriundos das leis, documentos e normas produzidas e

institucionalizadas pelo Ministério da Saúde, e de textos que se encontram ligados direta ou indiretamente ao profissional em questão, tais como: Leis n.ºs: 8.080/1990; 8.142/90; 10.507/2002; 11.350/2006; Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB 96 e as Portarias de n.ºs: 1886/GM 1997; 157/GM 1998; 1348/GM 1999; 868/GM 2002. O resultado desse processo é apresentado nos tópicos que seguem.

1.1 PRECEDENTES INTERNACIONAIS

Ao resgatar a história dos trabalhadores da saúde, a partir da Idade Moderna, mas, notadamente nos séculos XVII e XVIII, identificou-se a existência de um labutador da saúde, intitulado de inspetor sanitário, a quem competia entre outras ações, desenvolver uma vigilância, por meio de vistoria diária às residências e aos moradores das cidades; realizar a desinfecção dos domicílios, quando necessário, bem como, fiscalizar os doentes, controlar e comunicar os óbitos que ocorriam, e quando da ocorrência de isolamento em consequência de alguma epidemia, cuidar para que esse fosse cumprido. Essas ações, segundo Foucault, consistiam em uma “[...] prática educativa de natureza normatizadora e disciplinar, que gradativamente foi incorporando funções econômicas, políticas e sociais” (FOUCAULT, 1984 *apud* FLORES, 2007, p.8).

Nesse mesmo período, na Alemanha, na França e na Inglaterra, as experiências que foram retratadas não fogem muito desse trabalho de vigilância e, conforme Semeraro (*apud* FLORES, 2007), não há dúvida sobre o caráter técnico das ações educativas desempenhadas pelos trabalhadores da saúde nessa época, e do entendimento da mesma como uma função ligada ao Estado. A esse trabalhador da saúde denominado Agente de Saúde, competia:

A notificação das causas de morte que seriam apuradas e cuidadosamente contabilizadas; a comunicação e registro de epidemias; o controle e a obrigatoriedade da vacinação (que se dará a partir do século XIX); e a localização e destruição dos focos de insalubridade (FLORES, 2007, p. 10).

Diante do exposto, é perceptível a semelhança desse personagem com o ACS, não só no que tange as funções desempenhadas, mas também pelo âmbito da sua atuação.

No período de 1802 a 1847, quando a Inglaterra promulga diversas leis direcionadas à proteção da saúde dos trabalhadores, novamente aparece a figura de um agente social que inspeciona o cumprimento dessas disposições (FLORES, 2007).

Em 1920, no Canadá, personagem semelhante também figura, dentre os trabalhadores da saúde, agora para auxiliar no movimento de organização comunitária nas Américas. E já há bastante tempo, vem sendo utilizado como estratégia de extensão de cuidados básicos em comunidades rurais e periurbanas na América Latina.

Manzano citado por Peres (2006) ressalta que na China, após a ‘Grande Revolução Cultural Proletária’, ocorrida entre os anos de 1966 e 1969, sobrevieram inúmeras mudanças no país. Nesse período não era permitido que entrassem novos estudantes nas instituições acadêmicas, o que acabou por diminuir o número de profissionais médicos, e, conseqüentemente, as necessidades de saúde da população ficaram comprometidas.

Essa realidade culminou com a contratação de camponeses, que eram capacitados para procederem aos primeiros socorros, em vilarejos e pequenos agrupamentos, agindo como enfermeiros e eram designados ‘ajudantes de saúde’ (ROCHA *apud* ASSUNÇÃO, 2003). Além de cuidar de doenças, esses trabalhadores realizavam ações de educação para a saúde direcionada às crianças, ensinando higiene e cuidados básicos para o corpo, sem deixar suas atividades habituais no campo.

No ano de 1972, em Bangladesh, uma experiência conhecida como *Gonoshastaya Kendra* (GK), contrariando os costumes e normas vigentes da época, era desenvolvida por mulheres que após treinamento percorriam os vilarejos de bicicleta, atuando como ‘paramédicas’ (CHAUDHURY *apud* GIUGLIANI, 2011). Nesse período, havia um forte desejo não só de modificar o papel da mulher na sociedade bengalesa, mas, de iniciar um novo modelo de Atenção Primária à Saúde.

Merece menção também, o destaque que Mehryar citado no estudo de Giugliani (2011), faz aos *behvarzes*³ do Irã, nome pelo qual é conhecido o ACS, e que atuam há mais de 30 anos nas áreas rurais do país, mediante uma remuneração, com resultados satisfatórios no que se refere à redução da mortalidade infantil e materna. Resultados esses comprovados pelas taxas reduzidas desses indicadores, os quais foram apresentados em pesquisas realizadas no período de 1974 a 1996.

Em 1977, o biólogo e educador David Werner, que trabalhou 12 anos com formação de agentes comunitários, chamados por ele de *village health workers*, em comunidades rurais remotas no oeste do México, e após ter visitado quase 40 projetos em comunidades rurais em

³ Aldeões treinados para fornecer serviços básicos de saúde dentro das casas de saúde para um grupo de aproximadamente 1.500 pessoas. Disponível em: <<https://translate.google.com.br/translate?hl=pt->>>. Disponível em: <http://www.parrocchie.it/correggio/ascensione/modello_sanitario_iran.htm&prev=search>. Acesso em: 08 de fev. de 2016.

nove outros países da América Latina, para depreender como ocorria a inserção desse trabalhador na saúde, diz que é um profissional que possuía pouca ou quase nenhuma formação, geralmente morava na comunidade e era selecionado por ela; trabalhava frequentemente em tempo parcial e recebia apoio da própria comunidade. Destaca também que em alguns dos projetos visitados, suas ações reduziam-se a execução de tarefas que os profissionais de saúde com mais anos de formação lhe delegavam (WERNER *apud* GIUGLIANI, 2011).

Tal colocação demonstra que a questão hierárquica, entre os que possuem uma formação acadêmica superior e os que não têm esse nível de formação, além de antiga, é muito presente no fazer do ACS. A hierarquização por titulações tendo como caráter uma análise baseada em critérios academicistas pode revelar que o nível de escolarização tende a ser fator determinante para que se dissolva ou que se enalteçam determinados preconceitos cotidianos oriundos das vivências na profissão. O ACS, na contemporaneidade, ainda acaba por sofrer uma carga significativa de conceitos pré-concebidos sobre seu papel em sociedade. Isso suscita dúvidas sobre qual deve ser o foco maior do seu trabalho: a busca por melhoria de condições de vida para a comunidade e de fomento a sua participação no seu próprio desenvolvimento, ou um mero executor das demandas pertinentes aos serviços de saúde.

Concordamos com Giugliani (2011) quando diz que foi a partir da declaração de Alma-Ata, que o ACS, mesmo que sob outra nomenclatura, passa oficialmente a integrar o quadro de pessoal necessário para erigir a Atenção Primária à Saúde, como uma das estratégias para proteger e promover a saúde e o desenvolvimento da comunidade em todo o mundo. De acordo com a Declaração de Alma-Ata, os cuidados primários de saúde:

[...] baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade – VII, 7 (ALMA-ATA, 1978, s/n).

Ainda segundo Giugliani (2011) embora em alguns países, dentre eles, Botswana, Tanzânia, Etiópia, Colômbia, Jamaica, Índia e Sri Lanka, desde a década de 60, o trabalho do ACS já fosse uma realidade, foi apenas, na “[...] década de 80, que o termo ‘agente comunitário de saúde’ passou a ser usado de forma corrente, contemplando o que havia de

comum entre todos os tipos de trabalhador comunitário experimentados até então [...]” (idem, p. 41). Neste contexto, conclui

[...] que era sim possível assistir as populações menos abastadas e ampliar seu acesso aos cuidados de saúde através do trabalho desenvolvido por pessoas da comunidade, mesmo, com formações de curta duração e que a diversidade de termos usados para denominar a figura do ACS refletia a grande variedade de tarefas que eles executavam (WALT *apud* GIUGLIANI, 2011, p.42).

Não há como contestar que o ACS, ainda que, com terminologias e tarefas diferentes, a depender do momento histórico ou do país onde desempenhava suas funções, possui uma longa trajetória enquanto trabalhador da saúde quer assistindo diretamente as comunidades e indivíduos em suas necessidades de saúde, ou auxiliando profissionais e/ou instituições cujas ações tinham essa mesma finalidade. Sempre desempenharam um relevante papel social, à medida que realizavam suas ações junto às populações com menor nível socioeconômico, contribuíam não só para melhoria das suas condições de vida, mas também para minimizar a desigualdade social.

1.2 OS CAMINHOS PERCORRIDOS PELO ACS NO BRASIL E NO ESTADO DO CEARÁ

Ao recuperar o histórico nacional do profissional ACS, Flores (2007) frisa que tanto na Europa como no Brasil, durante a passagem do século XIX para o século XX, esse personagem esteve presente no processo de institucionalização das práticas de saúde e insinua-se na figura clássica do inspetor sanitário. Segundo o autor, “[...] os sinais mais fortes da emergência desse novo trabalhador manifestam-se na sequência de Políticas e de reformas no campo da saúde desenvolvidas durante o período que se estende de 1920 e 1990 [...]” (idem, p. 12).

Entre os fatos mais importantes que anunciam a definição do ACS no contexto das políticas de saúde, Flores (2007, p.13) aponta que “a institucionalização das práticas de enfermagem e a definição da visita domiciliar de enfermagem como um procedimento de sua competência ocorrida em 1920”. Nesse período, no país, eram desenvolvidas ações sanitárias e o controle de endemias e epidemias como a varíola, malária, febre amarela. Essas práticas eram próprias do modelo campanhista que perdurava no país desde 1900.

Fonseca (2013) destaca que foi também na década de 1920 que no Brasil,

[...] teve início o modelo de previdência social com as caixas de aposentadorias e pensões, passando a se estabelecer uma dicotomia entre as ações de saúde pública e de assistência e que, em certa medida, refletiam uma distinção e uma disputa entre a clínica e a saúde pública (FONSECA, 2013, p. 23).

Como exemplos de práticas desse novo modelo e que influenciaram na profissão do ACS, cita-se as seguintes ações:

Campanha da Erradicação da Malária e a Campanha da Erradicação da Varíola, mediante a ação do Departamento Nacional de Endemias Rurais – DENERU; desenvolvidas por educadores sanitários e por inspetores (Guardinhas) que interviam nos domicílios, caracterizando uma ação desenvolvida nos moldes da polícia médica; A criação do Serviço Especial de Saúde Pública–SESP, e a normatização da visita domiciliar como atribuição da visitadora sanitária na década de 1940; A incorporação do Paradigma da Medicina Comunitária e o desenvolvimento de experiências piloto de Extensão de Cobertura, com a presença de Agentes de Saúde a quem competiam atividades de educação e saúde e mobilização comunitária na década de 70 [...] (FLORES, 2007, p. 13).

Nos anos 1940, quando surgiu o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), havia um trabalhador denominado visitador sanitário que prestava atendimento aos indivíduos e às famílias nas unidades de saúde e nos domicílios. Entre suas ações figuravam, o atendimento

[...] as gestantes e crianças de baixo risco, realizavam visitas a puérperas e recém-nascidos, acompanhavam nascidos vivos e óbitos em menores de um ano e monitoravam pacientes portadores de doenças prevalentes realizando tratamentos supervisionados (SILVA *apud* FLORES, 2007, p. 14).

Nas palavras de Fonseca (2013) esse profissional além de ser diplomado pela escola normal “[...] o que neste período histórico indicava uma posição social de prestígio (p.26)”, recebia durante o período de dezoito meses uma formação em tempo integral que o habilitava não só para o exercício dessa função, mas, também possibilitava sua ascensão ao cargo de educador sanitário no serviço público. Para a autora a atuação desse profissional “influenciou a formulação de propostas nos programas com uma vertente de reorientação da atenção à saúde no Brasil (p.26)”.

Em relação ao trabalho desenvolvido por esse visitador sanitário, Pereira e Ramos (2006, p.32) chamam a atenção para o fato de que este trabalhador, congêneres em alguns aspectos aos ACS de hoje, principalmente ao realizar atividades de visitas domiciliares e na

comunidade “[...] assumia, o ponto de vista da instituição de saúde, realizando ações e procedimentos relacionados à prática de enfermagem, diferindo dos atuais ACS [...]”.

Nesse mesmo contexto, Bastos *apud* Ávila (2011, p. 160) diz que:

O ACS, seja com essa ou outra denominação, já era um ator na saúde, particularmente no Brasil, desde 1943, pois o Ministério da Saúde, por meio da Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública, formava auxiliares, visitantes sanitários, guardas da malária e auxiliares de saneamento, que realizavam ações de saúde nas áreas desassistidas.

Mediante a colocação acima, é possível dizer que a ideia de um profissional da saúde, com características próximas as do ACS, como se conhece hoje, começava a florescer.

Voltando ao percurso histórico do qual trata esse item, destaca-se que na metade dos anos 70, até o final dos anos 1980, diante dos graves problemas sociais do país, urgia a necessidade de se pensar, em um novo modelo de Estado, cujo projeto político tivesse “[...] o respaldo consensual do conjunto ou da maioria da sociedade, [...] onde a supremacia da classe no poder não se desse por meio da dominação, mas, através do [...] consenso ativo dos governados para uma proposta abrangente formulada pelos governantes⁴” (COUTINHO, 2006, p.82). Por conseguinte, um Estado em que os interesses públicos prevalecessem sobre os individuais e a democracia fosse uma realidade de fato. Para tanto, segmentos representativos das classes populares começaram a se organizar, para modificar a realidade existente, defendendo como prioritário a ampliação de mecanismos de participação das mesmas nas decisões do Governo (COUTINHO, 2006).

Nos parece correto dizer que esse processo foi um dos fatores preponderantes para que, no setor saúde, os movimentos da medicina social e populares de saúde, que lutavam em prol de melhores condições de vida para a população brasileira, ao advogarem em defesa de um projeto alternativo de sociedade e pela ampliação dos direitos dessa mesma sociedade junto ao Estado, fossem protagonistas do movimento conhecido como Reforma Sanitária, que conseguiu garantir na Carta Magna de 1988, a saúde como direito de todos e dever do Estado (VIEIRA, 2011).

⁴ O que Gramsci citado por Coutinho (2006) denominava de um dos modos de se obter hegemonia.

Iniciava-se assim, um novo modelo de gestão das políticas de saúde: o modelo comunitário, que tinha como objetivo não só minimizar a crise presente no setor saúde, mas, também, ter na comunidade, no local, seu principal foco de atuação.

Conforme Lavor *et al* (2004), trabalhar tendo como foco a comunidade, era uma ação que já vinha sendo executada pela Universidade de Brasília em parceria com o Hospital Escola de Sobradinho (DF), ao trabalhar a saúde fora do hospital durante o final da década de 1960 e durante os três primeiros anos da década de 1970 (1969 a 1973).

Não se pode deixar de fazer menção, a outros dois programas de saúde que tinham também o foco na comunidade. Os programas de saúde do Centro Executivo Regional do Vale do Jequitinhonha, em Diamantina (1971) e o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, em Montes Claros (1975). Ambos na opinião de Santos, Pierantoni e Silva (2010), foram experiências originais e singulares de construção coletiva de um novo modelo de organização de serviços.

O Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas (projeto Montes Claros) foi uma das principais referências da Reforma Sanitária Brasileira. Nesse experimento, os auxiliares de saúde, selecionados entre moradores da comunidade faziam visitas domiciliares durante as quais realizavam ações de saúde preventivas e atuavam como agentes mobilizadores da comunidade, no sentido de sensibilizá-la para a importância de sua participação nas decisões locais. Quanto às ações educativas, desenvolvidas por estes auxiliares, vale dizer que,

[...] se organizavam em torno de orientação ao trabalho das parteiras, reforço ao uso da medicina popular caseira com a utilização dos chás, orientação alimentar utilizando os produtos da região, orientação em puericultura e amamentação natural, visita domiciliar, consultas coletivas, dentre outras. (SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010, p. 1169).

O Projeto Montes Claros foi referência para a elaboração do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), considerada a primeira experiência de extensão de serviços de medicina simplificada para a zona rural do país. Pensada inicialmente para a Região Nordeste (1976 a 1979), acabou por ser implantado em todo o país, ao tempo que, incluiu em sua área de abrangência, o Programa de Expansão de Serviços Básicos de Saúde, desenvolvido em uma área rural de São Paulo, Vale do Ribeira, o DEVALE, terminologia que o identifica nacionalmente.

Dentre outras estratégias, o projeto previa a extensão de atividades de assistência primária à população residente na periferia dos centros urbanos e na zona rural, mediante a instalação de postos de saúde operados por agentes, recrutados na própria comunidade (SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010, p. 1170-1171).

As autoras citadas destacam que, nesse momento, os agentes de saúde, não só eram “[...] indicados a partir de critérios estabelecidos pela comunidade, selecionados e recrutados nas localidades [...]”, como também eram pessoas que já haviam desempenhado anteriormente funções análogas as quais iriam desenvolver, ou já tinham experiência com o trabalho comunitário, voluntário ou informal, em instituições diversas (p.1171).

Santos, Pierantoni e Silva (2010, p. 1171), a partir de Silva e Dalmaso (2002), elencam algumas das ações desenvolvidas por esse trabalhador, quais sejam:

Atender as queixas ou problemas individuais, desenvolver atividades comunitárias, fazer curativos, realizar vacinação, executar diagnósticos e tratamentos de doenças mais comuns, atendimento à criança e à gestante, encaminhamentos e primeiros-socorros.

Em suma, o agente DEVALE, deveria,

[...] desenvolver tanto, ações, de cunho mais técnico, como atendimento aos indivíduos e famílias, intervenção para a promoção da saúde e monitoramento de grupos ou problemas específicos, como ações mais políticas de organização da comunidade para transformações sociais nas estruturas vigentes [...] (SILVA; DALMASO *apud* SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010, p. 1172).

É importante enfatizar que também na década de 1970, com o intuito de solucionar determinadas questões sociais prioritárias e urgentes – sendo a saúde considerada a questão primeira – alguns projetos foram desenvolvidos em municípios de Minas Gerais, Paraná e São Paulo, seguindo os preceitos da Atenção Primária em Saúde. “Desenvolveram-se em âmbito local, entre eles o do ACS, que executavam ações similares as ações exercidas por esse profissional na atualidade” (SILVA; DALMASO, 2002 *apud* SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010, p.1168).

No período de 1974 a 1978, a Fundação Hospitalar e a Fundação do Serviço Social do Distrito Federal, juntamente com a Universidade de Brasília e com o Hospital Escola de Sobradinho iniciaram o Projeto Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina, que se propunha a trabalhar a saúde, rompendo com o modelo tradicional operacionalizado pelos serviços de saúde, no qual não havia uma preocupação com a realidade e necessidades de saúde da população e da região a ser atendida. Nesse sentido, esse projeto preparou os

‘auxiliares de saúde’ – que possuíam ensino fundamental – para atuar junto às comunidades rurais e urbanas, dispendo para tanto de 23 auxiliares de saúde (LAVOR *et al*, 2004).

Surgiam assim os primeiros embriões dos futuros Agentes Comunitários de Saúde do Ceará, pois, foi a partir da experiência adquirida nesse projeto e dos preceitos do trabalho desenvolvido na cidade de Planaltina, do qual fez parte, que o médico sanitarista Carlile Lavor, em 1979, iniciou no Estado do Ceará, mais especificamente no município de Jucás⁵, um programa que, tal como o de Planaltina, utilizava ‘auxiliares de saúde’ para desenvolver ações de cuidados à saúde junto às comunidades e às famílias do município. Essa experiência foi estendida inicialmente para 14 municípios do sertão cearense.

Também em 1979, em Petrópolis, Rio de Janeiro, uma ordem religiosa católica integrada por mulheres, iniciou uma experiência de educação popular pela formação de agentes comunitários de saúde. “Essa formação mais tarde (1984), passou a ser apoiada pela prefeitura através da Secretaria Municipal de Saúde” (DAVID *apud* SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010). Com a criação da Pastoral da Criança em 1983, primeira experiência em maior escala com trabalhadores comunitários de saúde, cujos voluntários realizavam visitas domiciliares às famílias brasileiras mais necessitadas, surgia uma ampla e potente rede de solidariedade ancorada no binômio, fé e vida.

A Pastoral da Criança tem em seu projeto social a busca por ofertar serviços que atinjam a caridade, a justiça e a paz. Nesse sentido, busca o desenvolvimento integral das crianças em seu ambiente familiar e social. Nisso, a Pastoral da Criança está imbuída nas ações diárias dos ACS, tendo em vista que se destacam ações através de visitas temporais às famílias, trabalhando aspectos essenciais ao desenvolvimento humano, tais como: a conscientização dos sujeitos sobre direitos e deveres, a dimensão do desenvolvimento infantil de maneira plena, além de orientações sobre higiene e saúde, tidas nos trabalhos de ambas as instituições.

Mesmo reconhecendo, o importante papel desempenhado por esses voluntários, no atendimento às necessidades das famílias, a exemplo de Santos, Pierantoni e Silva (2010, p.1173) entendemos que,

⁵ Criado em 23/12/1823, Jucás que em tupi significa ‘matar’, fica situado na região centro-sul do Estado do Ceará, e distante da capital, do Estado, Fortaleza, 414,1 km. Disponível em:<<http://www.opovo.com.br/ceara/jucas/>>. Acesso em: 31 de jan. de 2016.

[...] esses agentes, comparados aos atuais agentes comunitários de saúde, agem movidos pela força da fé e da religião, realizam trabalho voluntário e sem remuneração, cuidam de problemas sociais, financeiros, morais e até comportamentais das famílias. O trabalho que desenvolvem não é gerenciado, supervisionado e avaliado pelo sistema oficial de saúde, embora o influencie e seja por ele influenciado [...].

Nesse momento, entende-se ser importante abrirmos um parêntese, para lembrarmos como bem destaca Fonseca (2013) que mesmo de forma restrita e sem subsídios suficientes para maiores ponderações sobre o modo como o trabalhador ACS era pensado no conjunto de mudanças que se propugnava no âmbito da Reforma Sanitária, no relatório final da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, realizada em 1986, “já havia não só uma menção ao trabalho comunitário, como também alusão ao próprio ACS (p. 30)”, uma vez que consta uma recomendação de “[...] incorporação dos agentes populares de saúde como pessoal remunerado, sob a coordenação do nível local do Sistema Único de Saúde, para trabalhar em educação para a saúde e cuidados primários” (BRASIL, 1986a, p.12), e a sugestão de revisão da “[...] questão do agente comunitário e sua inclusão, sem distorções, como articulador entre comunidade e os serviços de saúde, evitando o confuso repasse de responsabilidades (BRASIL, 1986b, p. 48)”.

Em 1987, a fim de assistir as vítimas da seca de 1983, o Ceará criou um programa emergencial no atendimento a essas pessoas. Com a seca decorreu um conjunto de problemas que marcou a nossa realidade social e política, e, conseqüentemente influenciou para a formação do profissional ACS. Do ponto de vista social, a seca pode ser responsabilizada pelas situações de fome extrema, miséria, mortalidade infantil, etc. Do ponto de vista político, a seca é responsável entre outras coisas, pela criação dos empregos temporários nas ‘frentes de trabalho’. Esses empregos foram pensados e destinados às “[...] mulheres pobres responsáveis pelo sustento da casa [...]” (LAVOR *et al* 2004, p.122), sendo selecionadas aquelas que eram mais comunicativas e tinham bons relacionamentos com seus vizinhos, não importando seu nível instrucional.

Foram recrutadas e contratadas para desenvolver esse trabalho emergencial, conhecido como ‘Frente da Seca’, 6.113 pessoas (95% eram mulheres), de 118 municípios do sertão para trabalhar como agentes de saúde e 25 enfermeiras para supervisionar o trabalho dessas pessoas. Esses agentes de saúde recebiam um treinamento muito breve, de 15 dias, e trabalharam por um período de seis a 12 meses, promovendo cuidados de saúde, tais como,

incentivo ao aleitamento materno, reidratação oral e vacinação, direcionados prioritariamente, a mães e a crianças (GIUGLIANI, 2011).

De forma resumida o médico Carlile Lavor, explica a experiência,

[...] surgiu uma seca no Ceará e houve a necessidade de empregar as pessoas que estavam sem emprego e passando fome. Então, sugerimos a ideia de empregar mulheres. Sempre nas emergências se empregam os homens, mas há muitas mulheres que não têm marido, que são as donas da casa. Então sugerimos empregar 6 mil mulheres, que era o cálculo que a gente tinha feito de agentes de saúde necessários para o estado. Foram selecionadas 6 mil mulheres dentre aquelas mais pobres do estado, que eram escolhidas por um comitê formado por trabalhadores, igreja, representantes do estado e município. A gente definiu coisas muito simples e que eram muito importantes para a saúde, como conseguir vacinar todos os meninos, achar todas as gestantes e levar para o médico, ensinar a usar o soro oral. Assim, dentro de quatro meses, treinamos 6 mil mulheres sem nenhuma qualificação profissional. E o mais importante é que fossem pessoas que a comunidade reconhecia, mulheres que merecessem o respeito da comunidade. Assim foi o início do trabalho. Cessou o programa de emergência de atendimento à seca que tinha 200 mil trabalhadores. Mas essas mulheres da saúde foram as únicas que continuaram a trabalhar, porque o sucesso foi grande demais (NOGUEIRA; SILVA e RAMOS, 2000, p.4-5).

O trabalho dessas mulheres influenciou sobremaneira nos indicadores de saúde do Estado do Ceará, tanto que mesmo findo o ‘programa emergencial’, no ano de 1988, de forma duradoura, foi iniciado o Programa de Agentes de Saúde (PAS), e, a maioria das mulheres que trabalharam no projeto piloto foi aproveitada de modo que seu forte vínculo comunitário terminou por influenciar os serviços de saúde do Estado.

Daí em diante, os Agentes Comunitários, com sua criatividade em pouco tempo transformaram o Ceará, que apresentava a mais baixa cobertura de crianças imunizadas, em campeão nacional de cobertura vacinal. Praticamente desapareceu o parto desassistido na zona rural, “[...] as mães voltaram a amamentar seus filhos e os sinos diminuíram o toque que anunciava a viagem de um anjinho para o céu [...]” (LAVOR *et al* 2004, p.123).

Essa realidade foi confirmada pelos resultados apresentados na primeira avaliação feita do programa, através da Pesquisa Sobre Saúde Materno-Infantil no Estado do Ceará, realizada em 1990, incluindo 2.861 crianças menores de três anos e 8.561 mulheres. Na ocasião foram pesquisados e comparados os resultados dos indicadores de saúde apresentados, no período de três anos (1988 a 1990), em sete municípios onde o ACS atuava, e em dezessete onde não havia a presença desse trabalhador (GIUGLIANI, 2011).

Os dados coletados demonstraram que nos municípios onde os ACS atuavam, tanto a mortalidade infantil, como os óbitos por diarreia e pós-neonatais diminuíram

significativamente. Ainda que os fatores que influenciaram para os referidos resultados, não tenham sido explicados com clareza na pesquisa, há menção como causa provável uma maior cobertura das ações primárias de saúde no Ceará.

O trabalho desempenhado pelos ACS foi fundamental para que no início dos anos 1990 surgisse o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), anteriormente chamado de Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS). O mesmo só foi instituído e regulamentado, pelo Ministério da Saúde efetivamente em 1997, e estabelecidas suas primeiras normas e diretrizes – portaria n.º 1.886/97 (BRASIL, 1997c). Cabe dizer que, nesse período, o processo de descentralização dos recursos na esfera do SUS, começava a se estabilizar.

Morosini, Corbo e Guimarães (2007) pontuam que

Inicialmente, o PACS focalizou a questão da assistência ao grupo materno infantil expandindo posteriormente sua abrangência para o apoio à organização da atenção básica em saúde nos municípios. Assim, naquele momento, o elenco de ações básicas de saúde propostas para o ACS estava mais fortemente vinculado à melhoria da saúde das gestantes e crianças do que à atenção às necessidades de saúde da população como um todo. Da mesma forma, tais atividades tinham prioridade de execução em relação àquelas relacionadas à coleta e alimentação de dados primários de saúde que poderiam contribuir para a identificação das causas e determinantes das condições de saúde da população adscrita. Posteriormente, com a entrada da cólera no país, o programa passou a dar mais ênfase aos procedimentos relacionados ao controle e à prevenção desta doença (MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007, p. 265).

Com relação à expansão do PACS, os estudos de Sousa (2003) e Campos (2006) ressaltam que a mesma ocorreu, primeiramente, nas regiões Nordeste e Norte do país, principalmente, na periferia das capitais e nas áreas carentes, com a finalidade de contribuir para a redução dos elevados indicadores de morbimortalidade materno-infantil, para somente, depois ser extensivo a todo o território nacional. Bornstein e Navarro (2008), dizem que essa experiência, considerada muito bem-sucedida, serviu de modelo para a implementação do PACS em âmbito nacional, passando a fazer parte das Políticas Públicas Federais.

De acordo com as normas e diretrizes, o PACS teve como objetivo incorporar ao SUS os ACS com a finalidade de desenvolver ações básicas de saúde e identificar os fatores determinantes do processo saúde/doença. Além de desencadear ações de promoção de saúde e prevenção de doença, objetivavam incrementar a participação da comunidade, contribuindo assim para a organização e autonomia local, visando à melhoria da qualidade de vida das famílias, a reorganização dos Sistemas Locais de Saúde e aglutinar forças sociais para viabilizar a criação e/ou efetivação dos Conselhos Municipais de Saúde.

Na prática, os ACS acabam por transformar de maneira efetiva os contextos sociais onde se inserem, dando mais um subsídio para a prevenção de determinadas doenças, com a efetivação de ações cotidianas nos focos de surgimento onde as mesmas acabam por se desenvolver (ANDRADE, 1998). Nisso, em prática, as famílias subsidiadas por tal forma de atuação, sentem-se efetivamente seguras no que concerne à melhoria de sua condição de vida.

Para Theisen (2004), os princípios que geraram a ideia do PACS foram a ampliação da capacidade da população de cuidar da sua saúde, e, sobretudo, servir de estímulo à mobilização e à organização das comunidades. Há determinados diálogos teorizados que refletem sobre a premissa de que, na verdade, não houve uma efetiva ampliação da capacidade da população em cuidar de si, em relação à sua própria saúde. Essa linha de raciocínio acredita que a população não tinha conhecimento suficiente que pudesse garantir a sua garantia mínima de saúde. Tais correntes teóricas dialogam na a ótica de um olhar engessado sobre as práticas de saúde “não curricularizadas”, onde dentro de um meio social se prima pela sobrevivência em relação às mazelas sociais que se originam. A população ao longo de sua existência sabe como proteger-se, mesmo com a quase completa inoperância do Estado para a garantia concreta de tal aspecto.

O referido autor destaca ainda que a inserção do ACS como força de trabalho no SUS contribuiu para a prestação de cuidados primários de saúde, e não só aumentou a cobertura do atendimento à população, como também coadjuvou significativamente para que o Ministério da Saúde efetivasse o processo de municipalização da saúde.

A repercussão do trabalho do ACS e os resultados advindos do mesmo ultrapassaram os limites nacionais, suscitando estudos internacionais. O primeiro foi realizado em 1993, e é resultante da dissertação de mestrado de Sara Freedhein, intitulada: ‘Por que menos sinos dobram no Ceará: O sucesso de um Programa de Agentes de Saúde Comunitário no Ceará’ (FREEDHEIN, 1993). O segundo, que recebeu o título de ‘Bom Governo nos trópicos: uma visão crítica’ foi desenvolvido por Judite Tandler, em 1998 (TENDLER, 1998).

Os resultados positivos aliados à repercussão internacional do programa, já extensivo a todos os Estados do Nordeste, influenciaram sobremodo, para que em 1993, o povo e o Estado do Ceará fossem agraciados pelo Fundo Nacional das Nações Unidas (UNICEF) com o prêmio *Maurice Award Pate*, como reconhecimento pelos esforços de proteção à criança.

Com o novo programa de saúde pública, envolvendo um exército de baixo custo de trabalhadores de saúde, estado do Ceará está mostrando Brasil que, mesmo em tempos de mortalidade infantil austeridade econômica podem ser cortados. Em quatro anos, Ceará, um dos mais pobres de estados do nordeste do Brasil, reduziu sua taxa de mortalidade infantil em cerca de um terço (BROOKE, 1993, s/p).

E foi subsidiado no êxito do PACS, que o Ministério da Saúde (MS) formulou a proposta do Programa Saúde da Família (PSF). Andrade (1998), diz que foi a partir da experiência do PACS, agora expansiva a outros Estados brasileiros, que surgiu e se expandiu a primeira proposta sobre Saúde da Família, para ser discutida em reunião no MS em 1993⁶, com representantes da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e do UNICEF, entre outros.

Favoreto (*apud* ÁVILA, 2011), também considera que o PACS, por suas características de enfoque nas relações comunidade/família/indivíduo, por ter sido um instrumento na reorganização da atenção básica, trabalhando por área de cobertura e ação preventiva, foi uma etapa transitória do PSF.

Viana e Dal Poz (1998) ressaltam que o PSF teve início em 1991, quando o MS formulou o PACS. Naquele momento, as discussões no interior do setor, passaram a focar a família como unidade de ação programática de saúde. O programa introduziu uma visão ativa de intervenção em saúde, agindo na demanda preventivamente, enfocando a saúde e não apenas a intervenção médica. Consideram, ainda que, o PSF foi proposto como uma das estratégias para fortalecer e possibilitar a concretização dos princípios do SUS, universalidade, integralidade e equidade; e das diretrizes de descentralização e participação da comunidade.

É possível dizer que o objetivo do PSF é a remodelação da prática assistencial em novas bases e critérios, permitindo que o modelo tradicional de assistência, centrado no hospital e voltado prioritariamente para a cura de doenças, fosse substituído. Centra sua atenção na família, que precisa ser compreendida considerando todo o contexto no qual se encontra inserida, física e socialmente, o que possibilita às equipes do programa uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, cujo processo interventivo seja para além das práticas curativas, levando a saúde para mais perto da família, e com isso, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 1997b).

⁶ Tal proposta, conforme relatam Viana e Dal Poz (1998) teve suas diretrizes firmadas em documento oficial em setembro de 1994.

Em outras palavras, com a instituição do PSF, objetiva-se atender as necessidades em saúde de forma totalizadora, entendendo-as não apenas como carências fisiopatológicas, visando à modificação do processo de trabalho em saúde e a humanização da assistência.

Conforme o MS, embora rotulado como programa de saúde da família,

[...] por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997b, p.8).

Essa nova concepção de se trabalhar saúde, pressupõe que os profissionais da saúde, dentre eles o ACS relativize seu conhecimento na busca de uma melhor compreensão do indivíduo, da coletividade e da realidade na qual o mesmo encontra-se inserido, isto porque considera que é somente a partir desse empoderamento que será possível intervir de forma consciente. A natureza do compromisso dos profissionais de saúde da família com a comunidade implica também em prestar-lhe cuidados continuados (BRASIL, 2000a).

Em relação à inserção desse profissional o referido programa Fonseca (2013, p. 40) escreve que nesse momento:

[...] duas questões importantes, de caráter socioeconômico, estiveram imbricadas no contexto. Trata-se do desemprego estrutural característico da crise do sistema capitalista que predominou nas décadas de 1980 e 1990 e da retração da face pública do Estado, marca da reforma neoliberal que redesenhou o papel do Estado na sociedade brasileira.

Em 2006, na primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da portaria de n.º 648/2006, o MS promoveu a mudança de programa para estratégia, e destaca que a Estratégia Saúde da Família (ESF) “[...] visa à reorganização da Atenção Básica (AB) no País, de acordo com os preceitos do SUS” (BRASIL, 2007b, p. 22).

Em 2011, a nova PNAB, oficializada pela portaria de n.º 2.488/2011 procede a uma revisão das diretrizes e normas para a organização da AB, da ESF e o PACS, destacando que a ESF é uma:

[...] estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012, p. 54).

O exposto até aqui nos permite colocar que, dentro das políticas de saúde, o ACS é responsável por vincular a comunidade ao sistema de saúde. Tal afirmação encontra respaldo nas palavras de Silva e Dalmaso (2002) que dizem que esse trabalhador da saúde tem a função e o papel de elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Essa posição estratégica de mediador, segundo Nunes *et al.* (2002) à medida que os insere de maneira privilegiada na dinâmica de inserção e estabilização do novo modelo de saúde, atribui-lhes um caráter híbrido e polifônico.

O ACS é pensado como profissional que determina sua prática dentro de uma estratégia de organização em um atendimento com total atenção, tendo em seu mapa de atuação o âmbito do programa de saúde da família. Com isso, há um alinhamento na forma de vínculo, de formação do quadro efetivo de pessoal, configurando a concretude de uma política de política de reorganização da atenção à saúde em território nacional (MOROSINI, 2009).

Para uma melhor visualização do percurso histórico desse profissional, apresentamos a seguir um quadro no qual, elencamos além dos marcos históricos citados, outros acontecimentos, que acreditamos interferiram direta ou indiretamente na profissão, no ser e no fazer desse trabalhador da saúde.

Quadro 01: Histórico do Agente Comunitário de Saúde

HISTÓRICO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE		
Data	Local	Acontecimento
1969-1973	Universidade de Brasília	• Hospital Escola de Sobradinho DF: a necessidade de trabalhar a saúde fora do hospital.
1974-1978	Universidade de Brasília	• Programa Integrado de Saúde Comunitária de Planaltina DF: convênio com a Fundação Hospitalar e a Fundação do Serviço Social do Distrito Federal que dispôs 23 auxiliares de saúde, visitando toda a população urbana e rural.
1979-1986	Jucás – CE FEBEM – CE	• Adaptação do trabalho do auxiliar de saúde que foi desenvolvida em Brasília para a Região.
1980-1986	Secretaria da Saúde – CE	• Região de Iguatu: trabalho com orientadores de saúde e saneamento e visitadoras em 14 municípios.
1986	Ceará	• Agentes de Saúde inseridos no Programa do Governador Tasso Jereissati.
1987	Secretaria da Saúde – CE	• Grupo de trabalho preparatório para iniciar o programa. Participação de outras instituições – Secretaria de Ação Social, LBA, INAMPS e FUNASA.
1987-1988	Ceará	• 6.000 Agentes de Saúde no atendimento emergencial às vítimas da seca.

1988	Secretaria da Saúde – CE	• Criação do Programa: “Agentes de Saúde”.
1989	Iguatu – CE	• Início da Avaliação Mensal do trabalho dos Agentes de Saúde.
1990	UNICEF	• Publicação do trabalho "Agentes de Saúde do Ceará": estudo de caso.
1991	Ceará	• Programa alcança 4.000 Agentes de Saúde.
1991	Ministério da Saúde	• Extensão do Programa: “Agentes Comunitários de Saúde” a todos os Estados do Nordeste.
1993	UNICEF	• Um Agente de Saúde do Ceará integra a equipe que recebe o prêmio <i>Maurice Pate</i> na sede da ONU, em Nova York.
1994	Brasil	• Início do PSF em Quixadá, Beberibe, Iguatu, Jucás, Santana do Acaraú, Itapiúna, Fortim, Icapuí, Icó e Iracema e outros municípios do Ceará e do Brasil.
1994	Ceará	• Avaliação Mensal dos ACS cobre os 183 municípios do interior.
1995-1997	Ceará	• Mapeamento das crianças fora da escola e mobilização dos pais, professores e prefeitos pela escolaridade.
1998	Ceará	• Programa “Tempo de Avançar” chama o ACS para a escola: início da primeira turma em Russas.
2002	Brasil	• Lei Federal reconhece a profissão do Agente Comunitário de Saúde.
2002-2003	Sobral – CE	• Curso Sequencial para ACS com duas turmas de 30 alunos.
2003	Ministério da Saúde	• Mobilização para a Qualificação Básica dos 176.000 ACS, prevista na Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.
2003	Escola de Saúde Pública do Ceará	• Reuniões em todas as microrregiões para discussão sobre o Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde, com participação dos secretários e outros técnicos do município, do estado e representantes dos ACS.
2004	Tauá – CE	• A Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE inicia em fase experimental, a formação Técnica dos 105 Agentes Comunitários de Saúde de Tauá-CE e a Assinatura do Convênio para realização do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde no Estado do Ceará entre o Ministério da Saúde e a Escola de Saúde Pública do Ceará).
2004	Escola de Saúde Pública do Ceará	• Conclusão da Proposta para a realização do Curso Técnico para Agentes Comunitários de Saúde.
2005	Escola de Saúde Pública do Ceará	• Início do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS).
2006	Governo do Estado do Ceará - ESP	• Revogação da Lei 10.507; • Ministério da Saúde: Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006; • Estadualização do ACS no Ceará; • Curso Técnico de ACS em 117 municípios com 5.228 ACS inscritos.

2008	MS	<ul style="list-style-type: none"> • A Portaria Nº 1.234/GM, de 19 de junho - resolve fixar em R\$ 651,00 (seiscentos e cinquenta e um reais) por Agente Comunitário de Saúde (ACS), a cada mês, o valor do Incentivo Financeiro referente aos ACS das estratégias Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família.
2009	MS	<ul style="list-style-type: none"> • A Portaria Nº 1.234/GM, de 19 de junho de 2008, entra em vigor em julho de 2009
2010	MS	<ul style="list-style-type: none"> • A Portaria nº 2.008/GM/MS, de 1º de setembro de 2009 resolve fixar em R\$ 714,00 (setecentos e quatorze reais) por Agente Comunitário de Saúde ACS, a cada mês, o valor do Incentivo Financeiro referente aos Agentes Comunitários de Saúde das estratégias, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. • A Portaria Nº 3.178, de 19 de outubro - revisa o valor estabelecido para o incentivo de custeio, definido pela Portaria Nº 2.008/GM/MS, de 1º de setembro de 2009, onde resolve fixar em R\$ 714,00 (setecentos e quatorze reais) o valor do Incentivo Financeiro.
2011	MS	<ul style="list-style-type: none"> • A Portaria Nº 2.488, de 21 e outubro de 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
2011	SINDACS de alguns Estados	<ul style="list-style-type: none"> • Criação da Federação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias – CONASC.
2012	CONASC	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização junto ao MS para conquista do Piso Salarial.
2013	MS	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovada a portaria nº 260 de 21 de fevereiro – fixando o incentivo de custeio referente à implantação de Agentes de Saúde – R\$ 950.00 (novecentos e cinquenta reais).
2014	MS	<ul style="list-style-type: none"> • Lei n.º 12.994 de 17 de junho – Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias (O piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias é fixado no valor de R\$ 1.014,00 mensais).
2015	MS	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto n.º 8.474 de 22 de junho - Regulamenta o disposto no § 1º do art. 9º-C e no § 1º do art. 9º-D da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias.

Fonte: Ceará (2015)

Importante salientar que apesar de o programa ter sido efetivado em todo o estado do Ceará, até o final do ano de 2016, apenas no município de Tauá ocorreu à formação completa

desse profissional e com verba pública municipal própria. Tal fato demonstra a relação entre o setor público e a demanda social tida no espaço de tempo que se pensou na criação do profissional de ACS. Ao que tudo indica a esfera pública, seja por sua pequenez de pensamento, ou talvez por inoperância gestora, insiste em não atender de maneira efetiva a demanda social que surge quase que ininterruptamente.

1.3 PERFIL, FUNÇÕES E AS COMPETÊNCIAS DO ACS

A Portaria GM/MS n.º 1.886, de 18 de dezembro de 1997 (BRASIL, 1997c), estabelece trinta e três atribuições básicas a serem exercidas pelo ACS nas suas áreas territoriais de abrangência, que vão desde cadastramento das famílias à busca ativa das doenças infecto-contagiosas. Para tanto ao ACS caberia fazer o acompanhamento de 400 a 750 pessoas em suas residências e/ou nas instituições da comunidade, obedecendo às necessidades locais.

Acreditamos haver um número excessivo de atividades a serem desempenhadas por esse profissional. Tal constatação se apoia em Nogueira, Silva e Ramos (2000), uma vez que destacam que esse profissional, mesmo não sendo um especialista e não atuando em uma área específica, ao desenvolver suas atividades, além dos cuidados de saúde às pessoas, ao orientá-las e informá-las desenvolve também um trabalho de educação, diferenciando-se assim dos demais profissionais de saúde, o que o caracterizaria como um trabalhador *sui generis*.

Importante dizer que, conforme a portaria n.º 1.886/97, ainda que integrante da equipe saúde da família, o ACS só pode desenvolver suas atividades nas residências e na comunidade, não sendo permitido trabalhar ou exercer suas atividades no interior das unidades básicas de saúde. Contudo, com a institucionalização da portaria n.º 648/2006⁷, passou a ser permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que essas estivessem vinculadas às atribuições que lhe são pertinentes e definidas na referida portaria (BRASIL, 2007b).

Mesmo após a publicação da lei n.º 10.507/2002, revogada pela lei e n.º 11.350/2006, as atribuições dos ACS não sofrem alterações, já que as referidas leis não fazem nenhuma menção específica às atribuições que serão desenvolvidas pelo mesmo, deixando a cargo do

⁷ Revogada pela portaria 2.488/2011, atualmente em vigor, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Ministério da Saúde definir quais seriam os serviços a serem prestados por esse profissional (BRASIL, 2002 e 2006a).

A lei n.º 11.350/2006, visando assegurar uma unificação das ações desse profissional em todo país, em seu artigo 3.º, em parágrafo específico, define ser função do ACS, o exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, operacionalizadas em consonância com as normas do SUS. No que se refere à supervisão dessas ações, a lei define que é de responsabilidade do representante executivo do SUS, ou seja, do gestor local.

Nesse mesmo sentido, encontra-se o conteúdo não só da portaria GM/MS n.º 1.886/97, que elenca as atribuições do ACS, como também do decreto n.º 3.189/99 que define as diretrizes para o exercício das atividades desse trabalhador. Ambos os documentos, conforme a versão preliminar do Perfil de Competências Profissionais do ACS (BRASIL, 2003), organizado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde, enumera as ações a serem desempenhadas por esse profissional, centradas na

[...] promoção da saúde seja pela prevenção de doenças, seja pela mobilização de recursos e práticas sociais de promoção da vida e cidadania ou mesmo pela orientação de indivíduos, grupos e populações com características de educação popular em saúde, acompanhamento de famílias e apoio sócio educativo (BRASIL, 2003, p.14).

Diante de tais diretrizes, não há dúvida de que houve uma mudança no perfil elencado inicialmente para esse trabalhador, pois, no desempenho de sua função, passa a incorporar novas ações, que ultrapassam não só a dimensão político-social, como também de ordem técnico-assistencial. Consequentemente exige novos saberes, novos modos de fazer e ser.

Supõe-se que as competências específicas que compõem o perfil profissional do ACS, foram concebidas a partir desse olhar, considerando as singularidades e especificidades do seu trabalho, ou seja, as competências a serem desenvolvidas pelo mesmo, expressas por meio dos conhecimentos (*saber conhecer*), atitudes e valores (*saber ser*), habilidades e práticas (*saber-fazer*) e na interação com os outros (*saber conviver*).

Todavia, ao que tudo indica, quando da composição das competências que comporão o perfil profissional do ACS, mesmo sendo descritas as habilidades e os conhecimentos necessários para que o mesmo desempenhe com qualidade suas atividades, ambos, não foram

organizados de forma gradual, ficando a cargo da instituição formadora, organizá-los de maneira a atender a realidade local e as necessidades do profissional a ser formado (BRASIL, 2003).

Importante dizer que desde a metade dos anos 1970, até o final dos anos 1980, diante dos graves problemas sociais do país, foi premente a necessidade de se pensar, em um novo modelo de Estado, em que os interesses públicos prevalecessem sobre os individuais e a democracia fosse uma realidade de fato. Para tanto, segmentos representativos das classes populares começaram a se organizar para modificar a realidade existente, defendendo como prioritário a ampliação de mecanismos de participação das mesmas nas decisões do Governo (COUTINHO, 2006).

Esse processo foi um dos fatores preponderantes para que no setor saúde, os movimentos da medicina social e populares de saúde, que lutavam em prol de melhores condições de vida para a população brasileira, ao advogarem em defesa de um projeto alternativo de sociedade e pela ampliação dos direitos dessa mesma sociedade junto ao Estado, fossem protagonistas do movimento conhecido como Reforma Sanitária, que conseguiu garantir na Carta Magna de 1988, a saúde como direito de todos e dever do Estado (VIEIRA, 2011).

Considerando o contexto descrito acima, em que o país vivenciava um processo de redemocratização, e diante da concepção de saúde pensada sob a égide da Reforma Sanitária Brasileira, em outras palavras, a saúde entendida como “[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde [...]” (BRASIL, 1986a, p.4), é possível supor que a elaboração das competências necessárias a esses profissionais da saúde, encontrava-se diretamente interligada ao desejo da sociedade brasileira de transformar os serviços de saúde, ou seja, que os serviços operassem de maneira qualitativa e equinome.

Igualmente, esperava-se que o ACS, enquanto profissional da saúde e membro fundamental da Estratégia Saúde da Família, ao atuar no desempenho de sua função, e depois de identificadas as situações mais comuns de risco à saúde das famílias e indivíduos, pudessem propiciar a estes, a partir das competências alcançadas, o apoio necessário para os problemas de ordem sanitária vivenciados, “[...] mobilizando práticas de promoção da vida em coletividade e de desenvolvimento das interações sociais” (BRASIL, 2004a, p.48).

Nesta perspectiva, considerando o seu trabalho de promotor de melhorias de qualidade de vida e de desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, vinculado diretamente à

equipe de trabalho e aos indivíduos/grupos sociais/população, por ele acompanhada que, o ACS realiza ações de educação para além da prevenção e tratamento da doença.

O trabalho do ACS sofre de ambiguidades, tendo em vista que sua ação prática pode ser passiva de múltiplas interpretações dependendo do modo como o mesmo encara a sua tarefa, isso pode impactar na construção formativa do profissional em questão. O percurso dialógico do discurso de si, não apenas com sentimento de importância, mas de fator elucidatório sobre o seu trabalho, pode ser revelador para o início de um processo conscientizador em relação a dimensões errôneas sobre a sua prática

A prática discursiva não coincide com a elaboração científica a que pode dar lugar; e o saber que ela forma não é nem o esboço enrugado, nem o subproduto cotidiano de uma ciência constituída. As ciências – pouco importa, no momento, a diferença entre os discursos que têm presunção ou status de cientificidade e os que apresentam realmente seus critérios formais – aparecem no elemento de uma formação discursiva, tendo o saber como fundo (FOUCAULT, 2005, p. 240).

No diálogo, não existe apenas a fabricação do discurso visto como aspecto plástico, mutável da ação realizada. O discurso dá espaço para uma nova noção diante de tudo aquilo que está “intra” e “extra” localizado na prática profissional do sujeito. Educação e a emancipação do sujeito, mesmo que seja através do discurso, são dimensões completamente interligadas.

O foco da ação prática deve ser a promoção da saúde, pois, defende-se que, quanto mais ações de promoção a saúde forem desenvolvidas, menor será a necessidade de realizar ações de prevenção e tratamento dos agravos e problemas de saúde.

No que tange as atividades a serem desenvolvidas pelo ACS, o Referencial Curricular Nacional (RCN) destaca que

[...] Compete também, aos ACS, no exercício de sua prática, a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho, realizando ações de apoio em orientação, acompanhamento e educação popular em saúde a partir de uma concepção de saúde como promoção da qualidade de vida e desenvolvimento da autonomia diante da própria saúde, interagindo em equipe de trabalho e com os indivíduos, grupos sociais e populações [...] (BRASIL, 2004a, p. 49).

Enfim, devido à amplitude do campo de atuação do ACS, são inúmeras as atribuições inerentes à função desse trabalhador, que por ser um morador da comunidade, conhecer as pessoas, seus modos de falar, vivenciar a mesma realidade e muitas vezes a mesma crença,

possui características que o diferem dos demais profissionais da saúde. Tal gama de atribuições, bem como a ampliação do seu espaço de ação pode contribuir significativamente, no nosso entendimento, para que não se consiga elencar o que realmente é imputado a esse profissional. Além de sobrecarregá-lo, faz com que o mesmo não reconheça seu perfil profissional, e, por conseguinte, haja um demérito da profissão.

Entretanto, um fato não se pode negar: o perfil social deste trabalhador, como bem destaca Morosini (2010), encontra-se presente em quase todos os documentos que foram balizadores para a formulação da política que trata da formação desse profissional. O Referencial Curricular Nacional do Curso Técnico de ACS, não foge à regra, ao destacar que o ACS desempenha um papel de mediador social, pois, é:

[...] um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado (BRASIL, 2004a, p.10).

[...] membro da equipe de saúde, mas, suas funções transcendem o campo da saúde, na medida em que, para serem realizadas, requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população, situados no âmbito daquilo que se convencionou chamar de ação intersetorial (BRASIL, 2004a, p.15).

[...] suas atividades transcendem o campo da saúde na medida em que requerem atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população. Estas características constituem atributos de generalidade deste profissional e o situam como categoria muito particular, não comparável ou agrupável com outras que existem historicamente no campo da saúde (BRASIL, 2004a, p.18).

Em seus escritos, após os estudos realizados sobre as políticas de saúde mais recentes Fonseca (2013) organizou um quadro (reproduzido a seguir) dos papéis sociais desempenhados por esse profissional, que “condensam sentidos que transbordam cada tempo histórico e que se sobrepõem para compor o mosaico atual do trabalho do ACS (p. 49)”.

Quadro 02: Características historicamente constituídas dos papéis sociais desempenhados pelos agentes comunitários de saúde

Papeis Sociais	Características
Agente de Tradução	Atua em duplo sentido: apresenta em linguagem acessível, aos membros da comunidade, os comportamentos sanitários que devem ser incorporados e descreve, na linguagem dos profissionais de saúde, os elementos classificados como de resistência à incorporação das práticas preconizadas. Uma variação atual é dada pela tradução em dados compatíveis

	com os sistemas de informação de um retrato sanitário e social das comunidades
Agente de Correção	Atua como difusor das boas práticas sanitárias, convencendo, monitorando ações e atividades, cobrando comportamentos no sentido de corrigir práticas do espaço privado e da relação com os serviços. Tem atuação fortemente marcada pelos referenciais das vigilâncias sanitária e epidemiológica.
Agente de Conexão	Atua para estabelecer e manter a conexão entre recursos típicos dos serviços (consultas, exames, procedimentos e medicamentos) e o usuário. Tem os conceitos de acesso e vínculo como referência.
Agente de Efetivação	Realiza procedimentos de saúde de caráter clínico tanto de prevenção de doenças quanto de tratamento. Tem nos conceitos de eficácia das práticas médicas e de adesão, suas principais sustentações.
Agente de Mobilização	Tem como balizadores o território e o cotidiano, atuam mobilizando diversos tipos de conhecimento e possibilidades de articulação com instituições do Estado e comunitárias. Atuação tensionada, ora pela perspectiva de individualização de riscos e culpabilização, ora pela abordagem social das condições de vida e pela noção de cidadania. A Promoção à Saúde e a Educação Popular em Saúde são referências, que disputam sentidos sobre essa face de atuação desses trabalhadores.

Fonte: Fonseca (2013, p. 49)

Diante do exposto, ao finalizarmos esse tópico escrevemos da nossa ciência de que mesmo, ainda que seja importante a atuação do ACS como mediador entre os serviços e a comunidade e a relevância dessa ação para a efetivação dos direitos de cidadania, seja de forma individual ou coletivamente, não se pode esquecer que transformar comportamentos e/ou transformações sociais, são processos que demandam tempo, os quais ocorrem paulatinamente, e que não é função exclusiva desse profissional. Requer esforços conjuntos e duradouros, e, acima de tudo, é papel de todos os profissionais e cidadãos.

O perfil do profissional de ACS vem se transformando tendo em vista que a sociedade onde o mesmo atua também atravessa constantes transformações em seu âmago formativo. Nisso, exige-se que o profissional seja coeso ao transmitir informações que possam proporcionar uma integração entre a comunidade e os serviços de saúde locais, cooperando assim, para uma organização comunitária.

Para a realização qualitativa de seu trabalho, exige-se que mapeie a sua área de atuação elencando pontos críticos de atenção e cuidados mais especificados, além de participação efetiva no planejamento e programação da localidade onde atua. Com esse

refinamento normativa desde o ano de 2002, o ACS passou a se atentar mais para o respeito a valores, culturas e individualidades ao propor e pensar práticas de saúde coletivas. Pensa-se criticamente em seu compromisso com o bem-estar social, como profissional e cidadão.

Para o melhoramento desse perfil exigido para o ACS é preciso refletir sobre os processos formativos do ACS, tendo em vista as escolas técnicas vinculadas ao SUS. Na teoria se dialoga sobre uma autonomia das mesmas em relação ao seu plano de curso, mas na prática, o que se observa é uma forma de alinhamento na maneira de pensar muito preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quando se pensa na formação de um sujeito efetivamente crítico em seu modo de ver e sentir a sociedade que o cerca, acaba por se pensar na sua formação pautada em princípios de liberdade e transformação. Essa noção de submissão em relação à formação pelo SUS elimina quase que majoritariamente essa forma de conceber a educação. O modo como a gestão educacional está sendo conduzida faz com que haja um contraponto no modo como o profissional de ACS é visto enquanto protagonista de um importante processo de mudança social. O reflexo como o ACS ainda é visto no âmbito das políticas públicas reflete na maneira como a sua formação ainda não atende o grau de importância que lhe é de direito.

1.4 AS RELAÇÕES DE TRABALHO DO ACS

Ao pensarmos na melhoria da saúde de uma população, remetemo-nos imediatamente às formas de atendimento à saúde da referida população e aos profissionais que realizam esse atendimento. Daí a importância da discussão acerca da valorização, contratação e remuneração desses profissionais, principalmente, dos que trabalham no Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente na Atenção Básica, que é o caso do profissional ACS.

Não é de hoje, que as discussões sobre a forma mais adequada de relação de trabalho que deve ser adotada para contratar esse profissional é parte da agenda das entidades de representação dessa categoria. Portanto, não se tem dúvida que a busca pela efetivação dos direitos sociais e trabalhistas foi e é um dos fomentadores de tais embates, bem como o fato de que em algumas cidades e/ou municípios brasileiros, esse profissional encontra-se submetido a relações informais de trabalho, ou, cuja admissão é tida como imprópria, por não condizer com uma das exigências para o exercício de sua função, qual seja, a existência de um vínculo direto com a comunidade na qual irá atuar e onde o mesmo deve residir. Essa discussão tem ocorrido reiteradamente em âmbito nacional e municipal, e ficou conhecida

como "[...] a questão das modalidades de contratação [...]" (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2000, p.1).

No intuito de conhecer a complexidade da realidade das contratações, Castro *et al.* (2004) destacam a precarização do trabalho dos agentes comunitários de saúde:

A discussão da contratação do Agente Comunitário é mais complexa do que aparenta, pois ela não é resultado de uma simples decisão do setor saúde em contratar desta ou de outra forma; ela decorre de importantes mudanças ocorridas, ao longo da década de 1990, na economia nacional, na administração pública e nas formas sociais de trabalho. Especificamente para este trabalho, essas mudanças estão representadas pelo trabalho flexível ou informal. [...] Todavia, não faltam diagnósticos e análises da proliferação dos contratos informais ou, de contratos precários (CASTRO *et al.* 2004, p. 16).

Para Lima e Moura (2005), as formas de contratações informais e as competências que são exigidas desse profissional para o exercício de sua ocupação, fazem do mesmo um trabalhador atípico e cujo trabalho é reflexo da “[...] nova forma de implementar políticas públicas descentralizadas pelo Estado e que atende ao pré-requisito de estar sujeito ao controle social dos cidadãos” (idem, p. 103).

Ao se referirem à inserção laboral e institucional do Agente Comunitário de Saúde, Nogueira, Silva e Ramos (2000, p. 14) trazem mais elementos para fomentar a discussão, ao defenderem que as “[...] características da atuação dos agentes comunitários de saúde exigem modalidades de contratação compatíveis com seus propósitos de trabalho, assegurando, acima de tudo, sua identificação e relacionamento com a comunidade”.

Os referidos autores lembram que as características da atuação do ACS exigem modalidades de contratação condizentes com as finalidades da sua função e que os gestores locais vêm utilizando-se de inúmeras particularidades para contratar o trabalho desse profissional. Também criticam o fato de muitas vezes, estes profissionais exercerem atividades burocráticas e advogam em prol de um olhar solidário, que tal profissional seja entendido como um trabalhador que habita a interface entre Estado e comunidade, como aquele que ajuda a abrir as portas da solidariedade comunitária e facilitar o acesso aos direitos sociais.

No que tange a contratação desse profissional a Lei n.º 11.350/2006 em seu art. 9º dispõe que esta deverá ser:

[...] precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos

para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência [...] caberá aos órgãos ou entes da administração direta dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios certificar, em cada caso, a existência de anterior processo de seleção pública, para efeito da dispensa referida no parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, considerando-se como tal aquele que tenha sido realizado com observância dos princípios referidos no caput (BRASIL, 2006a, s/p).

No nosso entendimento, mesmo após a publicação das leis que regulam a profissão, estabelecendo a forma de contratação e estabelecendo o âmbito onde as atividades deverão ser exercidas, as múltiplas formas de contratação e vinculação desse profissional e o exercício de atividades burocráticas, é uma realidade que não pode ser negada. Nogueira, Silva e Ramos (2000) destacam algumas das modalidades mais usuais de contratação do ACS utilizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde: cargo comissionado; estatutário; contrato por termo determinado e prestação de serviços (via administração direta); contrato regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) com prazo indeterminado (via administração direta, via Associação e via empresa) e autônomo (via cooperativa).

Na atualidade, embora tenham decorrido quinze anos, essa ainda é uma realidade em muitos dos municípios brasileiros, o que nos permite aferir que essas formas de contratação, em sua maioria, típicas das formas de terceirização do trabalho em saúde, contribuem marcantemente para a precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Entendemos que essas formas de contratação, encontram-se associadas e/ou influenciadas por certos aspectos excludentes do processo de desenvolvimento econômico, atualmente pautado pela globalização/mundialização do capital, com fortes influências sobre as condições individuais e coletivas de vida e de trabalho.

Como bem frisa Nogueira (2004) as características econômicas desse tipo de desenvolvimento fazem com que o trabalhador seja levado a 'aceitar' a relação contratual precária, ou então ficar desempregado, o que se configura em uma situação social mais excludente, já que, no momento, o país apresenta elevado índice de desemprego estrutural. Entretanto, defende-se a necessidade premente de modificar essa realidade, pois, além de ser um dos fatores desmotivadores para o trabalho, essa situação reflete como esta categoria de trabalhador não tem recebido o merecido reconhecimento em relação aos seus direitos trabalhistas.

No Estado do Ceará, tal como no restante do país, a vinculação institucional a qual é submetido o agente comunitário de saúde está sempre posta em discussão, quer nos estudos voltados ao tema Saúde da Família, como nos movimentos que reivindicam melhorias das

condições de trabalho dos mesmos e ainda entre gestores e entidades trabalhistas. Também aqui, os municípios vêm-se utilizando de diversas formas de contratação, o que vem gerando distintos problemas, gerando conflitos e incertezas das mais variadas ordens, além de criar expectativas de regulação estatal.

A lei n.º 11.350/2006 (artigo 2º) prevê que o trabalho do ACS “[...] dar-se-á exclusivamente no âmbito do SUS [...] mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional” (BRASIL, 2006a, p.). A partir disso, existe uma variação no que se refere ao tipo de vínculo empregatício desse profissional que pode ser celetista⁸, estatutário⁹ ou sob o regime de cooperativas e associações comunitárias.

Conforme Nogueira, Silva e Ramos (2000) algumas destas formas de contratação utilizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, em sua maioria, inerentes as formas de terceirização do trabalho em saúde, contribuem de forma efetiva para a precarização do trabalho do ACS

Especificamente no município de Fortaleza, em 19 de novembro de 2012, a prefeita Luizianne Lins sancionou a lei n.º 9941/12¹⁰ aprovada pela Câmara Municipal, conferindo a opção de mudança de regime jurídico, tanto aos ACS quanto aos Agentes de Combate às Endemias. Conforme redação da mensagem enviada pela prefeita, em 25 de outubro de 2012, os trabalhadores dessas categorias teriam o prazo de até 30 dias após a publicação da Lei¹¹, para optar entre o regime celetista e estatutário (CEARÁ, 2012). Essa mudança foi resultado de reivindicações feitas ao longo de muitos anos e percebida como uma grande conquista da categoria, que envolve movimentos de ACS de todo o país.

Enquanto coordenadora do CTACS, em janeiro de 2015, com vistas a conhecer o número de ACS que ainda não haviam realizado a Etapa Formativa I do Curso Técnico, procedemos a uma pesquisa junto a Secretaria Estadual de Saúde/Coordenadorias Regionais

⁸ Empregados que tem vínculo laboral que se rege pela Consolidação das Leis do Trabalho, norma legislativa brasileira relativa ao direito do trabalho. Ocupam *emprego público*. Disponível em: <http://www.blogdogusmao.com.br/v1/2013/04/25/atencao-servidor-municipal-saiba-a-diferenca-entre-o-regime-estatutario-e-o-celetista/> Acesso em: 20 de junho de 2015.

⁹ Que tem vínculo laboral que obedece a estatuto próprio do serviço público onde exerce a profissão. São ocupantes de *cargos efetivos, considerados servidores públicos*. Disponível em: <http://www.blogdogusmao.com.br/v1/2013/04/25/atencao-servidor-municipal-saiba-a-diferenca-entre-o-regime-estatutario-e-o-celetista/> Acesso em: 20 de junho de 2015.

¹⁰ Art. 1.º É assegurado aos atuais ocupantes dos empregos públicos de Agente de Combate a Endemias e de Agente Comunitário de Saúde realizar opção de, nos termos do Anexo único desta Lei, mudança do regime de celetista para o estatutário, o qual é regido pela Lei nº 6794/90.

¹¹ Artigo 1.º § 2.º A opção será realizada em até 30 (trinta) dias após a publicação desta Lei, em caráter irrevogável e irreatável, formalizada perante a Secretaria de Administração do Município.

de Saúde, e um dos dados obtido foi o tipo de vínculo desse profissional com o município (CEARÁ, 2014). Daí, o motivo pelo qual, colocamos que apesar de haver uma discussão importante relativa às formas de contratação dos ACS, em geral, eles possuem contratos via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Ainda que tenhamos ACS que hoje possuem vínculo estatutário, tanto no município de Fortaleza, como no Estado, existem outros tantos que possuem vínculo celetista, pois, nos últimos anos, os municípios optaram pela realização de seleção pública, ou seja, esses profissionais passam a estar a serviço do município e/ou Estado em condições de trabalho similares às dos funcionários públicos, sem inicialmente fazerem jus ao conjunto de direitos que a condição de servidor implica.

1.5 A VINCULAÇÃO DO ACS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1995 a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, compreendendo a proposta do PSF como uma estratégia estruturante para organização da atenção primária, elaborou um projeto denominado: Saúde da Família – Um Novo Modelo de Atenção, contendo as diretrizes para implantação do PSF no Ceará.

Fonseca Neto (1999) declara que para conduzir a implantação do Programa no Estado, desenvolveu-se um processo de cooperação técnica da Secretaria de Saúde do Estado (SESA), em parceria com a Escola de Saúde Pública e Secretarias Municipais, visando à utilização de mecanismos que fossem capazes de modificar o atual modelo assistencial e permitissem emergir um novo modelo dirigido para as ações de promoção da saúde. Buscava-se dessa forma evitar que o Programa Saúde da Família, nascido no Ceará, se configurasse apenas como mais um programa de extensão de cobertura.

Considerações nesse mesmo sentido já haviam sido referendadas em estudo realizado por Andrade (1998) que concluiu que a inexistência de uma orientação mais completa sobre o perfil do profissional de saúde da família e de uma normatização do trabalho da equipe, vinha resultando numa grande variedade de modelos de atenção.

No entanto, o que se percebe é que apesar dos esforços empreendidos para que se efetive a organização dos serviços direcionados prioritariamente para promoção e prevenção da saúde, tendo como foco o espaço-domicílio e a família como eixo da atenção, na prática, as equipes ainda continuam desenvolvendo ações de saúde de acordo com a lógica da doença, e com forte tendência para o desempenho das ações baseadas ainda em programas verticais.

Andrade (*apud* SÁ FILHA, 2000, p.50), comenta:

Existiam indícios de que, muitas vezes, eram apenas deslocadas equipes de saúde para o atendimento nos distritos, de maneira impessoal, sem o necessário desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, como preconiza o programa, quer em nível estadual ou nacional.

Apesar de todas essas constatações, no Ceará após a implantação do PSF como adoção de estratégia da atenção primária, vêm se efetivando melhorias nos indicadores de cobertura de serviços básicos, o que significa a ampliação do acesso aos serviços de saúde, como também certa tendência à redução de internações hospitalares (CEARÁ, 2000).

No que se refere aos fundamentos norteadores, o PSF, em nível estadual, adotou também os princípios do SUS: a universalização, a equidade, a integralidade da atenção, fortalecendo as ações de promoção e prevenção das doenças e a participação da comunidade. O modelo de atenção baseado na família apresenta, no Estado, os princípios organizativos relacionados por Mendes (1994): impacto, orientação por problema; intersetorialidade; planejamento e programação local; hierarquização; autoridade local sanitária; coresponsabilidade intercomplementariedade; integralidade; adstrição; heterogeneidade e realidade (CEARÁ, 1995).

Historicamente, apesar das diferentes formas e terminologias adotadas em relação ao ACS, a ideia que apoia a sua inserção no setor saúde, envolve um conceito mundial de ser este profissional o conectivo entre a comunidade e o sistema de saúde. Quando do surgimento do PSF, ele foi incluído em equipes de trabalho integradas por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem, com proposta de atuação na unidade básica, nas habitações e na comunidade (SILVA, 2001).

Conforme essa autora, desde a proposta do Auxiliar de Saúde, no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976, até o PSF, com as especificidades de uma metrópole, em 2001, como ACS, com maior ou menor ênfase, consegue-se identificar em sua proposta de trabalho duas dimensões: uma mais estritamente técnica, relacionada às ações de intervenção para prevenção de agravos junto às pessoas/famílias e/ou acompanhamento de grupos ou problemas específicos, e outra mais política, que vai além de ações solidárias à população, da inserção da saúde no contexto geral de vida no sentido de empoderamento da comunidade e de transformação social.

Essa componente política expressa, na dependência da proposta considerada, duas expectativas diversas ou complementares: o agente como instrumento para reorganizar os

preceitos do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde, de apoio ao autocuidado – dimensão mais ético-comunitária - e o agente como motivador da comunidade na busca de seus direitos de cidadania e de inclusão, com vistas a transformação social. Outro componente, que mesmo intrínseco a sua prática, não consta na relação das suas atribuições, é a dimensão de assistência social (SILVA; DAMALSO, 2002).

Assim, o agente aparece, na ESF como um personagem resultante de uma tentativa de juntar as perspectivas da atenção primária e da saúde comunitária, buscando resolver questões, como o acesso aos serviços, no que lhe corresponde o conhecimento técnico, integrando as dimensões de inclusão e cidadania, ou seja, o desafio de juntar as dimensões técnicas e políticas das propostas (SILVA, 2001).

No mesmo sentido, Nogueira, Silva e Ramos (2000) identificam no trabalho do agente, a dimensão tecnológica e a dimensão solidária e social, as quais consideram que têm, sempre, potenciais de conflitos. Essas dimensões expressam, possivelmente, os pólos político e técnico do Programa, acima referido.

Fleury (1997) chamou a atenção para o fato de que, no surgimento do PSF e do reconhecimento do trabalho do ACS, encontravam-se intrínsecos fatores de ordem social, econômica e política, uma vez que se iniciava uma nova relação entre classe / Estado / sociedade, em que as representações deixavam de ser individuais, no sentido de privado, para alcançar uma dimensão pública, articulando definições de projetos com uma concepção geral do mundo, transcendendo interesses individuais e corporativos.

De acordo com Ávila (2011) tão logo se inseriu na equipe de saúde da família, o ACS passou a ser o elemento facilitador e mediador da relação entre a comunidade e o serviço de saúde. Um mediador, um elo, como aponta alguns estudos. Contudo, é o profissional mais fragilizado, pois, ainda que na teoria, seja reconhecido como membro importante da equipe, na prática, hierarquicamente, encontra-se submisso aos demais profissionais que possuem um nível instrucional superior.

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), também adveio à necessidade de quantificação dos procedimentos realizados e no rol das atividades já exercidas pelo ACS, foi incorporada uma nova, produzir/coletar dados para o Sistema de Informação da Atenção Básica no nível local, não só objetivando alimentar o referido sistema, mas também aferir sua produtividade. Essa nova demanda e as relações estabelecidas a partir da mesma, na opinião de Ávila (2011), levam o ACS a ter como princípio norteador de suas ações o cumprimento das normas estabelecidas por tais relações, mesmo que estas não se

encontrem explícitas e tende a demonstrar que a preocupação maior é com a operacionalização dos serviços e não com a qualidade do serviço prestado.

Mediante o exposto, não há dúvidas da necessidade premente de se repensar/organizar novas maneiras de articular as diferentes perspectivas do modelo existente e as práticas construídas cotidianamente, no sentido de efetivar os princípios da ESF, em especial no que se refere à ação do ACS, de maneira a garantir um atendimento de qualidade às necessidades das pessoas/famílias por ele acompanhadas.

1.5.1 Ferramentas utilizadas pelo ACS no seu Fazer Cotidiano

No desempenho de sua atividade laboral na ESF, o profissional, independente da área em que atue, utiliza-se de inúmeras ferramentas que possam auxiliá-lo a executar com eficiência e eficácia a sua função, e, por conseguinte, alcançar os objetivos almejados.

Em uma unidade de saúde não é diferente, pois, os diversos trabalhadores ao desempenharem suas funções no sentido de produzir e cuidar da saúde da população atuam em um determinado lugar, têm determinadas responsabilidades e para executá-la, além de contar com uma série de conhecimentos, saberes e habilidades, utilizam instrumentos e ações que o ajudam na produção de um conjunto de estratégias de cuidado (BRASIL, 2009), dentre os quais, destacamos o cadastro e a visita domiciliar (VD)¹² que em nossa concepção, podem ser considerados os mais importantes, uma vez que é a partir destes que se inicia todo o fazer do ACS e da equipe ao qual o mesmo se encontra vinculado.

Iniciemos, pois, pelo cadastro, que é a primeira atividade do ACS, no sentido de realizar um diagnóstico das famílias/comunidade nas quais atua, ou seja, conhecer as famílias que irá acompanhar e identificar os principais problemas de saúde da sua comunidade. É a partir do cadastramento de todas as pessoas/famílias da sua micro área, que pode identificar as pessoas/famílias que se encontram em maior grau de vulnerabilidade, expostas a maiores riscos de adoecer e/ou morrer.

O cadastro possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe, tais como a composição familiar, a existência de população indígena, quilombola ou assentada, a escolaridade, o acesso ao saneamento básico, o número de pessoas por sexo e idade, as condições da habitação, o desemprego, as doenças referidas etc. É importante identificar os

¹² Na política nacional delineada para o PSF e na prática concreta as visitas têm se constituído especialmente em atribuição dos ACSs, cabendo aos demais profissionais a sua realização em situações específicas definidas.

diversos estabelecimentos e instituições existentes no território, como escolas, creches, comércio, praças, instituições de longa permanência (ILP), igrejas, templos, cemitério, depósitos de lixo/aterros sanitários etc. (BRASIL, 2009, p. 39).

Esse cadastro deve ser realizado quando da primeira visita do ACS à família e é concretizado pelo preenchimento dos formulários denominados: cadastro domiciliar, cadastro individual e ficha de visita domiciliar. Todas essas fichas constituem a essência das atividades de acompanhamento dos agentes às famílias.

O cadastro domiciliar identifica [...] as características socio sanitárias dos domicílios no território das equipes de Atenção Básica (AB). Por meio desta ficha, é possível [...] registrar também situações de populações domiciliadas em locais que não podem ser considerados domicílio [...], mas, que devem ser monitoradas pela equipe de saúde (BRASIL, 2015, p.31).

No cadastro individual são registradas [...] as características sócio-demográficas, problemas e condições de saúde dos usuários no território das equipes de AB. É constituído de [...] duas partes: informações de identificação/sociodemográficas e condições de saúde autorreferidas pelo usuário, têm como objetivo captar informações sobre os usuários que se encontram adscritos no território da equipe de AB [...] (BRASIL, 2015, p. 12).

A ficha de visita domiciliar tem como objetivo principal “[...] registrar a atividade de visita domiciliar ao usuário que se encontra adscrito no território de atenção da equipe da unidade básica de saúde [...]” (CEARÁ, 2015, p. 75). As informações constantes foram selecionadas segundo a sua relevância e por comporem “[...] indicadores de monitoramento e avaliação para a AB e para as Redes de Atenção à Saúde [...]” (BRASIL, 2015, p.31).

O preenchimento desses formulários resulta em uma coleta de dados simplificada (CDS), que é um dos componentes da estratégia e-SUS AB¹³ – utilizada principalmente nos serviços de saúde que não dispõem de sistema informatizado para utilização rotineira no trabalho – que subsidiará o ACS e toda a equipe da qual faz parte, de dados e informações, que podem auxiliar a equipe na tomada de decisões e/ou, elaboração de estratégias para melhor acompanhar e atender à população, conforme sua realidade e necessidades (CEARÁ, 2015, p. 74).

¹³ e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB): nome dado ao software utilizado pelo novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), que em alinhamento com o Plano Estratégico de Saúde no Brasil e integrado aos sistemas de informação que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), objetiva a melhora na qualidade da informação em Saúde e o seu uso pelos gestores, profissionais de Saúde e cidadãos. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (CEARÁ, 2015).

Comprova-se assim, a importância da realização desse cadastro, como também, de sua atualização mensal, uma vez que o mesmo, ao alimentar o Sistema de Informação em Saúde¹⁴, torna-se uma ferramenta imprescindível à Vigilância em Saúde, sendo o fator desencadeador do processo ‘informação-decisão-ação’.

A partir dos dados contidos no cadastro, o ACS, entre outras ações, poderá planejar melhor sua visita domiciliar.

Para Mandu *et al* (2015) as visitas domiciliares não são uma estratégia nova no âmbito da saúde pública brasileira. Na segunda década do século XX, a visita objetivava o cuidar do indivíduo que se encontrava enfermo, bem como dos fatores relacionados com a sua doença, sem preocupação com a família enquanto grupo social. Na atualidade, mais especificamente na ESF, possuem objetivos mais amplos, tornaram-se bastante complexas, tendo em vista não só a prevenção de doenças, recuperação e reabilitação do indivíduo enfermo, mas também a promoção da saúde uma vez que esta,

[...] em sentido amplo, abarca a mobilização de distintos recursos, estratégias e atores (Estado, serviços de saúde, outros setores, organismos de apoio social etc.) na geração de qualidade de vida e saúde; abrange, também, a efetiva participação dos sujeitos/coletivos nas definições em torno de questões próprias de vida e saúde e na adoção de estratégias coletivas de enfrentamento das necessidades vividas. Em sentido mais restrito, ela diz respeito à complementaridade entre conhecimentos, práticas, linguagens técnicas e populares e ao desenvolvimento de habilidades à manutenção de vida saudável. Além disso, abarca práticas integradas de atenção às demandas, de vigilância e atuação nas causas básicas da saúde-doença (MANDU, *et al*, 2015, p. 138).

Não por acaso, o MS advoga ser a visita domiciliar (VD),

[...] a atividade mais importante do processo de trabalho do agente comunitário de saúde. Ao entrar na casa de uma família, você entra não somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história (BRASIL, 2009, p. 46).

Destacamos que mesmo reconhecendo a visita domiciliar (VD) como um dos recursos mais importantes a ser utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as con-

¹⁴ Sistema de informações em Saúde: conjunto de unidade de produção, análise e divulgação de dados, que atuam com a finalidade de atender às necessidades de informações de instituições, programas, serviços e que possuem como funções: planejamento, coordenação, supervisão dos processos de seleção, coleta, aquisição, registro, armazenamento, processamento, recuperação, análise e difusão de dados e geração de informações (CEARÁ, 2015).

dições de vida e saúde das famílias sob seus cuidados, como também conhecer os tipos de relações existentes, reiteramos a opinião de Lima, Silva e Bousso (2010) que dizem ser a VD o instrumento basilar do trabalho do ACS. Jardim e Lancman (2009), no que se refere à visita domiciliar, também a destacam como sendo a ação primeira do ACS, responsável pela criação e/ou manutenção da relação entre a comunidade e a ESF.

Perante esse panorama, defendemos que o trabalho do ACS não só diferencia-se do trabalho dos demais profissionais da equipe, como também extrapola as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde. Na perspectiva de atendimento global, ao incorporar em suas práticas cotidianas as ações que objetivam sensibilizar as famílias e comunidade por ele atendidas e a necessidade de ampliar sua autonomia, acaba por quebrar a rigidez da organização do trabalho a ele incumbido como membro da ESF.

Esse pensamento é compartilhado por Silva *et al.* (2004, p.79) ao destacar que, o trabalho do ACS vai além do trabalho em saúde, pois, “[...] mais do que estar próximo da comunidade e da equipe de saúde, o agente comunitário pode ser facilitador da criação de vínculos [...]”, ou como escrevem Vieira, Durão e Lopes (2011, p.120), é o “[...] elemento de ligação entre as populações mais pobres ou comunidades”¹⁵.

Para Mishima e Campos (2003), todos os integrantes da equipe de saúde são responsáveis pela articulação e integração com os indivíduos, famílias e comunidade. Contudo, compete ao ACS iniciar esse processo, bem como esforçar-se para estabelecer e estreitar os vínculos com esses atores, pois, a Política Nacional de Atenção Básica, elenca ser uma das atribuições específicas do ACS,

[...] desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS) considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade [...] (BRASIL, 2012, p. 49).

Seabra, Carvalho e Foster (2008) pontuam ter o ACS uma identidade comunitária e que realiza atividades para além do campo da saúde. Destacam também, que por desenvolver suas ações com, e na comunidade em que reside, este se torna ao mesmo tempo, membro da equipe e membro da comunidade por ela assistida.

¹⁵ O primeiro significado para o termo “comunidade” é destacado por Bauman, que a define *a priori* como algo positivo, estando ligada diretamente a idéia de algo bom, “[...] um lugar cálido e seguro, onde os indivíduos buscam refugiar-se dos riscos e das imprevisibilidades que marcam suas vidas (VIEIRA, 2011, p. 122).

Também ressaltando essa dupla colocação do ACS na comunidade, como agente que ora pratica e ora sofre a ação, Jardim e Lancman (2009, p.125) relatam que “[...] tal relação cria uma porosidade entre o trabalhar e o viver na comunidade”. Isso contribui conforme as autoras para que o ACS não possua um distanciamento entre o ato de trabalhar e de morar, visto que nos ocorrem mesmos espaços físicos e na relação com a mesma comunidade.

Daí a importância do ACS utilizar suas competências (conhecimento, habilidade e atitude), para além do simples cadastrar famílias, mas, prioritariamente, para identificar suas características socioeconômicas, epidemiológicas, os problemas de saúde existentes e de vulnerabilidade capazes de interferir em sua saúde.

É preciso também estar atento para que a VD, agregue ainda um caráter educativo, e ajude a colher dados e informações úteis para que em conjunto com a equipe, seja possível planejar ações voltadas para a melhoria da saúde das pessoas considerando o contexto aonde vivem.

Ao finalizar esse capítulo, é possível dizer que a profissão de ACS, ainda que com outras denominações, vem de tempos longínquos e esteve presente em todo o mundo desde que a saúde passou a ser compreendida como produto social determinado pelos níveis de qualidade de vida. Portanto, elemento fundamental para o desenvolvimento social e econômico de toda uma coletividade.

No Brasil, o reconhecimento do direito de todos de ter saúde, foi institucionalizado não somente por intermédio da promulgação da Constituição de 1988, mas também com a criação do Sistema Único de Saúde, que teve sua origem na Reforma Sanitária, em que intelectuais, políticos, e, profissionais da área de saúde, buscavam dentro da perspectiva de luta contra a ditadura, a democracia.

Ambos os momentos, que tiveram forte impacto na manutenção e expansão do PACS, aliados a humanização das práticas de saúde, contribuíram, significativamente para que o ACS se constituísse em um profissional ativo, capaz de mobilizar e melhorar a participação da população no cuidar de sua saúde, e o transformou em um membro imprescindível para o desenvolvimento do bem estar físico, psíquico, econômico, político e social dessa mesma população, tanto que, embora, tardiamente, teve sua profissão reconhecida.

Com o reconhecimento, adveio também a legitimação das condições primordiais para o exercício da profissão, e em conformidade com a PNAB (BRASIL, 2012), este passou a integrar de maneira obrigatória a ESF.

2 FORMAÇÃO EM SAÚDE

Ao se falar em formação para o serviço de saúde, não se pode perder de vista e nem deixar de considerar o binômio prática e teoria quanto a atenção à saúde, uma vez que tal ação irá incidir diretamente no processo formativo de todos os atores sociais que atuam direta ou indiretamente nessa área.

Nesse contexto, o ACS, por assumir um papel estratégico nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e/ou enfermidades, e contribuir para impactar nas condições de vida e, por conseguinte, de saúde das comunidades que acompanha, produzindo saúde e modificando os perfis epidemiológicos, mais que qualquer outro ator, necessita de uma formação que integre saúde e sociedade, elementos fomentadores de toda sua ação.

Apesar de haver um novo discurso sobre serviços em saúde e da necessidade de uma visão holística do indivíduo, de como preparar os profissionais para atuarem sob esse prisma, pouco se tem discutido acerca da formação dos trabalhadores de nível médio. Principalmente daqueles que, tal como os ACS, no desempenho de sua função desenvolvem suas atividades, de forma mais direta dentro das comunidades, nas casas das pessoas.

Dissertar sobre formação em saúde, requer a leitura e o conhecimento de outros elementos que estão imbricados nesse processo. Assim pensando, organizamos esse capítulo em subitens que permitirão ao leitor uma maior apropriação da temática central do mesmo.

Para empreender este percurso de reflexão, análise e proposição, e na perspectiva de contribuição para a qualificação dos processos formativos do campo técnico na saúde pública, dividimos o capítulo em três tópicos. Inicialmente discorrer-se-á sobre as políticas/ações públicas da educação e saúde que tratam da Educação Profissional Técnica (EPT). Em seguida, disserta-se acerca da formação dos profissionais e o Sistema de Saúde Brasileiro. Posteriormente, explana-se a respeito da formação dos ACS, e como essa se processou no Estado do Ceará.

Espera-se que esse alinhamento, amplie a discussão conceitual da pesquisa, sobretudo, quanto ao desenvolvimento de processos de formação que se orientam pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), do Ministério da Saúde.

Destarte, esta pesquisa de cunho bibliográfico, no campo do currículo na área da educação e saúde, está imbuída nas contribuições teóricas, nos propósitos do SUS e de sua Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Tem como referência também as orientações emanadas do Ministério da Educação e do Conselho Nacional de Educação

(CNE), evidenciando a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a Educação Profissional de Nível Técnico, o Referencial Curricular Nacional (RCN) para a Educação Profissional de Nível Técnico: Área Profissional Saúde, e as Resoluções, dentre outros; bem como alguns documentos oficiais da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Tudo isso permeado pelas percepções que se fundamentam na nossa experiência profissional no campo da saúde pública e em observações pessoais, trazer esse estudo, como contribuição para a educação e da saúde, de maneira a implicá-los mutuamente.

2.1 AS POLÍTICAS/AÇÕES PÚBLICAS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO QUE PRODUZIRAM O MODELO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO HODIERNO

Ainda que integrante desde 1940 da agenda programática da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi somente a partir da década de 1970¹⁶ que a discussão em torno de um novo modelo de saúde, pautado principalmente na atenção primária à saúde, entra na agenda internacional, expandindo-se para o Brasil. Por outro lado, com o início do processo de redemocratização da sociedade brasileira, na década de 1980, marcado por transformações sociais e políticas, que as discussões sobre a necessidade do resgate dos direitos sociais do cidadão brasileiro suprimidos durante o regime militar, tornaram-se mais acirradas.

No que tange ao setor saúde, o movimento sanitário brasileiro propunha entre outras coisas, a mudança do modelo de atenção existente baseado no hospital¹⁷, em prol de um modelo de saúde universal, integral e igualitário, que contemplasse a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde¹⁸ (1986), foram delineadas as linhas gerais para a conformação de um novo modelo de organização assistencial para o setor saúde.

¹⁶ Conforme Pires-Alves (2006), os anos 1970 foram, no plano internacional, anos de afirmação da saúde como direito, de reforço das demandas por expansão da cobertura da atenção à saúde, que culminam com a meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e na definição da atenção primária à saúde como estratégia central.

¹⁷ Modelo médico-assistencial privatista, o qual se assentava na seguinte tríade: o Estado, como financiador do sistema, por meio da Previdência Social, e, como prestador de serviços aos não integrados economicamente; o setor privado nacional, como prestador de serviços médicos; e o setor privado internacional, como o mais significativo produtor de insumos, especialmente em termos de equipamentos biomédicos e medicamentos (MENDES, 1995).

¹⁸ Nesse evento foram sintetizados e debatidos a nível nacional o conteúdo das propostas da Reforma Sanitária.

Segundo Costa (2001) como desdobramento da conferência, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, que objetivava desenvolver as Ações Integradas de Saúde (AIS) como estratégia para implantação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Nas palavras de Mendes (1995, p. 46),

[...] o SUDS no final dos anos 80, evidenciou pouco impacto na organização de serviços, dando continuidade à lógica de articulação privada e a base de financiamento, porém, propiciou nos níveis regionais e municipais a participação da sociedade civil, possibilitando avanços em direção aos interesses da população, a despeito dos entraves existentes na conjuntura nacional.

Concebido na Constituição Federal (CF) de 1988, em seus artigos 196 a 200 (BRASIL, 1988), e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90¹⁹ (BRASIL, 1990) o SUS, não só amplia o conceito de saúde, destacando o seu caráter universal, como também garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado, demonstrando como princípios igualitários a todos.

No campo das políticas de educação, como aspecto legal, tivemos em 1996 a instituição da Lei nº 9.394, que versa sob as Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB), e que merece nesta contextualização o nosso destaque.

As Diretrizes e Bases da Educação Brasileira definiram os fins da Educação Nacional, em seu art. 2º, afirmando que,

[...] A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 2014, p.9).

Dentre os seus princípios, destacam-se a igualdade de condições para acesso e permanência na escola, liberdade, pluralismo de ideias, coexistência de instituições públicas e privadas, gratuidade do ensino público, valorização do profissional de educação, gestão democrática, qualidade, valorização da experiência extraclasse e vinculação entre educação escolar, o trabalho e as práticas sociais (BRASIL, 2014).

¹⁹ Aprovada em 1990, regulamenta o SUS, e orienta a implementação das ações e serviços de saúde executados pelo SUS disposta sobre as condições de recuperação da saúde da população, através da promoção e, proteção; os serviços correspondentes a organização e seu funcionamento, conforme seus princípios e diretrizes norteadoras da política de saúde no Brasil.

A LDB estabelece ainda, que caberá à União a coordenação da Política Nacional de Educação, articulando os diferentes níveis e sistemas os quais exercem função normativa, redistributiva e supletiva em relação às demais instâncias educacionais. Enfatiza também que os sistemas de ensino terão liberdade de organização, conforme estabelece referida lei (Art. 8º, § 1º e 2º).

Em vista das transformações que estavam ocorrendo no mundo do trabalho, ocasionada entre outros fatores, pela crise das políticas do Estado de bem-estar-social e pela emergência do ideário neoliberal, que passou a interferir diretamente na configuração do Estado brasileiro e no mercado de trabalho, e, por conseguinte, no perfil profissional do trabalhador, esses dois diplomas oficiais, CF e LDB, trazem novamente, ao palco central dos debates, a questão da formação do trabalhador²⁰.

O primeiro, ao pontuar como preceito constitucional e sob a égide do Ministério da Saúde, ser competência do SUS ordenar a formação de recursos humanos no campo da saúde (CF Art. 200, inciso III) e incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico na sua área de atuação (CF Art. 200, inciso V).

O segundo, ao conceber a Educação Profissional e Tecnológica como sendo uma modalidade de educação integrada “[...] às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, que deve conduzir ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva” (art. 39) (BRASIL, 2014, p. 27). Além de apontar que o ensino médio, atendida à formação geral do educando, poderá prepará-lo para o exercício de profissões técnicas, enfatizando que,

[...] a preparação geral para o trabalho e, facultativamente, a habilitação profissional poderá ser desenvolvidas nos próprios estabelecimentos de ensino médio ou em cooperação com instituições especializadas em educação profissional – Art. 36, parágrafo único (BRASIL, 2014, p. 25).

A partir da LDB de 1996, a Educação Profissional no Brasil passa a ser considerada complementar a Educação Básica, podendo ser desenvolvida em escolas, em instituições

²⁰ Não se pode deixar de citar que a temática da formação profissional desde o início da década de 90, fazia parte da agenda de discussões das inúmeras instâncias da sociedade que pleiteavam ser necessário repensar a formação profissional desses trabalhadores, com vistas a atender ao novo perfil, exigido pelo modelo capitalista, e pela política neoliberal vigente, e que vem exigindo profissionais cada vez mais preparados e capazes de exercer com eficiência e eficácia sua função, continua sendo uma das questões mais polêmicas da atual sociologia do trabalho. Corroborando com essa afirmação os estudos de Deluiz *apud* Trein e Ciavatta (2009), que relacionam as muitas comissões, estudos e debates, organizados por empresários e trabalhadores em torno da automação, da nova organização do trabalho e das novas exigências de qualificação.

especializadas ou no próprio ambiente de trabalho. Ressalte-se que até a promulgação do referido documento essa modalidade de ensino esteve agregada ao ensino de 2º grau (atual ensino médio), quando então passou a ter identidade própria.

Ao fazer alusão a Educação Profissional (EP), dedica duas sessões para tratar dessa modalidade de educação. Vejamos trecho de documento do Ministério da Educação (MEC) sobre o destaque conferido à EP na LDB:

[...] superando enfoques de assistencialismo e de preconceito social contido nas primeiras legislações de educação profissional do país, [...] favorecendo a inclusão social e democratização dos bens sociais de uma sociedade. Além disso, define o sistema de certificação profissional que permite o reconhecimento das competências adquiridas fora do sistema escolar [...] (BRASIL, 2008, p.5).

Outro aspecto importante que articula a formação profissional e o trabalho é a integração da EP às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia; com o ensino regular e sua integração e o reconhecimento e certificação do conhecimento adquirido na educação profissional, inclusive no trabalho, que poderá ser objeto de avaliação para prosseguimento ou conclusão de estudos, conforme previsto nos art. 30, 40 e 41 da LDB (BRASIL, 2014).

Também merece menção, o fato de que, consoante com a Constituição Brasileira, a LDB defende ser importante integrar as diversas modalidades “[...] de educação e às dimensões ao trabalho, da ciência e da tecnologia [...]” (BRASIL, 2014, p.27).

Diante do exposto, é notória a importância da LDB para normalizar as ações necessárias ao desenvolvimento da EP no país, pois a partir desta, o sistema educacional passa, então, a ter um conjunto de documentos regulamentadores da formação de trabalhadores no que diz respeito tanto aos níveis de escolaridade quanto à Educação Profissional, cujos recursos, conforme citado por Ramos (2010), tem origem no Programa de Expansão da Educação Profissional (PROEP).

Tal programa, iniciativa do ME em parceria com o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), tinha como finalidade

[...] promover a expansão, modernização, melhoria de qualidade educacional e a permanente atualização profissional no país, através da ampliação e diversificação da oferta de vagas; da adequação de currículos e cursos às necessidades do mundo do trabalho; da qualificação, reciclagem e profissionalização de trabalhadores, independente do nível de escolaridade e da formação e habilitação de jovens e adultos nos nível médio (técnico) e superior (tecnológico) [...] (RAMOS, 2010. p.51).

Participaram do Programa as instituições federais de Educação Profissional, os estados, o Distrito Federal, as escolas estaduais e as escolas do segmento comunitário. As ações contempladas eram: desenvolvimento de modelos da gestão escolar para a Educação Profissional, desenvolvimento e implantação de Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) dos níveis técnicos e tecnológico, implantação do Sistema Nacional de Certificação Profissional, ampliação das estruturas físicas e capacitação de recursos humanos da educação profissional.

Ainda com vistas a atender às mudanças do mercado, frente ao propósito de adequar a formação profissional às necessidades do sistema produtivo, foi editado o decreto n.º 2.208/97 que orientaria a reforma da Educação Profissional no Brasil, determinando que a mesma, passaria a ter organização curricular própria e independente do ensino médio (BRASIL, 1997a). Dessa forma, o decreto n.º 2.208/1997 ratificou a intenção do poder executivo de consagrar o sentido puramente propedêutico do ensino médio (BRASIL, 2007a).

A reforma curricular da educação profissional foi de suma importância para organizar de forma coesa processos educacionais importantes no âmbito de uma proposta de ensino que prima pelo tecnicismo desde a sua elaboração. Com tal ação, evidenciou-se que era realmente necessário dar características identitárias a essa modalidade, vendo que o profissional formado diante de tais premissas, necessita obter uma organização curricular própria, individualizada diante de suas próprias demandas.

Porém, a revogação do decreto n.º 2.208/1997 pelo decreto n.º 5.154/2004 – que passou a regulamentar o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da LDB – trouxe de volta a possibilidade de integração do ensino médio à educação profissionalizante de nível médio²¹ (BRASIL, 2004b).

No que tange a formação profissional técnica, referência importante a se destacar é a Resolução n.º 04/99 da Câmara de Educação Básica (CEB)/Conselho Nacional de Educação (CNE), que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para EPT, entendidas como:

²¹ Art. 4º A educação profissional técnica de nível médio, nos termos dispostos no § 2º do art. 36, art. 40 e parágrafo único do art. 41 da Lei no 9.394, de 1996, será desenvolvida de forma articulada com o ensino médio. Podendo, [...] dar-se-á de forma integrada, concomitante e/ou subsequente (BRASIL, 2004b).

[...] um conjunto articulado de princípios, critérios, definição de competências profissionais gerais do técnico por área profissional e procedimentos a serem observados pelos sistemas de ensino e pelas escolas na organização e no planejamento dos cursos de nível técnico [...] (BRASIL, 1999b, p.1).

A mencionada Resolução destaca como princípios norteadores da EPT, além dos listados no art. 3º da LDB, os seguintes:

[...] Independência e articulação com o ensino médio; respeito aos valores estéticos, políticos e éticos; desenvolvimento de competências para a laboralidade; flexibilidade, interdisciplinaridade e contextualização; autonomia da escola em seu projeto pedagógico [...] (BRASIL, 1999b, p.1).

Com relação ao prazo para implementação das DCN para esse modelo educacional, o Parecer CNE/CEB nº 33/2000²², determinou como prazo final a data de 31.12.2001 (BRASIL 2000b).

Faz-se mister, abrir um parêntese para relatar que no Ceará, em 2006, por meio da Resolução nº 413, o Conselho de Educação do Ceará (CEC), reafirmando os propósitos da Lei nº 9.394/1996 (LDB) e da Resolução CEB/CNE nº 04/1999, dentre outros documentos de referência, regulamentou a EPT no Sistema de Ensino do Estado (CEARÁ, 2006a). Com efeito, é de responsabilidade do CEC o credenciamento de instituições de ensino e de reconhecimento de cursos de educação profissional técnica de nível médio, declarando a competência legal para que instituições de ensino, pública ou privada, passem a ofertar seus cursos. Para tanto, faz-se necessário o cumprimento de requisitos obrigatórios quanto à natureza legal da instituição, e outros de caráter formativo, dentre outras exigências, o Projeto Pedagógico Institucional (Resolução CEC nº 395/2005),²³ o Regimento Escolar e o Plano de Curso.

A propósito das iniciativas da saúde no campo da qualificação e formação técnica de nível médio, lembramos dois importantes marcos da Educação Profissional em Saúde, quais sejam: o Projeto de Formação em Larga Escala, da década de 1980, e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), dos anos 2000 (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Conforme as autoras, o Larga Escala, foi um projeto de cooperação interinstitucional, envolvendo o Ministério da Saúde, o MEC, o Ministério da Previdência e Assistência Social

²² Revogou o CNE/CEB Nº 30/2000, o qual definia sua implementação a partir do ano de 2001.

²³ Resolução Nº 395/2005 - Estabelece diretrizes para a elaboração de instrumentos da gestão das instituições de educação básica integrantes do Sistema de Ensino do Estado do Ceará.

e a OPAS e “surgiu devido à necessidade de promoção e melhoria da formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde” (idem, p. 37).

Constituído pela Portaria de 11 de março de 1980, e ratificado pela resolução nº 15 de 11 de novembro de 1985, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), foi uma estratégia emergente para o aprestamento de recursos humanos no contexto das Ações Integradas de Saúde que objetivavam a integração de serviços, como também, para reafirmar a participação interministerial, das Secretarias Estaduais de Saúde e de Educação e da Organização Panamericana da Saúde (BRASIL, 1985).

Na concepção do Ministério da Saúde, a proposta traz em seu bojo os pontos positivos da formação profissional realizada não só pelos serviços de saúde, como também pelas instituições educacionais, efetivando três ações primordiais, quais sejam:

a) o ensino supletivo, que confere flexibilidade em termos de carga horária, tempo de formação, corpo docente, etc, e esta dirigido a indivíduos (já admitidos ou em processo de seleção) que realmente optaram pelo engajamento nesse setor de mercado de trabalho; b) o treinamento em serviço que proporciona melhor ajustamento entre o tipo de qualificação e as necessidades operacionais das instituições de saúde; c) o caráter de habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional, o que enseja o estabelecimento de padrões mínimos para o processo de capacitação, facilita a promoção profissional e o acesso a outros níveis de formação (PEREIRA; RAMOS, 2006, p.37).

É inegável, pois, a importância desse projeto para o processo de integração entre o ensino e o serviço e reorganização dos serviços, bem como, “contra a naturalização das ações de saúde feitas por trabalhadores de níveis, médio e fundamental” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 38).

O PROFAE, estratégia do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade da assistência prestada pelos trabalhadores de enfermagem nas unidades do Sistema Único de Saúde, foi organizado para ser executado em 04 anos (até 2004), contudo, ao superar as metas estabelecidas, teve seu prazo prorrogado até 2007. Na época, o MS destacou três fatores preponderantes para que a implantação do PROFAE fosse reconhecida, também, como uma iniciativa de

[...] significado social: falta de qualificação dos trabalhadores que atuavam nos múltiplos espaços e ações de Saúde, no campo da Enfermagem, risco de desemprego em consequência do exercício ilegal da profissão e o risco a que a população estava submetida pela baixa qualidade das ações desempenhadas por estes trabalhadores (BRASIL, 2006b, p.3).

Outro diploma, instituído pelo Ministério da Educação, por meio da Resolução de n.º 04/99, são as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico para 20 áreas, dentre as quais a da saúde. A legislação em questão foi pensada e instituída, com vistas a contribuir para que a Educação Profissional na área da saúde, seja compreendida numa perspectiva intersetorial, conectada ao conjunto de outras políticas sociais.

De acordo com essa Resolução, a área da saúde:

Compreende as ações integradas de proteção e prevenção, educação, recuperação e reabilitação referentes às necessidades individuais e coletivas, visando à promoção da saúde, com base em modelo que ultrapasse a ênfase na assistência médico-hospitalar. A atenção e a assistência à saúde abrangem todas as dimensões do ser humano – biológica, psicológica, social, espiritual, ecológica - e são desenvolvidas por meio de atividades diversificadas, dentre as quais biodiagnóstico, enfermagem, estética, farmácia, nutrição, radiologia e diagnóstico por imagem em saúde, reabilitação, saúde bucal, saúde e segurança no trabalho, saúde visual e vigilância sanitária. As ações integradas de saúde são realizadas em estabelecimentos específicos de assistência à saúde, tais como postos, centros, hospitais, laboratórios e consultórios profissionais, e em outros ambientes como domicílios, escolas, creches, centros comunitários, empresas e demais locais de trabalho (BRASIL, 1999a, p.20).

Nessa resolução também foram definidas as competências gerais a serem alcançadas pelos técnicos de saúde em geral, permitindo complementação de currículo pelas escolas formadoras. Dentre as competências profissionais gerais do técnico estão elencadas:

[...] identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença; identificar a estrutura e organização do sistema de saúde vigente; identificar funções e responsabilidades dos membros da equipe de trabalho; planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade; realizar trabalho em equipe, correlacionando conhecimentos de várias disciplinas ou ciências, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área; interpretar e aplicar legislação referente aos direitos do usuário; avaliar riscos de iatrogenias²⁴**[grifo nosso]**, ao executar procedimentos técnicos; Interpretar e aplicar normas do exercício profissional e princípios éticos que regem a conduta do profissional de saúde; Identificar e avaliar rotinas, protocolos de trabalho, instalações e equipamentos; Operar equipamentos próprios do campo de atuação, zelando pela sua manutenção; Registrar ocorrências e serviços prestados de acordo com exigências do campo de atuação; Prestar informações ao cliente, ao paciente, ao sistema de saúde e a outros profissionais sobre os serviços que tenham sido prestados; Orientar clientes ou pacientes a assumirem, com autonomia, a própria saúde; Coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação; Utilizar recursos e ferramentas de informática específicos da área; Realizar primeiros socorros em situações de emergência [...] (BRASIL, 1999a, p.20-21).

²⁴ Lesão, processo patológico ou alteração orgânica que é provocado pelos médicos ou pelas suas atuações e tratamentos. Dicionários de Termos Médicos. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos>. Acesso em: Maio de 2016.

Dando continuidade à legalização da EPT para a área da saúde, o Ministério da Educação lança no ano 2000 os Referenciais Curriculares Nacionais de Educação Profissional de Nível Técnico: Área da saúde, sobre o qual trataremos com mais detalhes no capítulo seguinte.

Em conformidade com esse diploma, a EPT para a Saúde diz respeito às ações integradas referentes às necessidades individuais e coletivas, com base em modelo que ultrapasse a ênfase na assistência médico-hospitalar.

Conforme os RCN para a EPT da área da Saúde, para atender às necessidades da área, essas instituições de Educação Profissional devem,

[...] preparar sua clientela para o pleno exercício de suas funções mentais, cognitivas e socioafetivas, com capacidade de aprender com autonomia e assimilar o crescente número de informações, adquirir novos conhecimentos e habilidades e enfrentar situações inéditas com dinamismo, flexibilidade e criatividade, compreendendo as bases sociais, econômicas, técnicas, tecnológicas e científicas (BRASIL, 2000c, p.17-18).

Essas instituições também devem permanecer atentas às novidades e exigências do processo produtivo e oferecer cursos técnicos que preparem profissionais que, inclusive, dependendo da profissão, sejam capazes de dirigir seu próprio negócio, assim como oferecer cursos de especialização técnica que levem à ampliação de seus horizontes (BRASIL, 2000d).

Nesta perspectiva o RCN da área recomenda a essas instituições, entre outras ações:

- A criação de modelos pedagógicos que reflitam o dia a dia do profissional, utilizando laboratórios dotados de aparato tecnológico que esteja em concordância com a atualidade do campo profissional.
- A integração do ensino serviço como forma de tornar o processo ensino-aprendizagem aderido à realidade do trabalho.
- O estudo e a implantação de estratégias que facilitem a contratação de profissionais efetivamente engajados no trabalho, adequando os esquemas pedagógicos e administrativos convencionais;
- A capacitação pedagógica do corpo docente, privilegiando processos pedagógicos crítico reflexivo e participativo que auxiliem aos professores a desempenhar o papel de mediadores do processo ensino-aprendizagem (BRASIL, 2000d, p.18).

Contudo, apesar dos múltiplos esforços que vêm sendo feitos no sentido de consolidar a Educação Profissional em Saúde, pactuamos do pensamento de Quevedo (2011) quando este ressalta que essa modalidade de ensino continua buscando conquistar seu espaço de

atuação e a confiança da sociedade, apresentando-se como esperança de formação de pessoas que além de preparadas para uma profissão, se percebam como sujeitos de sua própria história.

A dimensão do ensino serviço dentro do processo de ensino-aprendizagem estabelece a integração direta do ensino com o serviço através da inserção de discentes no serviço de saúde pode induzir a novas formas de organização do trabalho. Nessa troca, docentes, discentes, profissionais de saúde e sociedade. No aspecto educativo, um currículo integrado valoriza o espaço de construção de saberes entre ensino, serviços e comunidade, onde a formação efetivada, nada mais é do que o fruto de anos de reflexão sobre a prática. Com isso, cabe à instituição formativa a promoção de espaços onde possa ser incorporada essa integralidade do processo de ensino-aprendizagem, devendo o sujeito refletir sobre a sua realidade em consonância com a realidade (FREIRE, 2001).

Portanto, concordamos com Wittaczik (2008) quando diz que, para além do preparo técnico as instituições que ofertam essa modalidade de ensino, devem estar aptas a oferecer ao mercado de trabalho, profissionais que, não somente conheçam e saibam operacionalizar as tecnologias utilizadas pelas organizações, mas, estejam aptos e dispostos a aprenderem sobre as novas tecnologias que surgem. Ao dominar as novas tecnologias, o ACS acaba por destacar-se em sua prática, pois a condução de um trabalho qualitativo com o auxílio das novas tecnologias torna os diagnósticos sociais mais dinamizados, em consonância com a nova demanda social que surge com o desenvolvimento constante dos sujeitos.

Destarte, competem às instituições formadoras, a responsabilidade de gerar saberes coletivos, contemporizadores e coerentes com os novos processos e novas formas de organização produtiva, que se renovam cotidianamente, uma vez que, estão a depender das transformações e inovações ocasionadas pela tecnologia.

No nosso entendimento, a Educação Profissional é uma modalidade de ensino que ultrapassa o campo da política assistencialista, uma vez que, não se resume à simples preparação do indivíduo para execução de determinado conjunto de tarefas com vistas ao mundo do trabalho. Entretanto, na realidade atual, de uma sociedade que se organiza e se conforma na relação existente entre os que dominam e o que são dominados, ainda muito terá que se caminhar, na busca de uma formação desvinculada das demandas e necessidades do capital e de suas necessidades técnico-organizativas, em que o homem será o elemento prioritário e centro das preocupações.

2.2 A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS E O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A criação do SUS e uma nova compreensão acerca da atenção em saúde apontaram para a possibilidade de maior qualidade de vida, ao vislumbrar um atendimento que concilie a capacidade técnica com a humanização. Dentre as competências do SUS, uma é dar orientação à formação dos profissionais de saúde através de ações conjuntas entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Teoricamente o SUS preocupa-se com mudanças na vinculação entre os profissionais de saúde e os utentes, na estruturação das atividades e no delineamento da assistência à saúde.

Dadas as particularidades do atendimento em saúde, a formação dos profissionais tornou-se alvo de reflexões não só na própria área como em outras afins. Diante disso, foi surgindo a ideia de interdisciplinaridade e de trabalhos integrados na área da saúde, de modo que os serviços tomassem um sentido mais amplo em que o ser humano fosse visto como um ser biológico e social, considerando as suas ambientações, seu contexto social, entre outras, acabando ou minimizando saberes fora do contexto do próprio indivíduo.

Essa mudança entra nos bancos universitários e passa a construir novos arranjos inovadores em busca de uma formação geral, com caráter mais humanista voltada para a integralidade de conhecimentos. Esse avanço aconteceu de forma paulatina, permeada de conflitos entre as antigas abordagens sobre a prestação de serviços em saúde e as novas que despontam.

De acordo com Meyer, Félix e Vasconcelos (2013) devem-se experimentar novas formas de intervenção nas práticas de saúde, nas quais estudantes, professores, profissionais de saúde e até mesmo os usuários sejam protagonistas da produção de novas aprendizagens, de atendimentos e de produção de conhecimento. Para os autores, o corpo humano é educado por uma série de processos que o subjetiva, e pelos quais é transformado em sujeito de determinada cultura, seja ela de saúde, do profissional de saúde ou do que se pratica no âmbito do sistema de saúde do Brasil.

A compreensão interdisciplinar com a integração de saberes define as relações mantidas entre o corpo, a mente e o ambiente social. Para Ceccim e Merhy (2009), quando o exercício da profissão na área da saúde é fragmentado, também se fragmentam as pessoas, bem como, seus órgãos, seus membros e seus sentimentos. Dessa forma procura-se cuidar do corpo sem considerar outros aspectos como os sociais e os ambientais, como se eles não intervissem na saúde da pessoa.

Nessa lógica, Barros (2005) chama atenção para:

[...] uma formação que se configure em múltiplas formas de ação, como produção de saberes e práticas sociais que instituem sujeitos de ação, aprendizados permanentes e não práticas de modelagem [...] escapando da produção de profissionais como mercadorias amorfas, despotencializadas, silenciosas e serializadas [...] que valorizam apenas a ‘competência técnica’ e que insistem em discernir o que é ‘especificamente cuidar’ do que é ‘especificamente político’. [...] Nossas práticas podem ser suporte importante para as mudanças que queremos (BARROS, 2005, p.137).

Pensar e agir de forma integrativa na saúde abre espaço para a ampliação desse ideal aos gestores da área, e, por conseguinte, possibilita-lhes novos modos de gerenciar processos de trabalho com novos sentidos, pautados na realidade dos serviços, dos indivíduos e das práticas pedagógicas que permeiam a promoção; prevenção; diagnóstico e cura das pessoas.

Não obstante Pereira e Ramos (2006, p. 13) chamam a atenção para o fato de que,

[...] a educação dos trabalhadores na saúde é composta por projetos contraditórios, interessados, conflitantes e em luta por uma visão de mundo. Uma boa análise crítica, dentro e fora das instituições escolares, poderá indicar os sentidos e os contextos desses projetos interessados que fazem a história da Educação Profissional.

Tal realidade pode ser explicada, pela premissa de que,

No campo da educação em geral e, particularmente, no campo da Educação Profissional, como efeito da reestruturação produtiva e resultado da correlação de forças políticas e do processo de produção de ideias, não se permitiu a construção de uma política de formação plena e universal dos trabalhadores (MOROSINI, 2009, p, 69).

A autora, também ressalta que a falta de uma regulação que objetive, sobretudo, a formação geral do indivíduo, em que a questão técnica seja vista como um aspecto entre as diversas áreas do conhecimento humano tem contribuído, sobremaneira, para que se continue “[...] realizando atividades de capacitação e educação continuada, despreocupadas com o processo de profissionalização desses trabalhadores e de elevação de sua escolaridade [...]” (MOROSINI, 2009, p. 70).

A partir de 2003, conforme Morosini (2009, p. 41) “na nova configuração do Ministério da Saúde comandado por Humberto Costa”, a gestão do trabalho e a gestão da educação na saúde demarcaram a divisão da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em dois departamentos: o Departamento de Gestão e Regulação do

Trabalho na Saúde (DEGERTS) e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES).

Com essa divisão o MS parece reconhecer a situação crítica dos profissionais de saúde frente à consolidação do SUS, quanto ao planejamento da inserção de trabalhadores, à regulação das relações de trabalho, à regularização dos vínculos trabalhistas, a formação e o desenvolvimento dos profissionais em todos os níveis de ensino: superior e médio técnico. Além disso, o órgão também atenta para a busca de qualificação das ações e serviços de saúde e a gestão do SUS.

A criação desses departamentos, assim como a mudança do termo Recursos Humanos em Saúde para gestão do trabalho e da educação em saúde pelo governo federal, proporciona a abertura de novas perspectivas quanto à qualificação para os serviços de saúde.

Conforme Morosini (2009, p.37):

No marco do SUS, as questões do campo dos Recursos Humanos em Saúde ganharam novos contornos derivados das políticas de descentralização da gestão do sistema e da oferta e organização dos serviços e ações de saúde, principalmente, por meio da municipalização. A ampliação dos postos de trabalho, notadamente, nos municípios, é uma realidade, assim como, a multiplicação das condições de gestão do trabalho nas três instâncias federativas e entre os diferentes municípios.

Várias foram as propostas de ações para uma mudança de pensamento sobre a qualificação do profissional de saúde, sensibilizando os gestores de saúde para a necessidade de elaborar e implantar políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde elencadas pelo MS. Dentre as ações pode-se elencar:

- A necessidade de elaboração e implantação de uma nova política de recursos humanos;
- O desenvolvimento de um Sistema Nacional de Informações que permita a comunicação entre Ministério da Saúde, estados e municípios e que dê suporte às ações voltadas para a gestão do trabalho e educação na Saúde;
- O desenvolvimento da capacitação dos profissionais do setor para maior qualificação técnica, administrativa e institucional em planejamento, programação, acompanhamento e avaliação e
- Os investimentos junto às secretarias estaduais e municipais de Saúde na implantação ou fortalecimento das infra-estruturas de gestão do trabalho e da educação em Saúde (BRASIL, 2005, p. 53).

Nesse contexto, entendem-se os motivos pelos quais, o DEGERTS indicou a reformulação dessas estruturas, numa perspectiva moderna e inovadora, buscando a efetiva integração entre gestão do trabalho e educação na saúde, e que, defendendo ser

imprescindível que as secretarias estaduais e municipais de saúde devem ter setores de gestão do trabalho e da educação na saúde fortalecidos e/ou reformulados, com vistas a efetivar a área da gestão do trabalho e da educação no SUS (BRASIL, 2005).

Acredita-se que essa estratégia tenha contribuído para que essa área tivesse o apoio dos gestores das três esferas do governo e dos profissionais da saúde e para que buscassem recursos tecnológicos apropriados, para não se converterem em mais uma instância burocrática, e, pudessem assim, efetivar os objetivos a que se propôs.

2.3 A FORMAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A Política de Educação Profissional em Saúde do DEGES trabalha na perspectiva da habilitação técnica em itinerário – Formação Técnica em Itinerário/FORTI-SUS, para cursos de nível técnico na área da saúde. O termo ‘itinerário’ diz respeito aos percursos formativos, organizados e interdependentes capazes de possibilitar uma progressão concomitante à escolarização do trabalhador. Para o ACS a habilitação técnica proposta possibilita o ingresso na Etapa Formativa I ou Formação Inicial, de todos os trabalhadores do SUS de qualquer escolaridade. O certificado de conclusão do curso ficará condicionado ao certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio ou equivalente (BRASIL, 2004d).

O MS descreve o Forti-SUS como uma

[...] política que visa a oferecer profissionalização para o segmento de trabalhadores de nível médio, mediante a estruturação de etapas formativas que levem em conta a inserção no trabalho, a educação de adultos, a experiência acumulada (conhecimento tácito) e o desenvolvimento da curiosidade investigativa nos trabalhadores. [...] essa política envolve o fortalecimento das escolas técnicas de saúde, a oferta de cursos de complementação do Ensino Fundamental e Médio, quando necessário, e a formação de professores de educação técnica, além da formação técnica propriamente dita e da montagem dos perfis de competência profissional para os currículos embasados em competências profissionais para os cursos técnicos (BRASIL, 2016).

Imbuído da mudança nos quadros educacionais quanto à prestação de serviços em saúde, o MS definiu estratégias para formação dos ACS, estabelecendo que os cursos técnicos devam ser estruturados visando ao desenvolvimento de competências, habilitando o profissional para reconhecer a realidade social da pessoa, bem como suas necessidades.

No que se refere a esse processo formativo as Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde, defendem que a teoria deve servir, sobretudo, de apoio e estar integrada à prática deixando claro sua defesa em prol de uma formação feita em serviço (BRASIL, 1999c).

Os programas de qualificação profissional devem ser estruturados de tal maneira que os ACS se desliguem o mínimo possível de seu trabalho. Recomenda-se, portanto que as atividades educacionais sejam descentralizadas, ocorrendo de preferência próximo ao local de trabalho dos ACS. Atividades que envolvam treinamento em serviço devem ser estimuladas (BRASIL, 1999c, p. 11).

O itinerário/percurso de formação, descrito a seguir, está previsto em três etapas ou módulos: deve ter o total de 1.200 h, porém cada módulo tem carga horária definida de acordo com a estabelecida pelas instituições formadoras, quando da elaboração dos planos de cursos. Os módulos estão referenciados com o trabalho desenvolvido pelo ACS, garantindo que as ações sejam adequadas aos espaços e aos contextos nos quais se desenvolvem as práticas.

- Etapa formativa I ou Módulo I - Contextualização, aproximação e dimensionamento da formação inicial/ problema o perfil social do técnico em agente comunitário de saúde e seu papel no - âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS (não exige escolaridade como pré-requisito de entrada);
- Etapa formativa II ou Módulo II - Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, a grupos específicos e a doenças prevalentes;
- Etapa formativa III ou Módulo III - Promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário (BRASIL, 2004d, p.6).

Desse modo, a formação do ACS visa contemplar a diversidade que envolve sua prática profissional, a partir das especificidades de cada unidade de organização do cuidado em saúde, das formas de inserção e organização do trabalho, do atendimento das demandas individuais e coletivas e ainda, das diferenças regionais, políticas e econômicas. Assim, a formação do ACS deve ser integrada e, porque não, interdisciplinar, tendo em vista que ele necessita de conhecimentos que abarquem vários aspectos que envolvem a saúde das pessoas da comunidade.

Não se pode deixar de mencionar que a qualificação para o trabalho do ACS, por ser considerada extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, além de conhecimento técnico, tem envolvimento pessoal, dada sua proximidade com os problemas que a afetam.

Essa qualificação tal como proposta pelo MS possibilita a transformação de situações-problema que interferem na qualidade de vida das famílias.

No entanto, essa qualificação é controversa, pois para Morosini (2009, p.16),

[...] a formação profissional dos ACS tem se caracterizado pela precariedade e diversidade, uma vez que, para a função de ACS, desde o PACS e, durante muitos anos, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu como critério de escolaridade as habilidades de ler e escrever. A formação profissional restringiu-se, em geral, à capacitação em serviço, realizada pelo enfermeiro-supervisor, principalmente, no caso do PACS, ou pela equipe do Programa Saúde da Família (PSF), operando-se de forma distinta nos diversos municípios que adotaram a Estratégia Saúde da Família.

No que diz respeito ao processo formativo do ACS, é importante mencionar que a lei n.º 11.350/2006, em seu artigo 6º destaca como um dos requisitos para o exercício da profissão a necessidade de o ACS ter concluído, com aproveitamento o curso introdutório de formação inicial e continuada, cabendo ao Ministério da Saúde estabelecer os parâmetros para tal processo formativo, o qual deverá ocorrer em consonância com as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo CNE (BRASIL, 2006a). Salientamos que, diferente da lei anterior (10.507/2002), que estabelecia a carga horária mínima de 80h para a referida formação, a atual lei, não faz nenhuma referência a carga horária para essa formação.

Morosini (2009) diz que a publicação do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, consolidou a proposta de formação técnica, mas sua implementação não tem se dado integralmente, configurando a prevalência de uma qualificação inicial²⁵, conforme determina a legislação que orienta o exercício da profissão de ACS. Entretanto, a autora indica que o processo não se esgotou, sendo a atual política de formação dos ACS objeto de disputas e demandas, tanto pela sua conservação, quanto pela sua transformação.

Para Pedrosa *et al.* (2011) é de fundamental importância que o ACS conclua o curso técnico, pois ele possibilita a consolidação de suas atividades, e com isso, adquire-se mais qualidade nas atividades voltadas para a comunidade. Assim, o incentivo à profissionalização e a sua instrumentalização técnica para o desenvolvimento de suas atividades, dá a

²⁵ Além de ter sido garantido financiamento somente para a etapa formativa I, que atende uma das exigências contidas na lei n.º 11.350/2006, essa formação vai de encontro aos interesses da maioria dos gestores, para os quais, o fato do ACS ter uma formação técnica poderá incidir em aumento salarial, e, por conseguinte, aumento dos gastos públicos.

oportunidade de promover uma mudança positiva no perfil do ACS com o aumento da sua escolaridade.

No entendimento de Avila (2011) as diretrizes apontadas no referencial curricular do curso de formação técnica do ACS possibilitam que ele adquira saberes que, de certa forma, já fazem a parte dos conhecimentos dos outros membros da equipe de PSF, mas pode descaracterizar o ACS. Isso não quer dizer que essa formação seja desnecessária, porém, deve ser encarada na dimensão social da comunidade, dessa forma sim, estaria à característica do trabalho do ACS na ESF.

O processo formativo para se efetivar como relação direta entre teoria e prática (*práxis*), precisa ser embasado sumariamente pela efetivação de uma prática humanizada. A prática humanizada é construída dentro de um processo contínuo de reflexão sobre a ação do sujeito, em contínua mediatização com o meio social que o cerca. Dessa forma, teoria e prática tornam-se protagonistas únicas de um processo de ensino-aprendizagem humanizador em sua completude (FREIRE, 2001).

Ainda que transcorridos quatorze anos, não podemos nos furtar de concordar com a opinião de Tomaz (2002, p. 86), quando este ressalta que, para se discutir processo de formação ou qualificação de recursos humanos “é fundamental conhecer: o perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e que competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional”.

Assim sendo, a primeira dificuldade para a qualificação do ACS é que ainda não se conseguiu determinar o perfil, as atribuições e competências deste profissional de maneira clara e efetiva. As atribuições e as competências até que são definidas, no entanto, pouco se fala sobre seu perfil. No discurso oficial é comum o uso do termo ‘novo perfil profissional’, um ‘novo saber’, um ‘novo fazer’, um ‘novo ser’, mas especificamente não diz qual seria esse novo perfil, mesmo sabendo que o ACS deve ser da comunidade, para que a partir das características locais possa identificar os problemas com maior propriedade e assim, poder dar maior contribuição à população.

Sabe-se que preparar esse novo perfil diz respeito aos mecanismos de seleção, aos processos de capacitação, aí incluídos os treinamentos introdutórios, a educação continuada e a sistemática de supervisão adotada (BRASIL, 1999b).

Diante disso Tomaz (2002, p. 87) diz que:

O processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel. Os programas educacionais devem ser elaborados e baseados no desenvolvimento de competências, utilizando métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante, e, quando possível, incluindo novas tecnologias, como a educação à distância. Além disso, dentro desse contexto, o desenvolvimento de algumas competências transversais, como a capacidade em trabalhar em equipe e a comunicação, devem fazer parte de qualquer programa educacional do ACS e dos outros profissionais de saúde.

Entende-se que a formação, a capacitação e a profissionalização do ACS devem estar voltadas para a realidade na qual está inserido. Assim, a percepção do ambiente e da cultura da comunidade a qual pertence deve estar nítida no desempenho de suas funções. Costa *et al.* (2005) reforçam esta ideia considerando importante que o processo de capacitação dos trabalhadores de saúde seja pautado na realidade local, no entanto, tão importante quanto isso é buscar construir juntamente com eles possibilidades de intervenção que propiciem mudanças na realidade vivenciada.

Concordando com essas ideias, foi que em 2004, o MS publicou o referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde, propondo a formação de técnicos de nível médio para atuar junto às equipes multiprofissionais para o desenvolvimento de ações de cuidado e proteção à saúde de pessoas e de grupos sociais, nos domicílios e na coletividade, além de uma atuação intersetorial para o desenvolvimento de ações de promoção a saúde.

Para Costa *et al.* (2005) o processo de capacitação dos ACS teve como característica a busca pela integração ensino-trabalho, favorecendo maior apreensão dos temas, situações e problemas trabalhados, articuladamente com as ações desenvolvidas nas unidades de saúde e na comunidade. Provavelmente, outra dificuldade na formação do ACS reside no fato do trabalho do ACS estar voltado para a sua comunidade e da existência de particularidades desta. A padronização nacional da formação nem sempre pode ser observada igualmente para todas as comunidades.

Outro aspecto observado por Silva e Dalmaso (2002), está na questão das prioridades para que a capacitação se concentre mais nos profissionais universitários, como médicos e enfermeiros, conforme já mencionado. Ao ACS cabe além do treinamento introdutório, um pouco mais abrangente, participar de discussões temáticas conduzidas por eles no nível local ou regional quando oportuno.

Santana *et al* (2009) concordam que o ACS tem conhecimento e consciência do seu papel dentro de uma equipe multiprofissional, no entanto, não se sentem seguros para a prática de todas as suas atribuições. Segundo os autores, o ACS aprende na prática o que deveria ter sido anteriormente treinado.

Tal realidade, é apontada por Gomes *et al* (2009) em pesquisa desenvolvida em Minas Gerais sobre a capacitação do ACS, na qual constatou que somente 54,6% dos ACS receberam orientação antes do início do trabalho e 81,8% participaram de cursos quando já estavam trabalhando. Tais resultados demonstraram a necessidade de melhoria na capacitação desse profissional, capaz de promover uma readequação do seu nível de apreensão e conhecimento dos princípios do SUS e do PSF, de modo que possam exercer suas atividades de acordo com o preconiza as diretrizes do SUS e assim contribuam efetivamente para a consolidação de tais diretrizes.

Percebe-se que isso não ocorre somente em algumas comunidades mineiras, mas está muito próximo de outras realidades nas demais cidades dos Estados do país. Outro aspecto quanto à formação do ACS é o que sinalizam Bachilli *et al* (2008). Esses autores ao criticarem esse atual modelo de capacitação, afirmam que na pesquisa realizada por Gomes *et al* (2009), as respostas dos ACS apontam sua insuficiência e que os cursos são falhos por não incluir efetivamente dados da realidade local, por dar pouca atenção a área dos relacionamentos e/ou psicológicas, além de jogar muita informação em um curto espaço de tempo.

Conforme essa pesquisa, os ACS investigados apontaram para uma readequação destes cursos, com periodicidade mensal e com atenção no relacional, além de serem conduzidos de forma descentralizada.

Nunes *et al* (2002) argumentam que o ACS como membro da equipe de PSF tem a responsabilidade de dominar determinados conteúdos e práticas da área da biomedicina e considerando a formação que recebe, têm mais acesso ao saber biomédico do que o popular, por ser considerado mais valorizado do que o primeiro, daí porque têm prestígio social. Nesse aspecto o autor considera isso contraditório, tendo em vista que a base do conhecimento do ACS é o saber popular em saúde e o conhecimento sobre o funcionamento da dinâmica social da comunidade em que está inserido.

Todo o processo de capacitação dos ACS deve ser fundamentado na dialética da lógica do modelo da produção social da saúde, atentando para as necessidades de saúde das pessoas e das comunidades atendidas, transformando as práticas profissionais e a própria

organização do trabalho, articulando o saber acadêmico com o saber popular, numa educação crítico-reflexiva com metodologia problematizadora. Tal proposta pedagógica é a que assegura a Educação Permanente em Saúde (EPS).

De acordo com Franco e Koifman (2009, p. 2):

A formação compreendida desta forma permite aos trabalhadores de saúde a realização da práxis, ou seja, permite a reflexão sobre as suas experiências vividas no trabalho, estabelecendo os nexos da teoria com a realidade vivenciada, possibilitando a transformação de suas ações, deflagrando um processo dialético prática-reflexão-práxis.

Segundo as autoras, como a prática é o princípio e o fim da criação do conhecimento, então a práxis que surge daí, pode não só interferir na transformação da realidade social, como também pode contribuir para a transformação do próprio sujeito ‘fazedor-pensador’ desta práxis. Assim, essa forma de produção do conhecimento na perspectiva da educação crítica, contrária à seletividade, à discriminação e ao rebaixamento do ensino das camadas populares, rompe com uma educação que visa atender os interesses dominantes.

A EPS oferece a possibilidade de incorporar as necessidades sociais no processo de ensino-aprendizagem, dando chances à construção de um modelo de atenção à saúde usuário centrado, que seja em defesa da vida individual e coletiva (FRANCO e KOIFMAN, 2009).

Para a efetivação dessa prática educativa, Franco e Koifman (2009) advogam ser necessário reforçar a valorização de saberes e práticas populares, de modo que se estabeleça uma nova relação profissional-usuário quanto à autonomia e cidadania. Dessa forma a relação “[...] profissional-profissional toma outro significado, a partir práxis, que possibilita o exercício da criatividade e da autonomia na busca de soluções para os problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde [...]” (idem, p. 2).

A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre as diretrizes para a implementação da PNEPS e dá outras providências. Essa política possibilita uma sistematização técnica e científica do conhecimento do trabalhador em saúde e quando é praticada no seu cotidiano formativo em meio a uma aprendizagem significativa, favorece o pensamento reflexivo, dialógico, contextual, colaborativo, construtivo e ativo. Entende-se que o estudante envolvido nas práticas de saúde passa a construir processos favorecendo a aprendizagem significativa.

A EPS de acordo com essa Portaria defende em seus pressupostos um processo educativo no qual o cotidiano do trabalho em saúde é analisado, capaz de favorecer a reflexão

e avaliação dos sentidos pela práxis. A partir dos questionamentos sobre a realidade concreta do dia a dia, o aluno passa a compreender o conhecimento socialmente construído.

Nesse cenário, Vasquez (1968, p.117) diz que “[...] é a atividade teórica e prática que transforma a natureza e a sociedade; prática, na medida em que a teoria, como guia da ação, orienta a atividade humana; teórica, na medida em que esta ação é consciente”. Com o ACS a EPS possibilita uma reflexão crítica de suas atividades laborais e assim, compreender as inter-relações que envolvem suas atividades na comunidade.

Acerca da necessidade da formação do ACS, Ceccim & Feuerwerker (2004, p. 45) afirmam que:

[...] a formação como política do SUS poderia se inscrever como uma ‘micropotência’ inovadora do pensar a formação, agenciamento de possibilidades de mudança no trabalho e na educação dos profissionais de saúde e invenção de modos no cotidiano vivo da produção dos atos de saúde [...].

2.3.1 A Formação do ACS no Ceará

O Ceará, passados quase 20 anos do início dos trabalhos do ACS no Estado, atentou para a problemática da capacitação e do enfrentamento dos desafios que encontra, através da Escola de Saúde Pública do Ceará, que traz uma perspectiva estratégica de apoiar a formação de gestores e trabalhadores do SUS, na desafiante missão de:

[...] contribuir para a excelência da atenção à saúde e a melhoria de vida da população do Ceará por meio de desenvolvimento de programas de formação e educação permanente dos profissionais de saúde, extensão e pesquisas sobre temas relevantes em saúde pública [...] colaborando, assim, para fomentar a formação nos espaços organizativos da recém-criada política pública de saúde no Ceará, que se construía nos municípios cearenses e na esfera do Estado (CEARÁ, 2010b, p.11).

Desse modo, tratou da formação técnica do ACS seguindo as diretrizes curriculares do Ministério da Saúde, de modo a articular e dar suporte nas novas demandas postas pelo SUS. Identifica-se na área de saúde uma crescente necessidade e ampliação de oferta dos cursos de nível médio que podem ser de qualificação, habilitação ou especialização, aperfeiçoamento e atualização.

As possibilidades de articular esses cursos entre si e com o ensino médio regular destacam-se como potencialidades para a área da saúde, haja vista as oportunidades profissionais de estabelecer itinerários formativos, sobretudo para os auxiliares oriundos das antigas habilitações parciais, criadas pelo Parecer 45/72²⁶. O incremento da formação técnica em saúde possibilita uma qualificação para um maior alcance do SUS ante o crescimento da demanda por acesso universal e com qualidade, sobretudo quando a tecnologia na saúde passa a exigir novas competências profissionais.

Nesse sentido, propomos discutir o currículo do curso do ACS ofertado pela ESP-CE. Buscamos assim evidenciar a importância do currículo, como núcleo estruturante da formação, que deverá promover estabelecimento de estratégias de ensino-aprendizagem que se articulem com as necessidades de formação demandadas pelo SUS, contribuindo para a formação de sujeitos que interfiram positivamente em sua realidade.

No que diz respeito à formação, a ESP-CE é responsável pelo desenvolvimento profissional e da educação permanente e continuada dos trabalhadores do SUS na área da saúde e em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas em saúde; favorece a articulação intersetorial; e incentiva a participação e o controle social no setor da saúde. Responsabiliza-se, também, pela cooperação técnica, operacional e financeira com os municípios e instituições formadoras, para a organização da educação popular em saúde junto aos movimentos sociais e outras entidades envolvidas no processo de formação, bem como, no desenvolvimento profissional, na educação permanente e educação popular em saúde em um de seus Polos de Educação Permanente que estão instalados em Fortaleza, Quixadá, Sobral e Crato.

Os critérios para a organização do curso Técnico Agente Comunitário de Saúde foram: agrupamento de ACS por Equipes de Saúde da Família (Base de cálculo = aproximadamente 25 ACS por turma); 1 turma pode ter em média, aproximadamente, 5 Equipes de Saúde da Família. De acordo com a ESP-CE as vantagens são: motivação conjunta dos ACS de uma ESF; integração os ACS de uma mesma ESF e destes com os outros profissionais; maior impacto das atividades de prática profissional na comunidade/município e fortalecimento da identidade profissional dos ACS nas ESF (CEARÁ, 2016).

²⁶ Do técnico formado com base nas diretrizes curriculares apoiadas no Parecer CFE n.º 45/72 era exigida, predominantemente, formação específica. Em geral, um técnico não precisaria transitar por outra atividade ou setor diverso do de sua formação, mesmo que pertencesse à mesma área profissional.

O curso tem como eixo a concepção pedagógica da educação permanente (EPS). As temáticas da etapa I são relativas à contextualização, a aproximação e ao dimensionamento do problema, ao perfil social do ACS e ao seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS.

Na etapa II²⁷, estão as temáticas da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário. Na etapa III, a promoção da saúde e prevenção de doenças dirigidas aos indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes.

No ano de 2006, cerca de 60% dos ACS no Ceará tinham concluído o ensino médio e 30% estavam na escola. Todos tiveram acesso à Etapa Formativa I, independente da escolarização; tiveram acesso à Etapa Formativa II, os concluintes da Etapa Formativa I, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental; e o acesso à Etapa Formativa III é garantido os concluintes das Etapas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio. Cumpridas essas etapas e exigências, o ACS está apto a receber o diploma de Técnico Agente Comunitário de Saúde.

Em 2005, ano em que foi celebrado o convênio entre o Governo Federal, Ministério da Saúde e o Estado do Ceará, através da Secretaria da Saúde do Estado (SESA), tendo como operadora a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), em parceria com as Prefeituras Municipais, a meta a ser cumprida, era a formação de 5.409 ACS. De março a novembro de 2005 concluíram a Etapa Formativa I, 4.929 ACS. O que equivale a 91,12% da meta a ser executada. De 2006 a 2014, a ESP-CE capacitou mais 8.661 ACS, totalizando 14.070 ACS concludentes da Etapa Formativa I.

Do final de 2014, até o primeiro semestre de 2015, conforme levantamento realizado por nós, junto às secretárias municipais do Estado identificou-se, aproximadamente, 1.500 ACS que não haviam participado dessa formação.

Há de se chamar atenção para duas particularidades referentes à execução da Etapa Formativa II, que foi desenvolvida no ano de 2007, com 3.270 ACS do Estado. A primeira é o fato de que devido à necessidade eminente de se combater a dengue, esta foi realizada nos 70 municípios que apresentavam um alto de índice de casos confirmados de dengue. A

²⁷ Ainda que no Plano de Curso o conteúdo descrito acima para essa Etapa conste como temática constante da Etapa Formativa III, devido à necessidade eminente de se trabalhar ações com vistas a combater ao alto índice de dengue e, por conseguinte, diminuir/minimizar os agravos na situação de risco ambiental e sanitário de alguns municípios do Estado, os organizadores, após negociações junto a Secretaria de Saúde do Estado (SESA), das Células Regionais de Saúde (CERES) e das Secretarias de Saúde dos referidos municípios, optou por realizar a Etapa Formativa II, trabalhando as temáticas da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário.

segunda é que, da referida etapa, nos municípios de pequeno e médio porte participaram os ACS oriundos das zonas rural e urbana; e nos municípios maiores somente os ACS da zona urbana.

A Etapa Formativa III, tal como consta no Plano de Curso, mesmo não tendo sido ainda executada na íntegra em nenhum município Cearense, já teve, a título de projeto piloto, o módulo de alimentação e nutrição aplicado para 110 ACS do município de Tauá. Tal módulo objetivou não só atender uma demanda do MS, no que tange a capacitação dos ACS para desenvolver ações de promoção da segurança alimentar nutricional para cada ciclo de vida, como também servir de proposta para a inserção da temática, como um dos módulos a ser trabalhado na Etapa Formativa III (CEARÁ, 2010b).

Apesar dessas mudanças, a organização da estrutura curricular segue o que foi preconizado pelo Ministério da Saúde por meio das Diretrizes contidas na proposta de formação do Agente Comunitário de Saúde e pela Resolução n.º 413/2006 do CEC que propõe a formação do Técnico Agente Comunitário de Saúde em três etapas, as quais correspondem aos três âmbitos de atuação desse profissional (CEARÁ, 2016).

Cada uma dessas etapas corresponde a percursos formativos, que serão organizados de forma interdependentes, de modo a possibilitar uma progressão concomitante à escolarização do trabalhador, correspondendo a um processo denominado pelo Ministério da Saúde de itinerário de formação.

A definição do conteúdo programático do Curso baseou-se no RCN, estando de acordo com o perfil de competências profissionais necessárias para o ACS desempenhar o seu papel. Assim, para cada Etapa Formativa estão definidas as competências a serem adquiridas pelo ACS, as quais requerem a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes que supram as necessidades de aprendizagem dos alunos, ou seja, o que os alunos precisam fazer ou ter aprendido ao final do curso, em cada âmbito de atuação da sua prática profissional.

3 O CURRÍCULO DO ACS NA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ

Nosso intento nesse capítulo é apresentar uma reflexão sobre a proposta curricular para a formação do Agente Comunitário de Saúde, desenvolvida pela ESP-CE, frente aos RCN e as atribuições desse profissional no Estado do Ceará.

Inicialmente, com vistas a uma maior compreensão das concepções que embasaram a organização da proposta em análise, registra-se resumidamente, algumas percepções sobre o termo currículo, e sua contextualização, bem como, a utilização do currículo focado na abordagem por competência da ESP-CE. Em seguida apresenta-se a matriz curricular do curso em questão, ao tempo que expomos algumas considerações sobre a mesma, considerando o contexto em que se encontra configurada e através da qual expressa suas práticas educativas.

3.1 DISCUTINDO O TERMO CURRÍCULO

Derivado do verbo latim *currere* (correr) o termo currículo possui amplo significado, dentre eles: carreira, trajetória, caminho, percurso, jornada. Nas palavras de Lopes e Macedo (2011, p.19) “desde o início do século passado ou mesmo desde um século antes, os estudos curriculares tem definido currículo de formas muito diversas, e várias dessas definições permeiam o que tem sido denominado currículo”.

Conforme Hamilton (2015) o uso desse lexema pela primeira vez, deu-se no século XVI, nos registros da Universidade de Leiden em 1582, e ainda no *Oxford Dictionary*, que localiza a fonte primária do "currículo" nos registros da Universidade de Glasgow, em 1633. Em ambas as instituições e nos registros da instituição *Grammar School Glasgow* de 1643, esse verbete, referia-se há “vários anos” de estudo, a curso completo, ou "tendo completo o 'currículo' dos seus estudos".

O autor também destaca que a existência da palavra currículo nesses dois registros encontra-se interligadas as ideias calvinistas²⁸, uma vez que ambas possuíam propósito congêneres, qual seja, formar pregadores e protestantes.

Ressalta-se que o Movimento Calvinista ao formular a doutrina da predestinação²⁹, e defender que aqueles que atendessem ao chamamento de Deus eram os que encontravam sua vocação e nela se realizavam, concorreu para que o trabalho fosse entendido como um sacramento e, por conseguinte, surgiu o traço mais característico dessa doutrina: a ética da valorização do trabalho (KOSHIBA, 2000).

Ainda no que refere ao emprego do termo pela Universidade de Glasgow, ou seja, currículo como sendo todo o curso seguido pelos estudantes, é relevante mencionar os escritos de Lopes; Macedo (2011, p.20) para quem:

Embora essa menção ao termo não implique propriamente o surgimento de um campo de estudos de currículo, é importante observar que ela já embute uma associação entre currículo e princípios de globalidade estrutural e da sequenciação da experiência educacional, ou a ideia de um plano de aprendizagem. Já nesse momento, o currículo dizia respeito a organizar a experiência escolar de sujeitos agrupados [...].

²⁸ O movimento Calvinista, também conhecido como doutrina ou reforma religiosa denominada de calvinismo, foi uma das principais correntes surgidas da Reforma Protestante, cujo idealizado foi o francês João Calvino.

²⁹ Segundo a qual cada pessoa já nascia com um destino específico, estipulado por Deus, e nada se podia fazer para modificar a vontade divina, e que os escolhidos vinham a terra com uma missão atribuída por Deus (KOSHIBA, 2000).

Contudo, conforme destaca Hamilton citado por Silva (2010) o surgimento do termo currículo tal como é pensado nos dias atuais, encontra-se ligado às preocupações com organização e método. Entretanto, foi somente sob a influência da literatura educacional americana, que países como a França, Alemanha, Espanha e Portugal, passaram a considerar o termo como um campo especializado de estudos (SILVA, 2010).

Sobre o surgimento do currículo como campo de estudo Silva (2010, p.21) descreve:

[...] estreitamente ligado a processos, tais como formação de um corpo de especialistas sobre currículo, a formação de disciplinas e departamentos universitários sobre currículo, a institucionalização de setores especializados sobre currículo na burocracia educacional do Estado e o surgimento de revistas acadêmicas especializadas na área.

Ainda segundo Silva (2010) a publicação em 1918 do livro *The Curriculum* escrito pelo Americano John Franklin Bobbitt, foi a principal responsável pelo surgimento do currículo como campo especializado de estudo, considerando ser esse o marco inicial e oficial do estabelecimento do currículo como objeto específico de estudo.

É possível, pois, constatar que algumas formas de conceber currículo foram construídas no decorrer da história, considerando aspectos sociais, filosóficos, políticos e epistemológicos, e assim sendo, é permitido compreender este como sendo uma construção social, na acepção de estar inteiramente vinculada a um momento histórico, à determinada sociedade e às relações com o conhecimento.

Corroborando, alguns estudos sobre currículo realizados por Moreira; Candau (2007) e Pacheco (2001) apontam que o currículo trata-se de uma construção histórico-social. Em outras palavras, organizado num dado momento histórico, em determinada sociedade, por isso, representa o que cada sociedade considera importante para a formação do sujeito, o tipo de educação necessária.

No Brasil foi somente com o surgimento da industrialização americana, no início dos anos 1900, e com o movimento da Escola Nova no país por volta de 1920, que se iniciaram as discussões sobre o que era necessário ser ensinado. O que para muitos autores foi o início dos estudos curriculares (LOPES; MACEDO, 2011).

Conforme Moreira (1990, p.81)

[...] a literatura pedagógica da época refletia as idéias propostas por autores americanos associados ao pragmatismo e às teorias elaboradas por diversos autores europeus”, as quais subsidiaram os pioneiros da escola Nova na sua luta contra as limitações da pedagogia dos jesuítas e da tradição enciclopédica, resultantes da influência francesa na educação brasileira.

Nesse seguimento, Silva (2010) reforça que os estudos americanos influenciaram alguns intelectuais brasileiros, os quais começaram a absorver a literatura norte-americana relacionada com a educação, que apresentava o currículo como um documento no qual constava a descrição exata dos objetivos a serem alcançados, os processos e métodos para o alcance desses objetivos e de resultados que pudessem ser mensurados de maneira concisa. Importante ressaltar que, nesse momento o campo educacional nos Estados Unidos seguia os ditames das teorias políticas e econômicas vigentes, portanto, da teoria Taylorista, e tal como o modelo de Bobbitt³⁰, valorizava a eficiência, tal como no funcionamento de uma indústria.

O que Bobbitt definiu como currículo segundo Silva (2010) se tornou realidade para um número considerável de escolas, administradores da educação, professores e estudantes, melhor dizendo, tornou-se um processo administrativo, já que advogava em prol de uma escola que atuasse seguindo os moldes direcionados pelas instituições comerciais e industriais.

Essa teoria que influenciou o campo curricular no Brasil por quatro décadas (década de 60 a década de 80 do século XX – período tecnicista) preconizava que a organização curricular devia buscar respostas para os seguintes questionamentos:

“[...] Que objetivos educacionais deve a escola procurar atingir? Que experiências educacionais podem ser oferecidas que tenham probabilidade de alcançar esses propósitos? Como organizar eficientemente essas experiências educacionais? Como podemos ter certeza de que esses objetivos estão sendo alcançados (SILVA, 2010, p.25).

Cumprido dizer que essas eram questões fundamentais, relacionadas à divisão tradicional da atividade educacional: currículo, ensino e avaliação. Silva destaca que os modelos tradicionais, como o de Tyler, não estavam absolutamente preocupados em fazer qualquer tipo de questionamento mais radical sobre os arranjos educacionais existentes, as formas dominantes de conhecimento ou, de modo mais geral, a forma social dominante (SILVA, 2010).

³⁰ Para Bobbitt o currículo era uma questão de organização e o especialista em currículo não passava de um burocrata (SILVA, 2010).

Para Lopes; Macedo (2002, p.13) no Brasil, as inquietações e a busca de modificações no currículo escolar, que tiveram seu início “marcado pela transferência instrumental de teorias americanas”, já a partir da década de 80 com o início da redemocratização do país e com o enfraquecimento da Guerra Fria, a hegemonia do referencial funcionalista norte americano foi abalada e neste momento, ganharam força no pensamento curricular brasileiro as vertentes marxistas.

Nos anos de 1990 os estudos, as pesquisas e as produções no campo curricular recebiam influências de diferentes matizes teóricas, por conseguinte, os estudos passaram a apresentar uma abordagem de vertente marcadamente política. “O currículo era visto como espaço de relações de poder, a partir de referenciais tanto do campo do currículo quanto do campo da sociologia e da filosofia com base nos estudos de Marx, Gramsci, Bourdieu e outros” (LOPES; MACEDO, 2002, p.14).

Lopes e Macedo (2002) ao descreverem o percurso histórico do campo do currículo afirmam que a partir da primeira metade da década de 1990, com o advento da sociedade pós-industrial, a concepção eminentemente política dos estudos sobre currículo começava a sofrer alterações, impondo desafios importantes. Um deles era compreender que a produção de bens simbólicos alterava as ênfases até então atribuída aos bens materiais. Em face dessa realidade, o pensamento curricular brasileiro agrega os enfoques pós-modernos e pós-estruturalistas com base em autores como Foucault, Derrida, Deleuze, Guattari e Morin.

Nessa perspectiva, as autoras pontuam que a década de 1990 tem a marca do hibridismo, ou seja, o estudo do currículo foi marcado pela interseção de vários campos de saber, e que o estudo mesmo no Brasil pode ser identificado a partir de três importantes construções teóricas: a pós-estruturalista, o currículo em rede e a história do currículo e constituição do conhecimento escolar.

O pós-estruturalismo questiona a relação com a verdade posta no currículo, buscando compreender como foi construída determinada verdade. Concebe o currículo, não como verdade absoluta, mas, como prática discursiva, como dispositivo híbrido de sentidos e acontecimentos no processo de construção de saberes e fazeres (LOPES; MACEDO, 2002).

Os defensores da linha do currículo em rede, apoiados nas obras de teóricos franceses como Lefèbvre e Morin, bem como do autor português Boaventura de Sousa Santo, trabalham a partir da ideia de que o “conhecimento advém da prática social, do cotidiano em que os sujeitos realizam os seus conhecimentos, a partir dos contatos múltiplos da várias

redes a que pertencem” (MACEDO, 2011, p.101). Portanto, enfatizam os eixos curriculares que perpassariam cada disciplina viabilizando propostas coletivas e articulados.

A linha teórica na perspectiva histórica e constituição do currículo seguem os pressupostos da corrente da Nova Sociologia da Educação Inglesa, desenvolvendo seus estudos sob dois pontos de vista: o estudo do pensamento curricular brasileiro, que busca compreender o movimento de formação do campo de currículo no Brasil, identificando quais as influências das teorizações estrangeiras na constituição das teorias e práticas nacionais, e a história das disciplinas curriculares que tem estudado sobre as disciplinas escolares ou áreas de conhecimentos e sobre as instituições educacionais.

Diante do exposto até o momento sobre a história do currículo, nos é permitido perceber que esta se desenvolveu sob a influência de tendências, objetivos e interesses diferentes, por conseguinte, o currículo pode ser entendido como uma arena política que envolve ideologia, cultura e poder, pois, não existe neutralidade no currículo, uma vez que por meio desse se expressa à ideologia, a filosofia e a intencionalidade educacional. Para Sacristán (2000, p.15-16):

O currículo é uma práxis antes que um objeto estático emanado de um modelo coerente de pensar a educação ou as aprendizagens necessárias das crianças e dos jovens, que tampouco se esgota na parte explícita do projeto de socialização cultural nas escolas. É uma prática, expressão, da função socializadora e cultural que determinada instituição tem, que reagrupa em torno dele uma série de subsistemas ou práticas diversas, entre as quais se encontra a prática pedagógica desenvolvida em instituições escolares que comumente chamamos de ensino. O currículo é uma prática na qual se estabelece diálogo, por assim dizer, entre agentes sociais, elementos técnicos, alunos que reagem frente a ele, professores que o modelam.

Corroborando também, com esse pensamento Silva (1996, p. 23) afirma que:

O currículo é um dos locais privilegiados onde se entrecruzam saber e poder, representação e domínio, discurso e regulação. É também no currículo que se condensam relações de poder que são cruciais para o processo de formação de subjetividades sociais. Em suma, currículo, poder e identidades sociais estão mutuamente implicados. O currículo corporifica relações sociais.

Na mesma linha de pensamento encontram-se os apontamentos de Moreira; Silva (2002, p. 28), que destacam ser “o currículo um terreno de produção e de política cultural, no qual os materiais existentes funcionam como matéria prima de criação e recriação e, sobretudo, de contestação e transgressão”.

Para Sacristán e Gomez (2000) o currículo nas Teorias Tradicionais é entendido como:

[...] o conjunto de objetivos de aprendizagem selecionados que devem dar lugar à criação de experiências apropriadas que tenham efeitos cumulativos avaliáveis, de modo que se possa manter o sistema numa revisão constante, para que nele se operem as oportunas recomendações (SACRISTÁN; GOMEZ, 2000, p.46).

Nesta concepção, o currículo é a base para a aprendizagem e acesso para a elaboração da informação, participação e entendimento da própria cultura em sua forma regional ou em caráter ampliado. Portanto, é necessário que o currículo considere e respeite a diversidade social e cultural, adequando-se as particularidades dos sistemas educativos no qual será inserido e vivenciado.

A construção do currículo social faz parte da identidade educacional, desta forma, organizar as diferenças das mediações e referências sociais contribui para o bom rendimento do processo ensino-aprendizagem. É factível dizer que muitas são as concepções de currículo, daí nossa concordância com as palavras de Sacristan (2000, p. 15), quando destacou que “o currículo ao longo de sua trajetória pôde ser concebido de vários modos”.

Os apontamentos acima nos levam a colocar que, enquanto dispositivo mestre da ação educativa, e ainda considerando à complexidade envolta no desenvolvimento dessa ação na atualidade, é preciso compreender o currículo para além de uma matriz. É necessário o conhecimento/entendimento das questões políticas, filosóficas, epistemológicas, pedagógicas e psicológicas imersas na proposta, bem como, sobre a relação entre conhecimento e sociedade defendida pela mesma.

3.2 AMBITUDE DA PESQUISA: ESP-CE

Como mencionado, a ESP-CE, configura-se como um dos lócus de interesse da nossa pesquisa, portanto, entende-se ser importante realizar uma breve apresentação dessa instituição de ensino, cuja trajetória promove ações de capacitação e formação de recursos humanos do SUS, e constrói mecanismos e aberturas para um novo espaço na educação na gestão, na atenção à saúde e na cultura cearense.

A referida instituição que se encontra vinculada à Secretaria da Saúde foi criada no dia 22 de julho de 1993 pelo então Governador Ciro Ferreira Gomes, quando, com o objetivo de realizar programas de pós-graduação, educação profissional e educação permanente de alta relevância e impacto a fim de desenvolver novos conhecimentos, métodos e instrumentos

apropriados para a gestão e a organização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, sancionou a Lei de nº 12.140 (CEARÁ, 2012b).

Com sede e foro na capital do Estado do Ceará possui personalidade jurídica de Direito público, patrimônio próprio e autonomia administrativa e financeira, regida pelo Decreto nº 25.817, de 21 de março de 2000, publicado no Diário Oficial do Estado do Ceará, de 29 de março de 2000, modificado pelo Decreto nº 28.597, de 18/01/2007, como também pelo seu Regimento Escolar (reeditado em 07 de outubro de 2010), pelas normas de Direito público relativas às autarquias e pela Legislação Estadual que lhe for pertinente – Art. 1º do Regimento Escolar (CEARÁ, 2010c).

Tem sua atuação voltada para o ensino e a pesquisa na área da saúde pública. Sua lei de criação lhe confere as seguintes prerrogativas: a pesquisa, a informação e a documentação em saúde pública; a educação continuada e a formação e o aperfeiçoamento de recursos humanos para o SUS Estadual. Compõe também a Rede das Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), isto porque, desde a sua criação tem como um de seus focos de atenção, a formação de profissionais de nível médio. A primeira experiência nesse processo de formação se deu ainda em 1993, com a realização do Curso de Auxiliar de Enfermagem direcionado para os trabalhadores da saúde já inseridos no SUS estadual.

Ainda que a criação da instituição preceda as normatizações elencadas na LDB, todos os seus três elementos básicos: Regimento Escolar, Projeto Político-Pedagógico e Plano de Desenvolvimento Institucional seguem os pressupostos contidos na aludida lei, e “[...] busca desenvolver uma proposta educacional inovadora e constitui-se em um centro de geração de pensamentos e ideias que possam contribuir para a melhoria do sistema de saúde” (CEARÁ, 2012b, p. 35-36).

Entretanto, salienta-se que, mesmo sob essa ótica de ampliação do conhecimento e, por conseguinte, melhorias de condições de vida para a sociedade cearense, a ESP-CE, não possui um quadro fixo de trabalhadores (com carteira assinada e/ou concursados), mas, certas formas de trabalho independente, tipos de subcontratação³¹ – que podem ser também expressão de precariedade, já que expõem os trabalhadores a uma situação de incerteza.

Em outras palavras, mantêm um grupo de colaboradores que em sua maioria³² (95%) trabalham de forma precarizada. Destacando-se, três formas de trabalho precário: os que

³¹ Bolsas de extensão tecnológica e tercerização de recursos humanos.

³² Existem alguns servidores públicos cedidos pelo Estado, e que desempenham suas funções na ESP.

possuem contrato temporário (bolsistas³³; professores visitantes³⁴), os que são terceirizados³⁵ e os que possuem cargo comissionado.³⁶ Os bolsistas e professores visitantes são contratados por meio de processo seletivo, e conforme a necessidade dos cursos e/ou projetos em que irão desenvolver suas atividades laborais.

Já o corpo discente, é composto pelos trabalhadores da saúde que atuam no âmbito estadual e municipal do Estado. Na sua grande maioria são indicados pelos gestores locais da saúde, que o fazem a partir de critérios apresentados, aprovados e pactuados nas instâncias que deliberam sobre as ações da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde.

No caso específico do profissional ACS o critério de seleção para o ingresso no Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, é ser ACS e estar em exercício da função, isso porque no Estado, existe um número significativo de ACS que se encontra alocado em outras funções, caracterizando-se assim desvio de função.

3.2.1 O currículo baseado na Abordagem por Competências (APC) da ESP-CE

Com o aumento da complexidade do trabalho, não só em termos de conhecimentos necessários decorrentes da introdução de novas tecnologias, mas, da reformulação das próprias formas de organização pelo qual ele se realiza, o mundo começou a exigir muito mais do que o saber-fazer. É o discurso das competências que desvela a necessidade de outras dimensões de saberes e, sobretudo, de sua mobilização.

Para Deluiz (2001, p.6) a noção de competências proposta nas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico, conceitualmente, “se aproxima de uma visão construtivista, pela qual se atribui grande ênfase aos esquemas operatórios mentais e, domínios cognitivos superiores na mobilização dos saberes”. Operacionalmente ela se funda em uma perspectiva funcionalista, ao traduzir as competências requeridas nos perfis que descrevem as atividades inerentes à natureza do trabalho (DELUIZ, 2001), o que viria a aproximá-la de uma perspectiva condutivista. Na verdade, a autora descreve quatro matrizes teórico-conceituais que orientam a identificação – definição e construção – de competências e, direcionam a formulação e a organização do currículo.

³³ Contratos com vigência de 06 a 12 meses, que podem ou não ser renovados;

³⁴ Professores pagos de acordo com o número de aulas ministradas.

³⁵ Compostos pelo pessoal dos serviços gerais e auxiliar administrativo.

³⁶ Indicação política.

1. matriz condutivista ou behaviorista – que observa a perspectiva do sujeito realizar bem o seu trabalho com foco nos resultados esperados, a partir do posto de trabalho e da tarefa; relaciona as competências no padrão de comportamento, por ser mais seguro na predição do êxito no trabalho;
2. matriz funcionalista – que dá ênfase nos produtos e não nos processos; as tarefas se transformam em competências;
3. matriz construtivista – situa relação entre atividades de trabalho e os conhecimentos incorporados e/ou mobilizados, relacionando competência com o contexto; e
4. matriz crítico-emancipatória – fundamenta-se no pensamento crítico-dialético, procurando ressignificar a noção de competência, apontando princípios para a investigação dos processos de trabalho, para organização do currículo e educação profissional ampliada (DELUIZ, 2001, p. 06).

Encontramos nas duas últimas matrizes os referenciais que fundamentam a abordagem por competência no campo da formação em saúde para o SUS; sendo a estas matrizes que nos associamos para pautar a discussão ampliada do que chamamos currículo por competências. Ampliada, porque consideramos currículo como um instrumento educacional orientador que planeja, executa e avalia todo o processo formativo da escola.

Compreendemos que ao trabalhar um currículo baseado em competências, e a maneira como irá desenvolvê-lo e o grau de amplitude do seu processo de materialização, a instituição demonstra qual concepção e fundamentos de competência adota.

Neste contexto, sendo o Plano do CTACS – objeto de investigação – desenvolvido pela Escola de Saúde Pública do Ceará, elaborado na reforma de 1997, sob a égide da lei 2.208 e as respectivas novas leis (em 2004 e 2012), não podemos nos furtar a problematizar a prática de construção e desenvolvimento curricular, com base na abordagem por competências, na formação profissional técnica desse trabalhador da saúde, sem observar o modo como essa instituição vem organizando seus currículos, analisando de que maneira a APC contribui para alterar as práticas de elaboração curricular e os exercícios pedagógicos, numa perspectiva de formação profissional ampliada.

A ESP-CE marcando sua trajetória de construção da educação profissional técnica na área da saúde, inspirada nos princípios do SUS e nas orientações de sua PNEPS, bem como nas exigências de desenvolvimento curricular previstas na legislação, pauta a elaboração dos currículos pela lógica das competências, definindo perfis de conclusão profissional técnico.

A proposta da Organização Curricular da Escola fundamenta-se nos RCN EPT – Área da Saúde, atendendo o disposto no Parecer CNE/CEB nº 16/99 e Resolução CNE/CEB nº 04/99, tendo como referência, ainda, o perfil profissional de conclusão.

Em seu Projeto Político Pedagógico (PPP), enfatiza os pilares sobre os quais os currículos dos seus diversos programas educacionais devem ser elaborados: centrado no estudante; baseado em problemas; aprendizagem no contexto; abordagem temática multidisciplinar, integrada e por competência; orientação e base na comunidade (CEARÁ, 2012b).

Conforme ainda este documento, a abordagem multidisciplinar, integrada e por competência se expressará nos seguintes aspectos:

[...] O desenho dos currículos dos diversos programas educacionais deve ser baseado no desenvolvimento de competências, que por definição, é um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes. Um Guia de Orientação de Desenho de Currículo Baseado em Competências deverá ser disponibilizado; A organização curricular deve assumir a configuração de módulos que devem ser multidisciplinares, ou seja, incluir conceitos de diferentes áreas e disciplinas relacionadas à saúde pública; O treinamento de habilidades e atitudes requeridas para a abordagem do(s) problema(s) em estudo dar-se-á, sempre que possível, simultaneamente e de forma integrada à aquisição de conhecimentos a ele relacionados; As diversas dimensões que compõem as competências esperadas do profissional/aluno - dimensões técnicas, científicas, pessoais e profissionais, relacionados ao sistema de saúde e relacionados à sociedade - serão abordadas no âmbito dos módulos, de forma integrada, em torno do problema ou do tema em estudo [...] (CEARÁ, 2012b, p.53-54).

Todavia, o que se detecta é que, embora, anuncie trabalhar com a abordagem por competências, o PPP não traz em seu arcabouço um maior aprofundamento sobre a temática, limitando-se a uma breve definição do termo. Ressalta que tanto os conteúdos quanto os procedimentos metodológicos, devem ficar a cargo de cada curso, considerando o perfil do egresso, pois, leva em conta que:

A educação profissional pelas suas próprias características permite que as metodologias sejam dinâmicas e indissociáveis dos conteúdos, proporcionando sempre a ligação teoria-prática-teoria. Metodologias com a de Projetos, a de solução de problemas, a demonstração, atendem o proposto na organização curricular e se adéqua a proposta da inter e transdisciplinaridade e da contextualização. Metodologia nessa linha torna a aprendizagem mais significativa (CEARÁ, 2012b, p. 57).

Reforçando essa escolha, defende a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. O surgimento da educação profissional deu-se por pensar a educação como uma necessidade social, uma demanda oriunda dos anseios sociais que em meados do século XX, mais precisamente no ano de 1932, no Brasil, tem sua eclosão no surgimento do Movimento Escola Nova.

A educação profissional é o reflexo de um modelo social da época que tinha como base a ideia de um progresso social dentro da perspectiva de construção de ideias e conhecimentos. O Movimento Escola Nova, assim como a educação profissional, foi responsável por uma mudança de paradigmas no que se tinha de ensino, tendo como base a rápida transformação econômica do início do século XX no país, a urbanização das cidades capitais e a chegada da ampliação de um pensamento liberalista, eclodindo nessa época e,

[...] caracterizadas pelo ensino centrado no estudante, pelo desenvolvimento da autonomia do mesmo na construção de seu conhecimento e pela integração entre teoria/prática e ensino/serviço [...] o estudante deixa de receber passivamente os conteúdos, assumindo a responsabilidade pela sua aprendizagem [...] É um método que estimula a autoaprendizagem e facilita a educação permanente, porque desperta a curiosidade do estudante e valoriza aquilo que tem importância, que tem significado para sua vida (profissional, intelectual, social) [...] (CEARÁ, 2012b, p.66).

Dentre as metodologias ativas, opta por duas especificamente: Aprendizagem Baseada em Problemas – PBL (Cursos Superiores) e a Problematização (Cursos Técnicos), essa por sua vez,

[...] fundamenta-se na pedagogia de Paulo Freire, que defende a construção do conhecimento partindo-se da observação da realidade, isto é, de um problema real, e na pedagogia Crítico-social dos conteúdos, tal metodologia utiliza o método do arco de Charles Magarez para atingir seu objetivo: a transformação social do sujeito [...] Inicia-se o processo pela observação da realidade, extraído-se desta os problemas reais, verificando-se através dos pontos-chaves o conhecimento prévio do aluno, para em seguida complementá-lo na teorização dos conteúdos, elaborando-se hipóteses de solução para o problema levantado. Nessa última fase, verifica-se a viabilidade e a factibilidade da aplicação à realidade [...] (CEARÁ, 2012b, p. 67-68).

A leitura do PPP, bem como, dos demais documentos oficiais da instituição, nos permite dizer que esta ao definir seus programas de formação profissional técnica na área da saúde, adota as orientações oficiais quanto à abordagem por competências e diretrizes curriculares.

3.3 O PLANO DE CURSO DE FORMAÇÃO DE ACS DA ETSUS-CE

No período de 1999 a 2003, o Estado do Ceará, ainda estava sob o que Ávila (2006) denominou o “ciclo Jereissati”. Referência dada pela autora, em virtude, do então Governador

do Estado, Tasso Ribeiro Jereissati, ter gerido o Estado, durante três mandatos (1987-1990; 1995-1998) e ainda que entre os anos de 1991-1994 tenha estado à frente do Governo Estadual o Sr. Ciro Ferreira Gomes, as políticas implementadas anteriormente no governo Jereissati foram mantidas, caracterizando assim a continuidade do ciclo.

Ávila (2006, p.47) nos ajuda a descrever melhor o contexto sociopolítico da época.

Na área da educação, sobressaem a criação dos Conselhos Municipais e a escolha dos diretores de escolas por meio do voto [...]. A cultura também foi aquinhoada com políticas públicas de incentivo, destacando-se a Lei Jereissati, que alavancou projetos culturais mediante uso de incentivos fiscais. Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), observou-se uma tendência positiva: o Ceará foi apontado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) como o estado que mais aumentou esse índice entre os anos de 1991 e 2000.

Ainda que os planos governamentais anunciados estivessem sendo efetivados, o documento intitulado, Mapa da Fome, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada publicado em 1993, demonstrava pelos indicadores sociais elencados, não haver ocorrido impactos positivos no sentido de melhorias de qualidade de vida para a parcela mais carente do Estado, por conseguinte, não se identificava uma diminuição no índice de pobreza. Tais dados foram confirmados, mediante pesquisa realizada pela Fundação Instituto de Planejamento do Ceará (IPLANCE), que atendendo um pedido da Gestão Estadual, mensurou os níveis de desenvolvimento alcançados pelos 184 municípios cearenses mediante um conjunto de indicadores sociais, econômicos e de infra-estrutura de apoio, agregados em índices de desenvolvimento municipal.

Por meio dessa pesquisa o governo também objetivava, hierarquizar os municípios no contexto global do Estado com vistas à construção de um índice global municipal, e a partir do mesmo ampliar os níveis gerais de eficiência de suas ações, contribuindo para a obtenção do desenvolvimento sustentável, sob os aspectos, ambiental, social, político e econômico (CEARÁ, 1999).

Segundo os informes apresentados nesse documento, 37 municípios apresentavam condições precárias refletidas por graves indicadores sociais, além do que, os municípios “carentes tornaram-se relativamente mais pobres em comparação aos que aumentaram a renda” (SAMPAIO *apud* ÁVILA, 2006, p.48).

As mudanças mais significativas anunciadas foram as do setor saúde. Tais modificações, na opinião de Ávila (2006) provavelmente, foram respostas dadas ao fato de que esse novo governo atendia as propostas locais, que eram pautadas nas diretivas do

movimento sanitário brasileiro, bem como, por ter seguido o modelo sugerido pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), cujos indicadores principais e fonte de negociações eram a redução da mortalidade infantil e materna.

A Gestão Jereissati foi notadamente marcada pelo processo de busca da estadualização e municipalização da saúde, implantação/efetivação dos conselhos municipais de saúde, e investimentos na capacitação dos recursos humanos. Nesse sentido, o *Governo das Mudanças*³⁷ lançou mão de algumas estratégias políticas cuja intencionalidade era, sobretudo, acabar com a miséria, a fome e abolir a pobreza, pois, o quadro epidemiológico não era nem um pouco favorável.

Dentre as estratégias efetivadas destacamos a institucionalização na década de 1980, do Programa Agentes de Saúde (PAS), que em 1991 devido ao impacto que apresentou na condição de saúde das famílias cearense, foi adotado pelo MS como uma política pública para toda a federação, com a nomenclatura Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Iniciando-se assim um novo modo de se pensar e operacionalizar a assistência à saúde no país. Em outras palavras:

[...] a forma como os serviços de saúde estão organizados e como a população tem acesso a esses serviços. Ao percorrer as casas para cadastrar as famílias e identificar seus principais problemas de saúde, o trabalho dos primeiros agentes comunitários de saúde contribuiu para que os serviços de saúde pudessem oferecer uma assistência mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas da comunidade (CEARÁ, 2005b, p.29).

Não só por considerar essa realidade, mas, também tendo ciência das novas demandas de saúde do país, o Ministério da Saúde passa a defender ser imprescindível a elevação da escolaridade do profissional ACS, visto que a época, em nível de Brasil, aproximadamente:

[...] 60% possuíam ensino médio completo ou incompleto, 18% o ensino fundamental completo e 22% estava por concluir o ensino fundamental, e no Estado do Ceará com o chamamento dos ACS para a escola em 1998, 60% deles terminaram o ensino médio, e 30% estavam estudando (CEARÁ, 2005b, p. 13).

Comprovava-se assim uma fragilidade no perfil de escolaridade desses trabalhadores. Ainda nos reportando a questão da elevação da escolaridade dos trabalhadores da saúde, lembramos que na concepção do Ministério da saúde, a mesma é:

³⁷ Slogan adotado no primeiro Governo de Tasso Jereissati.

Uma das formas de contribuir para o aumento da escolaridade e o resgate da cidadania dos trabalhadores em saúde é ampliar a oferta de Cursos de qualificação profissional básica, de formação técnica e de educação fundamental, garantindo a execução por meio das Escolas Técnicas de Saúde do SUS em todos os estados [...] e o desenvolvimento da capacidade desta rede em oferecer ações educacionais para as diferentes necessidades dos níveis ocupacional e técnico na área da saúde (BRASIL, 2004c, p. 28).

E mesmo reconhecendo que os ACS inseridos no SUS, em algum momento da sua laborabilidade haviam sido contemplados com algum processo de qualificação ou capacitação, o Ministério da Saúde acreditando que a formação desses profissionais pode contribuir sobremaneira, para a efetuação da política nacional de saúde, ressalta que:

A profissionalização desses trabalhadores deve, então, considerar as novas perspectivas delineadas para a educação profissional no Brasil (Lei Federal nº 9.394/96, Decreto Federal 5.154/2004, Parecer do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Básica (CNE/CEB) nº 16/99 e Resolução CNE/CEB nº 04/99) que apontam para a elevação da escolaridade e para uma concepção de formação que proporcione compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões. Deve considerar, também, as necessidades apontadas pelo SUS, que exige profissionais com capacidade de atuar nos diferentes setores, de forma a promover a melhoria dos indicadores de saúde e sociais, em qualquer nível do Sistema (BRASIL, 2004c, p. 10).

Destarte, a ESP-CE seguindo as orientações emanadas nos documentos oficiais para a educação profissional dos trabalhadores de nível médio da saúde, no ano de 2002³⁸, solicita junto ao Conselho de Educação do Ceará autorização para ministrar cursos de nível técnico na saúde, dentre eles o do ACS.

No ano subsequente, considerando a definição das diretrizes para o exercício profissional do ACS referendado pelo Ministério da Saúde como “*Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde – ACS*” (BRASIL, 2003) começa na ESP-CE a mobilização para a Qualificação Básica de 176.000 ACS do Estado (CEARÁ, 2005b).

Nesse mesmo ano, um grupo de trabalho formado por técnicos da ESP-CE e da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia de Sobral, que em dezembro de 2002, realizou em seu município o curso Sequencial para ACS com duas turmas de 30 alunos, reúne-se juntamente com as instâncias gestoras, Secretaria Estadual de Saúde, Conselho das

³⁸ Embora conste no (CEARÁ, 2010a, p.14) que desde sua constituição em 1993, um dos focos da ESP-CE, é a formação de profissionais de nível médio, a oferta de curso para esse nível só passou a ocorrer a partir desse momento.

Secretarias Municipais de Saúde do Ceará (COSEMS-CE) e a Federação dos ACS, a fim de começar a discutir uma proposta de formação para esses trabalhadores, tendo como pano de fundo a política de Educação Permanente da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (SGETS) “[...] que veio fortalecer a proposta do SUS cearense, de propiciar uma qualificação técnica para seus ACS, com perfil que atenda a atual realidade [...]” (CEARÁ, 2004, p. 18); a Lei n.º 10.507; os documentos preliminares que traçam as diretrizes do Ministério da Saúde em relação à profissionalização dos trabalhadores do setor e nas Diretrizes Curriculares determinadas pelo Ministério da Educação (CEARÁ, 2005b).

A partir deste trabalho foram delineadas as estratégias operacionais do Curso no Ceará, no que diz respeito à viabilidade do horário de realização do Curso (manhã e tarde, em dias úteis); realização em períodos de concentração e dispersão; envolvimento dos outros profissionais das equipes Saúde da Família, adequação da metodologia ao ACS, com diferentes níveis de escolarização e critérios para formação de turmas (CEARÁ, 2004, p. 18).

Ainda em 2003, após amplamente discutida nas 21 Células Regionais de Saúde (CERES), com os Secretários de Saúde, Coordenadores de Saúde da Família e representantes dos ACS de todos os municípios, a proposta em questão foi deliberada em consenso, e enviada ao Ministério da Saúde, que por sua vez, acreditando na expertise das instituições formadoras referendadas, bem como, apostando no êxito da proposta apresentada, que teve como um dos referenciais o Curso sequencial para ACS de Sobral, sugere que essa qualificação básica seja transformada em um Curso Técnico, sinalizando para uma proposta de financiamento do referido curso.

Abre-se um parêntese para dizer da nossa crença de que, esse tenha sido um dos primeiros, ou o primeiro documento a fomentar a construção do Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.

Tendo em mãos o aval positivo do MS e do Conselho e Educação do Ceará para a proposta do programa de formação com habilitação técnica³⁹, objetivando negociar e pactuar a operacionalização do curso, a equipe organizadora começou a realizar encontros com os Secretários Municipais de Saúde, representantes da associação de ACS e técnicos das CERES das microrregiões de saúde do Estado. Em seguida, a Coordenação Estadual do Projeto, na

³⁹ Destacamos que mesmo tendo sido autorizada na íntegra essa formação técnica (Etapas: I, II e III), a mesma até o momento da finalização desse estudo, sendo realizado em nível de qualificação (Etapa I).

pessoa da Sra. Miria Campos Lavor, se fez presente às reuniões nos Pólos de Educação Permanente do Estado para apresentar a proposta e aprovação do curso.

Concomitantemente, tendo obtido a aprovação e adesão desses parceiros, deu-se início, ainda em julho de 2004, ao processo seletivo dos Instrutores Regionais⁴⁰. O referido processo foi “[...] realizado em quatro fases: análise de memoriais, avaliação escrita, avaliação vivencial e entrevista” (CEARÁ, 2005b, p. 28). Sendo selecionada uma equipe multiprofissional composta pelas seguintes categorias: Assistente Social (06), Psicologia (06), Sociologia (03) Comunicação Social (01) e Medicina (01).

Esses profissionais depois de eleitos participaram de uma capacitação que ficou sob a responsabilidade da ESP-CE e da Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral.

Capacitação essa que:

[...] constou da apresentação da proposta metodológica do Curso; da preparação para a seleção dos instrutores locais; da vivência do trabalho pedagógico com as turmas experimentais do Curso do município de Tauá – Ceará e da apropriação das atividades da Etapa Formativa I do Curso Técnico de ACS pelos Instrutores regionais (CEARÁ, 2005b, p.29).

No tocante a vivência do trabalho pedagógico realizado no município de Tauá, é importante destacar que a capacitação dos 105 ACS divididos em três turmas, realizada em fevereiro de 2004, foi financiada pelo próprio município e marcou a fase experimental da formação Técnica dos ACS no Estado do Ceará.

Esta experiência inicial proporcionou a construção e adequação do currículo, com base na real necessidade de formação profissional técnica para o agente de saúde, de forma responsável e contextualizada com a nova realidade social cearense e, de maneira especial, na elaboração da Etapa Formativa I, a qual todos os ACS, com diferentes níveis de escolaridade, terão acesso (CEARÁ, 2005b, p. 19).

Feitas as devidas mudanças no currículo, e após adequação às normas gerais para execução do Curso traçadas pelo Ministério da Saúde, que em outubro de 2004, assinou o convênio⁴¹ para a realização do CTACS para todo o Estado do Ceará, e após, apreciação e aprovações por consenso da proposta pelos 04 polos de Educação Permanente do Ceará,

⁴⁰Profissionais de nível superior, com experiência em capacitação, coordenação e trabalho com Agentes Comunitários de Saúde que residiam na área do Pólo de Educação Permanente onde trabalhariam (CEARÁ, 2005b, p. 76).

⁴¹ Convênio de nº. 3777/2004.

instâncias também legitimadoras do Curso em questão, este se tornou realidade de fato e de direito.

Cumprir dizer que na versão preliminar do Termo de referência para execução da formação profissional do agente comunitário de saúde, organizado em 2004 pelo MS, esse processo formativo objetivando favorecer o acesso ao curso a todos os ACS, principalmente, os da zona rural, deveria ocorrer de forma descentralizada, ou seja, no município de origem do ACS, com turmas compostas de 30 ACS (CEARÁ, 2004). Portanto, as turmas foram constituídas, por Pólos, CERES e municípios do Ceará. As mesmas ficaram distribuídas da seguinte maneira⁴²:

Quadro 03: Distribuição de turmas de ACS por Pólo e quadro técnico docente

PÓLOS	QUANTIDADES				
	Municípios	ACS	Turmas	Instrutores Locais	Instrutores Regionais
Fortaleza	42	3.195	117	28	08
Sobral	61	3.176	111	28	04
Crato	49	2.688	97	25	03
Quixadá	32	1.759	59	15	02
TOTAL	184	10.818	384	96	18

Fonte: Plano de Curso (CEARÁ, 2004)

A equipe responsável pela elaboração do curso, que desde novembro de 2004, encontrava-se em processo de organização operacional, em janeiro de 2005, para atender a demanda estabelecida, realizou um novo processo seletivo – por meio do qual fui selecionada – seguindo os mesmos moldes do processo seletivo anterior, dessa vez para a escolha de Instrutores Locais⁴³ (atualmente na ESP-CE recebe o nome de Facilitador). Para esse primeiro ciclo de formação, considerando o número de turmas/municípios⁴⁴, foram selecionados 92 profissionais, distribuídos nos 4 Pólos, dos quais, 21 no Pólo de Fortaleza, 33

⁴² Nos municípios com menos de 30 ACS, formou-se turmas menores, com o número existente em cada um deles. Desta forma, todos os ACS estariam fazendo o Curso no seu próprio município em turmas constituídas a partir dos seguintes critérios: Agrupamento de ACS por Equipes de Saúde da Família; Base de cálculo = aproximadamente 30 ACS por turma (CEARÁ, 2005b, p. 67).

⁴³ Profissionais de nível superior, com experiência na área de capacitação e trabalho com grupos comunitários e conhecimento da atuação do Agente Comunitário de Saúde que residiam no município em que trabalhariam ou próximo ou dentro de sua área operacional de trabalho, com disponibilidade para permanecer no município durante a semana presencial e o período de acompanhamento de prática profissional dos ACS (CEARÁ, 2005b, p. 77). Cada Instrutor Local seria responsável pela condução de duas turmas.

⁴⁴ Nesse momento iniciava-se a formação com 5.247 ACS distribuídos em 184 turmas.

no Pólo Sobral, 23 no Pólo Crato e 15 no Pólo Quixadá (CEARÁ, 2006b). Estes eram profissionais graduados em sua maioria nas áreas sociais⁴⁵, conforme quadro 04:

Quadro 04: Distribuição de Facilitadores por Categoria

Categoria	Quantidade
Pedagogia	33
Assistente Social	22
História	08
Psicologia	04
Geografia	03
Letras	03
Enfermagem	02
Biologia	02
Ciências da Religião	02
Economia Doméstica	02
Fonoaudiologia	02
Administração	01
Ciências	01
Direito	01
Educação Física	01
Engenharia de Alimentos	01
Engenharia Civil	01
Filosofia	01
Gestão Hospitalar	01
Sociologia	01
Total:	92

Fonte: Adaptado de Relatório do CTACS (CEARÁ, 2006b)

Ao sermos chamados para o exercício da função para a qual fomos selecionadas, a princípio, participamos de um processo de capacitação teórico-prático⁴⁶, operacionalizado pelos Instrutores Regionais e realizado nos polos de atuação de cada equipe. Nesse momento inicial realizado em 40h/a (aulas teóricas), nos foi apresentada a proposta metodológica do Curso e nos foi oportunizado realizar o estudo dos manuais a serem utilizados no processo formativo do ACS, e do Sistema de Avaliação proposto.

⁴⁵ Isto é importante para garantir a visão do processo saúde/doença para além do biológico, ou seja, perceber que esse processo deve ser abordado de forma interdisciplinar e intersetorial para enriquecer a Equipe de Saúde da Família (CEARÁ, 2005b, p. 77)

⁴⁶ A carga horária total dessa formação foi de 120h/a, superior a carga horária defendida pelo anexo III da Portaria GM nº 1.996/2007, que trata da Formação Pedagógica para Docentes, segundo o qual a formação deve apresentar carga horária mínima de 88h, sendo o módulo inicial de no mínimo 40h.

Após esse processo formativo inicial, nós, Instrutores Locais, juntamente com os Instrutores Regionais, iniciamos junto aos 134 municípios⁴⁷ cujos ACS seriam formados, o processo de negociação para iniciar o Curso Técnico, o objetivo era “articular parceiros e profissionais da Saúde da Família, providenciar apoio logístico e fazer as matrículas dos ACS” (CEARÁ, 2005b, p. 29). Em seguida, nesses mesmos municípios, realizamos reuniões com os ACS, visando informá-los sobre as características do Curso e prepará-los para participarem das semanas presenciais.

Ultrapassada essa etapa, deu-se continuidade ao processo de capacitação dos Instrutores Locais. Esse novo momento ocorreu por meio da nossa participação na primeira semana presencial junto às turmas que estavam em formação, da seguinte forma: Na primeira turma atuamos como auxiliares dos Instrutores Regionais, que nesse instante eram os responsáveis pelo desenvolvimento do processo formativo da turma. Na segunda turma os papéis foram invertidos, ou seja, o desenvolvimento das atividades ficou sob nossa responsabilidade, enquanto ao Instrutor Regional competia nos auxiliar e apoiar. Ao tempo em que iniciávamos o desempenho de nossas funções, éramos capacitados na prática. Esse momento ficou caracterizado “como o início do primeiro período da Etapa Formativa I com os ACS” (CEARÁ, 2005b, p. 29).

Aqui enfatizo que no bojo desse processo de capacitação teórico-prático, novas fronteiras foram abertas, que nos permitiram não só conhecer a dinâmica do curso, meditando sobre os vários discursos e as várias representações intrínsecas no mesmo, mas, sobretudo, uma análise crítica de nossa ação docente. Para mim, pessoalmente, deixou a certeza da possibilidade e necessidade de uma renovação constante de minha prática profissional, bem como, do fato de que a aquisição de novos conhecimento/instrumentos foram elementos fundamentais para que, no limite do possível, se pudesse trabalhar no intuito de que o diálogo acontecesse e frutificasse, de forma que tivéssemos uma ação educativa coerente e consistente com o plano do curso.

A equipe docente agora era composta por Coordenação Estadual, Coordenadores Regionais e Instrutores Locais. Além desses, também compunha o quadro docente, o profissional supervisor de estágio⁴⁸.

⁴⁷ Os demais municípios do Estado (50) incluindo a capital Cearense foram contemplados com a formação a partir de 2006.

⁴⁸ Enfermeiro da Equipe Saúde da Família ou outro profissional do PACS da qual o ACS faz parte (CEARÁ, 2005b, p.51).

É preciso dizer que, tal como defende o Plano do Curso, ainda que em funções diferentes, todos os atores que integram a estrutura de pessoal docente e gestora estão articulados entre si. O constante diálogo e troca de informações entre todos os níveis torna mais eficaz a comunicação e potencializa a resolutividade, o que sem dúvida, contribui para o bom desenvolvimento do curso

O curso desde seu nascedouro tinha como um dos objetivos garantir que todos os ACS inseridos no SUS, pudessem, independente de sua escolarização participar do mesmo. E foi nessa perspectiva que o plano foi desenhado seguindo itinerários formativos⁴⁹, o que possibilitaria aos ACS que ainda não possuíam o Ensino Médio, progredir no curso, ao tempo que davam seguimento a sua escolarização com vistas à conclusão do Ensino Médio. De acordo com o Referencial Curricular do Ministério da Saúde, o acesso dos ACS ao curso deve obedecer aos seguintes critérios:

Etapa formativa I - garantida a todos os agentes comunitários de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde, independente de sua escolarização;
Etapa formativa II - concluintes da etapa formativa I, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino fundamental;
Etapa formativa III – concluintes das etapas formativas I e II, com certificado de conclusão ou atestado de realização concomitante do ensino médio (CEARÁ, 2005b, p. 21-22).

Ao final dessas três etapas, o profissional ACS deverá ter:

[...] potencializadas suas capacidades para: fortalecer vínculos com as Equipes de Saúde, famílias e comunidades; facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde; contribuir no desenvolvimento da autonomia dos sujeitos em relação à própria saúde e na responsabilização coletiva pela promoção da saúde de indivíduos, grupos e meio ambiente; atuar na promoção de saúde, articulando e apoiando a sua comunidade para com ela ser protagonista do seu desenvolvimento e da resolutividade dos atuais desafios (CEARÁ, 2005b, p. 21).

No entanto, o vínculo com os usuários do serviço de saúde torna-se instrumento eficiente nas ações de saúde, e auxilia na participação e auto-organização do usuário, na continuidade da procura dos serviços em saúde, contribuindo na formação da autonomia dos usuários e profissionais, proporcionando educação efetiva para a saúde.

⁴⁹ A ideia de itinerário apresentada refere-se a percursos formativos, organizados de forma interdependente, que possibilitem uma progressão concomitante à escolarização do trabalhador. A formação, assim desenhada, busca contemplar a diversidade dos aspectos relacionados à prática profissional, considerando as especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, as formas de inserção e organização do trabalho, ao atendimento das demandas individuais e coletivas, e ainda, às diferenças regionais, sociais, políticas e econômicas (CEARÁ, 2004, p. 24).

3.3.1 Estrutura Curricular

Em consonância com a resolução CNE/CEB n.º 04/99, o CTACS deveria ter uma carga horária mínima de 1.200 horas, no entanto, atendendo ao que apregoa o Conselho de Educação do Estado, no Ceará, diferentemente dos demais Estados brasileiros, conforme resolução citada acima, a carga horária prática do estágio curricular e profissional obrigatório⁵⁰ deve equivaler, no mínimo a 50% da carga horária teórica, ou seja, 600 horas.

Conforme disposto na Resolução n.º. 413/2006, Art. 19 e 20, o estágio supervisionado é realizado de forma transversal durante todo o período do curso, quando os professores (Supervisor e Facilitador) acompanham a evolução da aprendizagem, corrigindo, reforçando ou criando outros momentos apropriados e necessários ao desenvolvimento das suas habilidades técnicas para possibilitar aos alunos a aquisição de competências para atuarem junto a pacientes/famílias/comunidades com segurança, ética, humanização e respeito.

Portanto, o CTACS no Estado Ceará possui uma carga horária final de 1800h/a, distribuídas em etapas formativas, que por sua vez estão divididas em fases, conforme segue:

Quadro 05: Divisão da Carga Horária por Etapas Formativas/Fases

Etapa Formativa	Fase	Aulas Teórico-Práticas (hora/aula)	Estágio Supervisionado (hora/aula)	Total (hora/aula)
I	1	100	30	130
	2	100	30	130
	3	100	30	130
	4	100	30	130
Subtotal		400	120	520
Etapa Formativa	Fase	Aulas Teórico-Práticas (hora/aula)	Estágio Supervisionado (hora/aula)	Total (hora/aula)
III	1	100	60	160
	2	100	60	160
	3	100	60	160
	4	100	60	160
	5	100	60	160
	6	100	60	160
Subtotal		600	360	960
Etapa Formativa	Fase	Aulas Teórico-Práticas (hora/aula)	Estágio Supervisionado (hora/aula)	Total (hora/aula)

⁵⁰ Corresponde às atividades de aprendizagem social, profissional e cultural, proporcionadas ao estudante pela participação em situações reais de vida e trabalho de seu meio, sendo realizada na comunidade em geral ou junto a pessoas jurídicas de direito público ou privado, sob responsabilidade e coordenação da instituição de ensino – adaptado (CEARÁ, 2004; 2013).

II	1	100	60	160
	2	100	60	160
Subtotal		200	120	320
Total Geral		1.200	600	1.800

Fonte: Guia do Facilitador (CEARÁ, 2013)

Conforme demonstra o quadro 5, é possível perceber que cada Etapa Formativa foi organizada para acontecer em dois períodos: concentração em sala de aula e dispersão (realização de atividades práticas na área de atuação do ACS, com duração de três semanas – estágio). O Plano de Curso ao referir-se a esses dois momentos, o faz da seguinte maneira:

Os períodos de concentração são caracterizados como momentos em que o instrutor local e/ou instrutor convidado, juntamente com os alunos, desenvolvem as seqüências de atividades pedagógicas descritas nos manuais que irão compor a Etapa Formativa I. Os períodos de dispersão são dedicados à prática profissional com base nos conhecimentos, sendo realizados junto às famílias da área de abrangência onde o ACS desempenha seu trabalho. As atividades do período são acompanhadas pelo instrutor local e pelo supervisor de prática profissional (enfermeiro do Saúde da Família ou PACS) que, num trabalho contínuo de discussão e acompanhamento, vão registrando nos Formulários de Avaliação de Desempenho Profissional, os avanços de cada aluno (CEARÁ, 2005b, p. 25).

Com relação aos momentos de dispersão, Morosini (2010, p. 132) traz a baila um questionamento, que também é nosso, ou seja:

Quando da realização das atividades de dispersão, seja na comunidade ou no serviço, individualmente ou coletivamente, há uma prevalência do aspecto pedagógico e formativo sobre a reprodução do processo de trabalho diário dos ACS? A supervisão feita pelo enfermeiro, enquanto supervisor de estágio é capaz de garantir essa ação?

E no intuito de buscar repostas a esses questionamentos, me fiz presente, como ouvinte e observadora de algumas dessas ações. Os resultados das observações me permitem dizer que não temos um alcance de 100% desse objetivo, mas, na medida do possível, e a depender, sobretudo, do envolvimento do enfermeiro supervisor e da compreensão do(s) ACS(s) do alcance da atividade desenvolvida, o aspecto pedagógico, e formativo foi considerado e compreendido como integrante do fazer diário do ACS. Contudo, não podemos responder pelos demais processos dos quais não participamos, no entanto, advogamos em defesa de que a Etapa Formativa I no Estado do Ceará foi e vem sendo desenvolvida conforme preconizada e não como “[...] fator de aligeiramento e abreviação da preparação dos ACS para o trabalho” (MORONI, 2010, p. 132).

Referência importante na seara da Estrutura Curricular do curso, é o fato de que este tal como os demais cursos técnicos da saúde operacionalizados na ESP-CE, por meio da Diretoria de Educação Profissional (DIEPS), encontra-se embasado na abordagem por competência⁵¹. E ao escolher esse modelo, utiliza como referencial epistemológico o socioconstrutivismo, cuja concepção de competência compreende que “[...] o sujeito constrói conhecimentos partindo do que ele já conhece sobre o assunto [...]”. Nessa perspectiva, competência “[...] vai para além do fazer exclusivamente técnico e o seu desempenho eficiente e eficaz está para além da atividade e da responsabilidade exclusiva do sujeito da ação. Envolve também uma ação coletiva e o contexto de trabalho” (CEARÁ, 2012b, p.72).

Diante do exposto, pensando no setor saúde e considerando que a epistemologia tem duas posições, empirista e racionalista, não se pode deixar de dizer, do nosso entendimento de que na elaboração do CTCAS, destaca-se a posição empirista, que defende que o conhecimento deve ser baseado na experiência, ou seja, no que for apreendido durante a vida.

A organização da estrutura curricular segue o que foi preconizado pelo Ministério da Saúde por meio das Diretrizes contidas na proposta de formação do Agente Comunitário de Saúde e pela Resolução n.º 413/2006 do CEC que propõe a formação do Técnico Agente Comunitário de Saúde, conforme demonstrado anteriormente, em três etapas, as quais correspondem aos três âmbitos de atuação do profissional ACS (CEARÁ, 2005b).

A proposta do curso foi construída tendo como eixo a concepção pedagógica da Educação Permanente, em que a prática e o processo de trabalho passam a ser o centro privilegiado da aprendizagem (realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e a resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva), com destaque para múltiplas influências, quais sejam (CEARÁ, 2004; 2005b):

✓ Filósoficas:

Bordenave: A participação como caminho de expressão de saberes e experiências possibilita a construção de novos saberes e realização do potencial humano.

Freire: A aprendizagem acontece mediada pela comunicação, e esta só se efetiva e adquire significação também no diálogo que se apresenta como exigência existencial.

Leontiev: A atividade humana é sempre voltada para o objetivo, ou seja, só adquire sentido pessoal para o sujeito quando mediada pelos instrumentos da cultura.

⁵¹ Um conjunto integrado de conhecimentos, habilidades e atitudes (CEARÁ, 2012, p.53).

Vygotsky: A consciência só se desenvolve mediante a participação na atividade social prática. Essa ênfase ressuscita o significado original de consciência, que é conhecer alguma coisa com outros. A interação social ocorrida em um processo grupal é um eixo central por meio do qual e a partir do qual acontece o processo de ensino aprendizagem.

Wallon: A informação associada à afetividade e à emoção permite construir novos comportamentos capazes de gerar uma transformação efetiva de si com uma ressonância consequente no seu entorno.

✓ Pedagógicas:

Crítica Social dos Conteúdos (Demerval Saviani; Libâneo), que busca a transformação social a partir da compreensão da realidade histórica e social, da análise do mundo do trabalho, das vivências sociais, buscando entendê-lo não como algo natural, mas sim construído culturalmente - torna-se importante no processo de transformação social a mediação cultural.

✓ Psicológicas:

Histórico Cultural: O processo de desenvolvimento e aprendizagem humano é essencialmente social; e Cognitiva: memória, atenção, percepção, representação de conhecimento, raciocínio, criatividade e resolução de problemas.

É perceptível o sincretismo em torno das bases filosóficas apresentadas. Ou seja, a relação de sincretismo acaba por promover a fusão de diferentes formulações intelectuais de caráter social, filosófico, cultural ou religioso, mantendo características principais das doutrinas bases apresentadas. Todavia, é perceptível observar que as doutrinas parecem não convergir entre ambas, tornando esse exercício de sincretismo algo que acaba em si, tendo em vista a base não dialógica construída na relação apresentada.

Entretanto, o Plano do Curso em referência, conforme Ramos (2010) apresenta múltiplas influências, uma vez que este destaca:

A metodologia proposta objetiva ampliar, aprofundar e fortalecer a identidade profissional do ACS. Para isso, visa desenvolver a criatividade e as potencialidades dos alunos/ACS, estimulando sua participação no processo de ensino-aprendizagem, a partir dos conhecimentos prévios e das vivências em seu dia-a-dia na comunidade, sendo esta, a fonte e o fim das reflexões. Assim, os ACS vão se apropriando do conhecimento do seu trabalho e construindo novos saberes, práticas e valores, possibilitando uma rica troca de experiências na busca de soluções para as situações problemas vividas em seu cotidiano, fortalecendo o vínculo com sua comunidade e com sua Equipe de Saúde da Família. Sabemos que os agentes de saúde, em sua grande maioria, são importantes lideranças em suas comunidades, formadores de opinião e detêm conhecimentos-chave sobre a cultura, o modo e as condições de vida do seu lugar de moradia e, conseqüentemente, sobre os aspectos

fundamentais para promoção e prevenção à saúde. Desta forma, são pessoas que dispõem de conhecimentos relevantes para o trabalho da equipe de Saúde da Família, sendo muito importante que o Curso de Formação Técnica valorize esse saber [...]. Entendemos que a aprendizagem se constrói não apenas através do conhecimento, mas envolve a emoção, o afeto, a vontade e o sentido que tem a sua prática cotidiana. Assim, a abordagem pedagógica utilizada contribui para promover a interação, a partir do fortalecimento das relações entre os ACS, baseadas na cooperação, na solidariedade, no respeito ao outro, na organização e no funcionamento das equipes de trabalho (CEARÁ, 2004, p.49-50).

Pensa-se que o desenho proposto nesse documento, onde há a incorporação, em cada uma das Etapas Formativas, dos eixos estruturantes de prática profissional do ACS, reflete a preocupação em se trabalhar a transversalidade entre as competências (atitudes/valores, habilidades e conhecimentos).

Contudo, o que se percebe, é que mesmo, o plano do curso indicando uma tendência, de contemplar a diversidade dos aspectos relacionados à prática profissional, considerando as especificidades quanto às diferentes unidades de organização do cuidado em saúde, as formas de inserção e organização do trabalho, ao atendimento das demandas individuais e coletivas, e ainda, às diferenças regionais, sociais, políticas e econômicas, os conteúdos, bem como a escolha das práticas pedagógicas, ao que tudo indica, foram organizadas, sem a participação direta de um dos principais agentes envolvidos no ato pedagógico de aprendizagem, o ACS. Importante dizer que não constam nos documentos oficiais do curso nenhuma menção a essa participação, daí nossa afirmativa.

E mesmo, entendendo e reconhecendo a importância da participação dos especialistas em currículo nesse processo, acredita-se que essa ação possa propiciar certa dissociação da realidade vivenciada pelo profissional a ser formado, ampliar a distancia entre o saber popular e o saber científico, não reconhecendo a importância do primeiro como conhecimento legítimo e necessário na composição do currículo, como também, promover um distanciamento do universo, das experiências do educando. Experiências essas, que para Freire, conforme cita Silva (2010, p. 60) constituem a “[...] fonte primária de busca dos “temas significativos” ou “temas geradores” que vão constituir o “conteúdo programático” do currículo dos programas de educação de adultos [...]”.

Todavia, não se pode furtar de evidenciar que no que se refere à dinâmica de desenvolvimento curricular, o plano do CTACS, segue as orientações dos RCN-EPT - área saúde quanto à adoção de desenhos curriculares e opções metodológicas inovadoras, bem como o uso de metodologias de ensino que exercitem a aprendizagem para a solução de problemas não somente técnico-científicos, mas também sociais; metodologias de trabalho

comunitário, diagnósticos participativos e de outras formas que promovam a reflexão sobre a realidade e a prática da abordagem coletiva “[...] e a integração do ensino-serviço como forma de tornar o processo ensino-aprendizagem aderido à realidade do trabalho” (BRASIL, 2000c, p.18).

Quanto aos objetivos de aprendizagem, estes foram agrupados em temáticas e incluem diversos assuntos-chaves (conteúdos) que correspondem a conhecimentos de inúmeros campos do saber, visando propiciar ao educando uma formação que o permita construir hipóteses de solução para os complexos problemas do mundo do trabalho, da sociedade e da vida cotidiana.

A partir das análises elencadas, é possível dizer que a proposta curricular considerando a abordagem utilizada no setor saúde é pautada no *currículo integrado*, pois desenvolve um modelo de currículo, que toma como pressuposto não poder haver dicotomia entre trabalho e ensino, teoria e prática, ensino e comunidade, ou seja, através dos conteúdos trabalhados o educando por sucessivas aproximações, busca compreender os problemas identificados, intervindo na realidade.

Para reforçar essa percepção, as palavras de Davini (1989) para quem, o *currículo integrado* se torna real, quando integra ensino e prática profissional, ensino-trabalho e comunidade, aluno e professor. Tal colocação é fortalecida nos escritos de Santomé (1998), quando nos chama a atenção para o fato de que a proposta pedagógica não se configura em torno do agrupamento dos objetivos, mas pela integração dos conteúdos em módulos ou disciplinas e pela harmonia entre as partes, ou entre as diferentes formas de conhecimentos ou diferentes disciplinas.

Tal ação, em nosso entendimento, está implícita na organização e apresentação estruturada, não só dos conteúdos, como também de informações (conhecimentos) que permitem ao aprendiz internalizar, organizar e estruturar esses conhecimentos de forma eficaz, visando a sua utilização posterior.

Nesses princípios, nota-se que cada assunto-chave e sua correspondente rede de conhecimentos teóricos e práticos encontram-se interligados a uma unidade de ensino-aprendizagem. Esta se define como uma estrutura pedagógica dinâmica, orientada por determinados objetivos de aprendizagem, em função de um conjunto articulado de conteúdos e, sistematizada por uma metodologia didática. Cada unidade guarda certa autonomia com respeito às demais, porém, ao mesmo tempo, se encontram articuladas com as outras com

vistas à totalização das áreas de atribuições e do perfil profissional, do educando que se encontra em formação (CEARÁ, 2005b).

Partindo-se do princípio de que em um currículo voltado para a construção de competências, o que importa não é a transmissão do conhecimento acumulado, mas sim a virtualização de uma ação, a capacidade de recorrer ao que se sabe para realizar o que se deseja e o que se projeta (MACHADO, 2002), ao analisarmos todas as competências definidas nas diretrizes do curso, pode-se aferir que o currículo foi elaborado, com vistas não só a contemplar as competências, mas também como bem defende Perrenoud (2000), no sentido de construir uma relação com o saber menos pautada em uma hierarquia baseada no saber erudito descontextualizado, visto que os conhecimentos sempre se ancoram, em última análise, na ação.

Acredita-se tratar de um currículo, cujos conhecimentos, segundo o pensamento de Ropé (2002) passam a ser definidos em termos da identificação com a ação que deve ser realizada pelo aluno. Desse modo, a exigência de que os alunos saibam fazer vem substituir a exigência de que eles saibam, passando de uma lógica do saber àquela do *savoir-faire*⁵² (REY, 2002).

3.4 REFERENCIAIS CURRICULARES NACIONAIS DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE NÍVEL TÉCNICO

A partir do novo enfoque dado a educação brasileira, o currículo passa a ser estruturado de “acordo com uma concepção criativa local e particular, voltado para a geração de competências” (BRASIL, 2000d, p. 7). Consoante a essa realidade, a Secretaria de Educação Média e Tecnológica do Ministério da Educação em 1998 utilizando-se dos resultados de estudos sobre a reforma da EP que vinha realizando desde 1996, organizou e encaminhou ao CNE uma proposta de diretrizes, que continha um conjunto de matrizes de referência por área profissional.

[...] No decorrer do encaminhamento da matéria, o MEC e o CNE definiram que as Diretrizes, que são mandatórias, assumiriam um caráter de conjunto articulado de princípios, critérios, definição de competências gerais do técnico por área profissional e procedimentos a serem observados pelos sistemas de ensino e pelas escolas na organização e no planejamento dos cursos de nível técnico [...] e que as

⁵² *Savoir-faire*, segundo Tanguy (2002), são as capacidades numa situação precisa, o grau de habilidade que o aluno manifesta para resolver um problema proposto.

matrizes seriam divulgadas por este Ministério na forma de Referenciais Curriculares para subsidiar as escolas na elaboração dos perfis profissionais de conclusão e no planejamento dos cursos (BRASIL, 2000d, p. 7).

As referidas matrizes depois de revisadas, e subsidiadas nos dispositivos constantes nos documentos oficiais mencionados no capítulo anterior e listados a seguir, constituíram os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (RCN EPT).

✓ Lei nº 9.394/1996 – LDB: A Educação tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (art. 2º). O aluno matriculado ou egresso do ensino fundamental, médio ou superior, ou ainda o trabalhador em geral, jovem ou adulto, contará com a possibilidade de acesso à educação profissional – parágrafo único (BRASIL, 2014).

✓ Decreto nº 2.208/1997: Delibera sobre a educação profissional nos níveis: I (básico); II (Técnico) e III (Tecnológico). Em nível técnico essa modalidade educacional terá organização curricular própria e independente do ensino médio, podendo ser ofertada de forma concomitante ou sequencial a este (BRASIL, 1997a).

✓ Decreto nº 5.154/2004: A Educação Profissional será desenvolvida por meio de cursos e programas de: I. Formação inicial e continuada de trabalhadores; II. Educação profissional técnica de nível médio; III. Educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação (art. 1º). A articulação entre a educação profissional técnica de nível médio e o ensino médio dar-se-á de forma: I - integrada, oferecida somente a quem já tenha concluído o ensino fundamental; II - concomitante oferecida somente a quem já tenha concluído o ensino fundamental ou esteja cursando o ensino médio; III - subsequente, oferecida somente a quem já tenha concluído o ensino médio – art. 4º §1º (BRASIL, 2004b).

✓ Resolução CNE/CEB nº 04/99: DCN: Entende-se por competência profissional a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessárias para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho – art. 6º (BRASIL, 1999a).

✓ Parecer CNE/CEB nº 16/1999 – DCN para a Educação Profissional de Nível Técnico: Os cursos de educação profissional de nível técnico, quaisquer que sejam, em sua organização, deverão ter como referência básica no planejamento curricular o perfil do profissional que se deseja formar, considerando-se o contexto da estrutura ocupacional da área ou áreas profissionais, a observância destas diretrizes curriculares nacionais e os referenciais curriculares por área profissional, produzidos e difundidos pelo ME (BRASIL, 1999b).

Os RCN EPT, em resposta ao “novo perfil que a laborabilidade ou a trabalhabilidade⁵³ vem assumindo, que o foco central da educação profissional transfere-se dos conteúdos para as competências” (BRASIL, 2000d, p.9). Supomos que tal mudança justifica-se pela ausência das formas tradicionais de emprego, cabendo aos indivíduos buscar outras formas de trabalho para a sua própria subsistência.

Nesses Referenciais é explicitada a definição adotada para os dois termos e a sua vinculação com o mundo do trabalho:

A laborabilidade ou a trabalhabilidade, entendida como componente da dimensão produtiva da vida social e, portanto, da cidadania, é objetivo primordial da Educação Profissional. No núcleo dessa modalidade de educação está o processo de apropriação da condição ou do conjunto de condições para produzir benefícios - produtos e serviços - compartilhados socialmente e para o acesso ao usufruto desses benefícios, em situações permanentemente mutáveis e instáveis (BRASIL, 2000d, p. 11).

De acordo com os RCN EPT a mudança no perfil requerido aos trabalhadores impulsionou a adoção de um novo eixo para a Educação Profissional, o da competência, ao invés da tradicional ênfase nos conteúdos, e ocasionou a adoção de um novo paradigma para a elaboração de currículos, pautado no desenvolvimento de competências (BRASIL, 2000d). Estas compreendem o conjunto dos conhecimentos (saberes), habilidades (saber-fazer) e valores (saber-ser).

Essas competências devem ser desenvolvidas através das ações-projetos, ou seja, situações problemáticas encontradas no mercado de trabalho que o aluno deve resolver simultaneamente ao desenvolvimento de suas habilidades de leitura, comunicação oral e escrita; leitura e interpretação de dados que são fundamentais ao seu desempenho profissional e pesquisa e análise de princípios e bases tecnológicos. A adoção do modelo de competências na Educação Profissional requer mudanças no planejamento educacional que, segundo MEC (BRASIL, 2000d), deve ser menos rígido.

Nos RCN EPT, as competências são consideradas operações mentais que articulam: conhecimentos, habilidades, os valores e atitudes de maneira articulada, ou seja,

[...] a realização competente tem nela agregados saberes cognitivos, psicomotores e socioafetivos. A competência caracteriza-se, essencialmente, pela condição de alocar esses saberes, como recursos ou insumos, através de análises, sínteses, inferências, generalizações, analogias, associações, transferências, ou seja, de

⁵³ A laborabilidade ou a trabalhabilidade, entendida como componente da dimensão produtiva da vida social e, portanto, da cidadania, é objetivo primordial da educação profissional (BRASIL, 2000d, p.9).

esquemas mentais adaptados e flexíveis, em ações próprias de um contexto profissional específico, gerando desempenhos eficientes e eficazes (BRASIL, 2000d, p.10).

Com a reforma da educação como um todo, e da própria educação profissional, que agora foca seu olhar nas competências, o currículo também deve ser consoante a esse novo paradigma, ou seja, deve ser percebido como “conjunto integrado e articulado de situações, pedagogicamente concebidas e organizadas para promover aprendizagens profissionais significativas” (BRASIL, 2000d, p.11).

Nessa perspectiva, defendemos ser o currículo um meio para que o educando possa desenvolver as competências necessárias para compor o seu perfil profissional. Portanto, deve ser elaborado de maneira a propiciar condições a fim de que a partir do conhecimento adquirido, o aluno possa resolver situações-problema que porventura, se apresentem no seu fazer cotidiano. Em outras palavras, elaborado de maneira que não seja somente uma sucessão de conteúdos, mas, focando nos saberes que possam propiciar ao aprendiz, não só o aprender a aprender, mas também o aprender a fazer, em que assimilação, incorporação e uso do conhecimento possam acontecer concomitantemente.

A divulgação da noção de competências na educação escolar é o resultado de uma transmissão do mundo do trabalho. A escola tem sido cobrada em termos de eficácia e o desenvolvimento de competências passa a ser a meta de formação dos indivíduos. Pretende-se adaptar as escolas às demandas do mercado e, segundo Perrenoud (2000, p. 32), estas “podem fornecer os meios para apreender a realidade e [o indivíduo] não ficar indefeso nas relações sociais”. Nessa lógica, o foco principal da pedagogia das competências é a adequação da formação dos indivíduos às exigências do mercado e, o papel da escola pode ser o de qualificá-lo para as outras dimensões da vida social.

As técnicas são predominantemente intelectuais, e objetivam o exercício do ‘aprender a pensar’ e ‘aprender a aprender’, desenvolvendo a capacidade de reconhecer e definir problemas, de analisar soluções, de pensar, atuar e introduzir modificações no processo de trabalho, além da transferência e generalização de conhecimentos. As competências organizacionais ou metódicas se traduzem na capacidade do indivíduo de planejar e auto organizar-se, estabelecendo métodos próprios, gerenciando seu tempo e seu espaço de trabalho.

Essas competências provocam uma auto avaliação e geram a autossuficiência. As competências comunicativas traduzem-se pela capacidade de expressão e comunicação com o

seu grupo, superiores hierárquicos ou subordinados, e de cooperação, de trabalho em equipe, de diálogo e de comunicação interpessoal. As competências sociais revelam-se na capacidade do indivíduo de utilizar todos os seus conhecimentos - obtidos através de fontes, meios e recursos diferenciados - nas diversas situações encontradas no mundo do trabalho. Trata-se da capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa.

3.4.1 Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico: Área Saúde

Os RCN EPT área saúde, baseados na análise da situação de trabalho dos profissionais de nível técnico presentes nos serviços de saúde intitulada “Panorama da Oferta da Educação Profissional”, constata que:

[...] Segundo profissionais e empresários, proliferam-se os cursos de má qualidade, com infraestrutura deficiente, currículos fracos com ênfase em um fazer fragmentado e dicotomizado do saber, corpo docente muitas vezes sem experiência ou sem efetiva atuação no mercado de trabalho e estágios mal (ou não supervisionados). Os produtos desses cursos são profissionais com conhecimento técnico-científico deficiente e postura profissional inadequada (BRASIL, 2000d, p.16).

Essa realidade aliada às tendências do mercado de trabalho e aos desafios expressos para o sistema de saúde não só “demonstravam a insatisfação com a educação profissional do pessoal de nível médio da área da Saúde” (BRASIL, 2000d, p.17), como também, indicavam a necessidade de redefinição do perfil dos trabalhadores atuando nos serviços de saúde.

Com efeito, os RCN EPT área profissional saúde, apontam para a elaboração de perfis mais amplos, de forma que os profissionais de saúde sejam capazes de:

[...] articular as suas atividades profissionais com as ações dos demais agentes da equipe, assim como os conhecimentos oriundos de várias disciplinas ou ciências, destacando o caráter multiprofissional da prática; [...] deter uma melhor qualificação profissional, tanto na dimensão técnica especializada quanto na dimensão ético-política, comunicacional e de relações interpessoais [...] (BRASIL, 2000d, p.14).

Em sendo assim, a área de saúde, ao mesmo tempo em que concentra um contingente de postos de trabalho, é importante incorporadora de novas tecnologias. Se junta a isso o

processo em curso de consolidação do SUS, que define a necessidade de melhoria no acesso e na qualidade do atendimento à população. Nesse sentido, a incorporação de pessoal técnico qualificado aos serviços é essencial para que se possam obter ganhos de qualidade nos mesmos.

A qualificação dentro do percurso qualitativo também pode proporcionar a construção de um atendimento mais humanizado. A prática de ensino em sua dimensão de aprendizagem promove a elaboração de sistematizações cotidianas mais bem elaboradas. Isso ocorre quando o sujeito compreende os significados práticos e conceituais de suas ações, fazendo o movimento não-linear de buscas de respostas diante de problematizações feitas por si. Daí tem-se a concreta ferramenta de importância na qualidade do atendimento à população: é preciso haver uma formação coesa com a os objetivos centrais que balizam a mesma.

Importante mencionar que os RCN EPT área de saúde, declaram também, que:

[...] Para atender às atuais exigências e preparar-se para o futuro, o trabalhador precisa ser capaz de identificar situações novas, de auto organizar-se, de tomar decisões, de interferir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe multiprofissional e, finalmente, de resolver problemas que mudam constantemente (BRASIL, 2000d, p.14).

Nesse contexto, as escolas de Educação Profissional – sem perder de vista as inovações e imposições dos processos de produção existentes – devem elaborar propostas de formação profissional, cuja matriz curricular seja capaz de ajudar o educando para:

[...] o pleno exercício de suas funções mentais, cognitivas e socioafetivas, com capacidade de aprender com autonomia e assimilar o crescente número de informações, adquirir novos conhecimentos e habilidades e enfrentar situações inéditas com dinamismo, flexibilidade e criatividade, compreendendo as bases sociais, econômicas, técnicas, tecnológicas e científicas (BRASIL, 2000d, p.18).

As atividades da área da saúde, embora inter-relacionadas, são identificadas nos RCN EPT área saúde, em cinco grandes funções: apoio ao diagnóstico; educação para a saúde; proteção e prevenção; gestão em saúde e recuperação e reabilitação, que, observando a especificidade de cada formação profissional, orienta a definição de sub funções. Assim, funções e sub funções são as bases científicas e instrumentais requeridas pelo processo de trabalho. Constituem os insumos básicos para o desenvolvimento das competências comuns a essas áreas, constituindo o núcleo da área de Saúde, cujo objetivo é o de conferir um perfil inicial comum aos profissionais da área e, além disso, facilitar ao aluno a desenvolver

percursos de formação profissional que atendam às suas expectativas e perspectivas de trabalhabilidade (BRASIL, 2000d, p.23).

Quadro 6: Matriz de Referência para Construção Curricular – Área Saúde

Funções	Subfunções do Núcleo da Área
1. Apoio ao Diagnóstico	
2. Educação para a Saúde	2.1 Educação para o auto cuidado
3. Proteção e Prevenção	3.1 Promoção da Saúde e Segurança do Trabalho
	3.2 Biossegurança nas Ações de Saúde
4. Recuperação/Reabilitação	4.1 Prestação de Primeiros Socorros
5. Gestão em Saúde	5.1 Organização do Processo de Trabalho em Saúde

Fonte: RCN da Educação Profissional de Nível Técnico – Área Profissional Saúde (BRASIL, 2000d).

O referido diploma lembra ainda em suas recomendações finais três aspectos às instituições que promovem cursos técnicos: a estrutura física e de equipamentos necessários ao desenvolvimento das competências requeridas; metodologias que contemplem efetivamente a realização de projetos para a área, assessorados por corpo docente atuante; “[...] assim como a preocupação com a formação de profissionais de Saúde, críticos, eticamente conscientes e comprometidos com o desenvolvimento sociocultural e educacional do país [...]”. Destaca também:

[...] o compromisso com essas dimensões da educação profissional na área de Saúde não pode restringir somente ao discurso ou aos documentos da instituição escolar, mas deve estar efetivamente refletido na sua prática pedagógica cotidiana [...] (BRASIL, 2000d, p. 215).

Mesmo sendo defendido que os desenhos curriculares sejam organizados a partir de bases tecnológicas⁵⁴ como elementos norteadores das competências e das habilidades a serem desenvolvidas conforme perfil de saída, os RCN em questão asseveram que:

As escolas terão autonomia na composição dos seus desenhos curriculares, desde que, seja qual for a configuração do currículo, sejam contempladas todas as competências profissionais gerais do técnico de nível médio em Saúde, constantes da Resolução nº 4/99 do CNE e arroladas no núcleo da área [...] (BRASIL, 2000d, p.27).

⁵⁴ Conjunto sistematizado de conceitos, princípios e processos tecnológicos resultantes, em geral, da aplicação de conhecimentos científicos ao processo de trabalho da área (BRASIL, 2000d, p.27).

Assim, as escolas, considerando a realidade e a necessidade local, e a do profissional a ser formado, podem realizar adequações ao seu plano de curso, desde que estas concorram para o desenvolvimento e aprimoramento das competências a serem adquiridas pelo trabalhador para o exercício de sua atividade laboral.

Ao que tudo indica, todos os marcos orientadores apresentados nesse estudo apontam que, para o desenvolvimento das escolas técnicas do SUS é necessário que estas respondam a interesses múltiplos: de si própria, do mundo do trabalho, dos profissionais e da sociedade; que orientem a elaboração de perfis profissionais amplos, e que se utilize de metodologias participativas e reflexivas nos processos formativos.

Acredita-se que o documento acima referendado, ao elencar os fundamentos para a organização curricular dos cursos técnicos da área da saúde, torna-se uma importante ferramenta orientadora às escolas e fomentador do SUS, uma vez que se encontra em a importante sintonia com os valores apregoados por este.

Pensamos que ao evidenciar a formação de profissionais de nível técnico para o setor saúde, o Programa de Formação de Profissionais de Nível Técnico para a Área da Saúde, contribuiu para a ampliação da escolaridade e da empregabilidade da população e para a melhoria da qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado. A proposta foi ao encontro da política pública vigente na área da saúde, uma vez que para a organização dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, como proposto pela Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS/2001), são necessários profissionais qualificados e especializados para o desenvolvimento das ações, principalmente as consideradas de média e alta complexidade.

Preparar profissionais adequados tanto às políticas e estratégias desenvolvidas pelo SUS, quanto às concepções de formação assumidas pelo setor saúde e educação, em nosso entendimento, sinalizavam a necessidade de construção de instrumentos que pudessem contribuir com as Escolas na (re)elaboração de suas propostas curriculares de formação na área da saúde.

Nesse contexto, acreditamos que a construção de um referencial curricular, para a Habilitação Profissional de Saúde voltado para aqueles que já possuem a qualificação profissional de saúde, teve o propósito de servir como eixo orientador à construção autônoma, pelas Escolas, de seu próprio plano de curso e do currículo de formação do profissional em

saúde. Por conseguinte, contribuir para promover uma formação profissional de qualidade capaz de atender as necessidades e as exigências do setor saúde.

3.4.2 Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde

Após a solidificação dos RCN e sua organização em áreas profissionais, dá-se início a um processo de organização para “elaboração dos Referenciais Curricular Nacionais por itinerários formativos” (BRASIL, 2004a, p. 5).

Nessa perspectiva, técnicos do ME e do MS e outros atores envolvidos na formação profissional, reconhecendo a importância do ACS “no contexto de mudanças das práticas de saúde” (BRASIL, 2004a, p.6) empreitaram uma ação coletiva em prol da construção de um documento que atendesse as demandas próprias da formação desse profissional. A oficialização desse documento “reafirma a intenção governamental de associar educação profissional à elevação de escolaridade” (p.6), ao tempo que subsidia as escolas de elementos norteadores para uma estruturação autônoma do seu Plano de Curso e do seu currículo de formação.

Desse modo, e em concordância com as DCN, os RCN para o CTACS foram elaborados a partir de um processo construtivo, desenvolvido a partir “de oficinas de trabalho, reuniões e seminários, do qual participaram diversos atores, especialistas e trabalhadores” (BRASIL, 2004a, p.12).

Como resultado desse trabalho, elaborou-se uma proposta que elencava um perfil de competências para esse trabalhador. Tal proposta, após, submetida à consulta pública durante três meses (outubro a dezembro de 2003).

[...] o número de acessos registrados no endereço da consulta (4.930, com 698 pessoas/instituições cadastradas e 385 opiniões registradas no formulário de sugestões) demonstrou o interesse e a relevância dada ao assunto, reforçando a importância do agente comunitário para o alcance social da política de saúde [...] A elaboração e pactuação do perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde, cuja elaboração contou, entre outros, com a participação de técnicos da SGTES (DEGES e DEGERTS), da SAS (DAB), do MEC, da Escola Politécnica Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (BRASIL, 2004a, p.13).

Tal como o disposto nos RCN EPT, o documento também reafirma a formação feita por itinerários formativos, pressupondo “[...] a incorporação, em cada um dos momentos

formativos, dos eixos estruturantes [...] refletindo, desta forma, a transversalidade entre as competências [...]” (BRASIL, 2004a, p. 20).

Nesse diploma está elencada entre outros balizadores para o desenvolvimento do CTACS, a possibilidade do educando pleitear o reconhecimento de competências adquiridas.

Serão aproveitados conhecimentos e experiências anteriores relacionadas ao perfil profissional de conclusão estabelecido para o técnico agente comunitário de saúde, após avaliação das competências já desenvolvidas pelo aluno, por meio de: qualificações profissionais ou capacitações e etapas de nível técnico concluídos em outros cursos; trabalho ou por outros meios informais; e processos formais de certificação profissional (BRASIL, 2004a, p. 35).

Reportando-nos a prerrogativa de reconhecimento de competências adquiridas, conforme trata os RCN's, e constantes no Plano do Curso e no PPP da ESP-CE, cumpre-nos dizer que, não é do nosso conhecimento a efetivação dessa prática, visto que, não há documentos legais e/ou informais na referida instituição que validem essa ação. Também é fato que até o momento, para o referido curso, não houve nenhum pleito oficial e extraoficial referente a essa demanda.

Morosini (2010, p. 89) pontua também que:

[...] outra ideia, então em pauta nas reuniões para a formulação da política de formação dos ACS, era que seria feito um levantamento da situação dos ACS em exercício para verificar quantos seriam isentos dessa formação, aplicando-se um critério de que aqueles que já tivessem feito o Curso Introdutório e tivessem desenvolvido 80% do conteúdo previsto não necessitariam participar desta qualificação básica.

No que se refere a esse processo, importa destacar que no Estado do Ceará desconhecemos a ocorrência de tal levantamento e/ou procedimento, bem como, a existência de qualquer registro que faça referência a essa ação.

3.5 O PLANO DO CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE À LUZ DOS REFERENCIAIS CURRICULARES NACIONAIS: BREVES CONSIDERAÇÕES

O plano do CTACS, atendendo ao disposto no artigo 10 da Resolução CEB/CNE nº 04/99 (BRASIL, 1999a), apresenta a seguinte estrutura:

[...] **justificativa e objetivos** do curso, de maneira a estabelecer a relação deste com demanda específica claramente identificada;

Requisitos de acesso ou de entrada, ou seja, a explicitação das competências e bases que os candidatos ao curso deverão ter constituído previamente;

Perfil profissional de conclusão, representado pelo conjunto das competências profissionais gerais do técnico da área e das competências específicas da habilitação oferecida;

Organização curricular, representada pela identificação e pelo desenho dos componentes pedagógicos - blocos de competências, disciplinas de suporte, etapas, módulos ou conjuntos de situações de aprendizagem - em um ou mais percursos de qualificação e habilitação;

Crítérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores, envolvendo a explicitação dos procedimentos e instrumentos através dos quais serão verificadas e reconhecidas competências adquiridas no trabalho ou em outros meios informais, bem como em outros cursos que não as tenham certificado, de forma a diferenciar ou individualizar o percurso de formação;

Crítérios de avaliação, entendida esta como verificação contínua e efetiva da apropriação de competências, incluindo a definição de processos e instrumentos;

Instalações e equipamentos, ou seja, a descrição de ambientes e a indicação de equipamentos e ferramentas efetivamente disponíveis para o desenvolvimento do curso;

Pessoal docente e técnico, incluindo a composição do quadro e o perfil dos seus integrantes fixos e temporários;

Certificados e diplomas, ou seja, a identificação dos documentos que comprovarão as competências desenvolvidas pelo concluinte de cada etapa do percurso de formação [...] (BRASIL, 2000d, p. 20-21).

A definição do conteúdo programático do Curso (descrita no anexo 1) baseou-se no Referencial Curricular do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a, p.18-22), estando de acordo com o perfil de competências profissionais necessárias para o ACS desempenhar o seu papel, atendendo as exigências de organizar-se tendo como pressuposto, o desenvolvimento de competências defendido pelos referenciais normativos.

Importante destacar que embora agregados em blocos temáticos, os conteúdos trabalhados na Etapa Formativa I, são trabalhados de forma transversal e são retomados várias vezes ao longo das quatro fases que compõem a referida etapa.

Outro ponto que merece destaque é a nossa percepção de que, mesmo não apresentando explicitamente sua concepção de currículo ou de competência, e tão pouco o faça quando da descrição de seus objetivos, o Plano do CTACS, faz um alinhamento conceitual e organizativo condizente com o preconizado pelo RCN, que podemos entender como concepções e práticas pedagógicas norteada pela noção de competências.

O currículo baseado na noção de competências incorpora diretrizes do Movimento Escolanovista, onde a aprendizagem também pode estender-se a programas considerados instrumentos fundamentais para a formação de sujeitos dotados de completa autonomia, enfrentando mudanças, adaptando-se às novas situações, dentro de uma formação cidadã.

Alguns temem que desenvolver competências na escola levaria a renunciar às disciplinas de ensino e apostar tudo em competências transversais e em uma formação pluri, inter ou transdisciplinar. Este temor é infundado: a questão é saber qual concepção das disciplinas escolares adotar. Em toda hipótese, as competências mobilizam conhecimentos, dos quais grande parte é e continuará sendo de ordem disciplinar [...] (PERRENOUD, 2001, p. 40)

Na noção de competências os saberes são considerados móveis, trabalha-se por meio de problemas, criam-se novas formas de metodologia, desenvolvem-se projetos com os sujeitos, incentiva-se o imprevisto através de uma construção crítica sobre a realidade, no caminho de um trabalho pedagógico multidisciplinar (PERRENOUD, 2001).

A formação que se baseia na concepção de construção de competências faz com que o aluno busque a noção de entusiasmo sobre o seu próprio processo formativo, nisso, o docente transforma-se num mediador de saberes, um verdadeiro organizador de aprendizagens que trabalha na lógica da interlocução entre heterogeneidades (PERRENOUD, 2001). A integração na noção de currículo baseado nas competências une saberes teóricos e práticos, pois “[...] ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (FREIRE, 2001, p. 22).

O docente imbuído de sua responsabilidade prática numa perspectiva sócio-construtivista deve traçar as suas ações em uma atmosfera de liberdade, da conversa, da partilha voluntária de saberes, do envolvimento efetivo dos alunos como protagonistas de sua aprendizagem, porque não há docência sem discência (FREIRE, 2001). Dentro disso, fomenta-se a relação educativa com a vida profissional, desenvolve-se a noção subjetiva dos alunos, ajudando-os a assumir determinadas responsabilidades, resolvendo problemas e observando de forma consciente as mudanças sociais que surgem.

Tal como no RCN, é perceptível no Plano do curso analisado, que a aquisição de competência está ancorada na tríade saber-ser, saber-conhecer e saber-fazer, e que essas dimensões remetem a ênfase que é dada ao sujeito que aprende, e que “[...] a escolha de métodos, de estratégias e de recursos de ensino, são substituídas pela visão de que conteúdos não se constituem núcleo do trabalho educacional: são insumos ou suportes de competências” (BRASIL, 2000d, p.10).

Para cada Etapa Formativa foram definidas as competências a serem adquiridas pelo ACS, as quais requerem a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes que supram as necessidades de aprendizagem dos alunos, ou seja, o que os alunos precisam fazer ou ter aprendido ao final do curso, em cada âmbito de atuação da sua prática profissional.

Esse processo é mais perceptível, quando é apresentado o perfil de conclusão a ser alcançado pelos egressos, que anuncia as seis competências e sua distribuição nos três âmbitos de atuação profissional ancoradas nas dimensões do saber descritas acima, bem como, nas atividades a serem desenvolvidas durante a formação, uma vez que os objetivos a serem alcançados quando do desenvolvimento das mesmas, nos levam a compreender que a aprendizagem não acontece apenas na interação solitária dos sujeitos com o objeto, mas, na interação do “eu cognitivo” – ou seja, do nosso jeito de ser, juntamente com o nosso jeito de ver, nosso jeito de agir e reagir ao que percebemos no mundo e em nós mesmos – com o “eu afetivo” – em que se valorizam os comportamentos, pessoais, sociais, emocionais e as vivências de cada um – e com o “eu psicomotor” – de onde se extrai todas as possibilidades de ação e expressão que sejam possíveis a cada um.

Entretanto, tendo ciência da existência de inúmeras concepções que balizam o significado de currículo e da abordagem por competências, e de como esta por sua vez é capaz de nortear a formulação do currículo, defendemos que as mesmas precisam estar definidas com maior clareza no Plano de Curso, pois, pensamos serem estas capazes de influenciar tanto a percepção como a prática pedagógica e avaliativa do docente.

Também, defendemos que na elaboração do currículo se faz relevante e imprescindível a participação dos principais atores do processo, aqueles para o qual o curso se destina, uma vez que estes são os maiores conhecedores das necessidades dos profissionais/comunidade com as quais interage.

Contudo, identifica-se que mesmo constando nos documentos oficiais da instituição, parecer análogo, tal realidade não se aplica ao CTACS, pois, os responsáveis pela elaboração curricular são; coordenador do curso, docentes, enfermeiros, consultores internos e externos à ESP-CE, bem como, especialistas pedagógicos e de conteúdo, que por meio de oficinas, reuniões, vivências e consultas a documentos oficiais (LDB, DCN, RCN, PPP, Plano de Curso entre outros) que tratavam dessa formação, organizaram o desenho curricular do curso. Não havendo até o momento nenhuma referência e/ou participação efetiva dos ACS, nesse processo.

No que tange a reestruturação do currículo, informamos que, esta inicialmente era realizada pelo grupo citado acima, e que foi somente, quando no ano de 2012, ao assumir a função de supervisora pedagógica (bolsista), a partir não só da minha vivência anterior, como professora facilitadora do curso, mas também considerando as demandas trazidas pelos próprios ACS, quando dos processos avaliativos e das vivências em sala de aula, consegui

autorização junto à coordenação do curso para, proceder a alterações no currículo⁵⁵, sem, contudo, perder de vista o preconizado no Plano do Curso, tão pouco nos documentos oficiais que o balizaram.

Nosso pedido junto à coordenação encontrou respaldo também no que defende o Guia do Curso, quando se “propõe a contribuir para transformação do processo de trabalho, estimulando a reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado, objetivando a equidade no cuidado e a melhoria da qualidade e do acesso” (CEARÁ, 2005, p. 31).

Todavia, é ressaltado que todas as ressignificações realizadas a partir desse momento, até o primeiro semestre do ano de 2015, quando encerrei meu ciclo profissional na ESP-CE, foram de grande valia, ainda que não tenham conseguido impactar de forma decisiva para transformar na íntegra o conteúdo que até então estava sendo operacionalizado, pois, acreditamos que, se o nosso propósito, tal como o da equipe responsável pela construção do currículo inicial, é contribuir para a melhoria do trabalho do ACS, da ESF, e, por conseguinte, do SUS, é imprescindível fomentar espaços para reflexões sobre como os processos formativos podem colaborar para a concretização das mudanças desejadas.

São outras incoerências identificadas por nós quando da análise da mediação existente entre o Plano do CTACS, e os referenciais curriculares norteadores do referido plano:

✓ **Organização do Currículo:** As demandas são identificadas pela Secretaria de Saúde, repassadas a ESP-CE que elabora e executa o currículo.

✓ **Conteúdo:** Não há menção aos seguintes tópicos: Cargas presentes no trabalho do Técnico Agente Comunitário de Saúde: conceitos, tipos, efeitos sobre a saúde do trabalhador e medidas de prevenção; História da formação do povo brasileiro e a contribuição das etnias na construção das ciências, da política, da economia e da cultura no Brasil; Assistência e internação domiciliar: conceito, finalidades, implementação e avaliação dos resultados; Estratégias de avaliação em saúde: conceitos, tipos, instrumentos e técnicas; Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade em saúde.

✓ **Avaliação:** Não são aplicados formulários, nem realizadas atividades de auto avaliação; Ausência de uma sistemática que garanta maior articulação entre construção, desenho curricular, práticas pedagógicas e processos de avaliação. O modelo tradicional de avaliação pelo conhecimento e pela nota ainda está presente em todo o processo.

⁵⁵ Alterações referentes mais especificamente aos conteúdos, as atividades e seus objetivos de aprendizagem.

✓ **Reconhecimento de competências:** Não explicita os procedimentos e instrumentos através dos quais serão verificadas e reconhecidas competências adquiridas no trabalho ou em outros meios informais, bem como em outros cursos que não as tenham certificado, de forma a diferenciar ou individualizar o percurso de formação.

No que se refere aos objetivos propostos para a formação do ACS, expostos a seguir, conforme explicitado no Plano do Curso é possível vislumbrar que estes contemplam a necessidade de formação deste trabalhador, em face de política de saúde centrada na ESF, uma vez que, conforme defendido pelo RCN, em seu desenho curricular, se é capaz de [...] identificar e agrupar competências próprias ao exercício da ocupação-alvo do programa de educação profissional a ser oferecido (BRASIL, 2000c, p.28).

[...] ampliar sua prática profissional, permitindo sua melhor inserção nas equipes multiprofissionais; contribuir no aperfeiçoamento da Estratégia de Saúde da Família; capacitá-lo para articular e apoiar a comunidade; e com ela ser protagonista do seu desenvolvimento e do enfrentamento dos atuais desafios para uma melhor qualidade de vida [...] (CEARÁ, 2004, p. 21).

Perante o exposto, no que se refere à relação entre o Plano do CTACS e os RCN's voltados a esse processo formativo, pode-se dizer que de uma maneira geral há uma consistência entre eles, principalmente, por defenderem a EPT, como fundamental para que os processos formativos no SUS estejam norteados pela construção de um perfil profissional o qual alcance patamares de compromisso e de desempenho para além das competências técnicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A década de 80 marcou não somente, o início da luta pela reforma Sanitária e pela redemocratização do país, mas, também, fomentou um movimento de implantação de ações/estratégias com vistas à efetivação de um modelo contra-hegemônico, capaz de produzir novas ambiências em todos os campos sociais.

Nos campos da saúde e da educação, essa nova realidade, trouxe a baila uma imperiosa necessidade de se pensar novos processos interventivos voltados à qualificação e/ou formação dos profissionais da saúde, principalmente dos trabalhadores de nível fundamental e médio.

Dentre esses profissionais, encontra-se o ACS, cujo processo formativo vem ao longo dos últimos quatorze anos sendo alvo de inúmeros debates, não só no que tange a certificação desse profissional como técnico, mas, sobretudo, como assegurar um processo formativo capaz de atender as necessidades e realidade do SUS; dos usuários acompanhados por esse profissional, bem como, responder as demandas de uma profissão que ao que tudo indica ainda está em processo de construção, e pela própria dinâmica do trabalho, sujeita a mudanças constantes, transformações e contradições.

Foi nesse contexto, de dúvidas, questionamentos e incertezas que nos propusemos a realizar uma leitura do Plano do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, operacionalizado pela ESP-CE, não na intenção de analisar minuciosamente todo o processo,mas, de ponderar se este contribuiu ou não, para a formação de um profissional mais ético, mais autônomo, com [...] uma compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões (BRASIL, 2004a p.10).

Mediante as leituras e reflexões, além de algumas considerações feitas ao longo do terceiro capítulo, destacamos a seguir algumas outras que no nosso entendimento também são relevantes para se compreender melhor o objeto do estudo que ora concluímos.

Iniciamos, pois, colocando da nossa convicção de que o Plano do CTACS, excetuando-se, as pequenas divergências citadas anteriormente, encontra-se em conformidade com as orientações contidas nos instrumentos normativos da ESP-CE e nos Referenciais Curriculares. Há também uma compatibilidade entre os objetivos do curso com as propostas pedagógicas apresentada pela instituição e com as diretrizes formuladas pelo MS. Existindo, pois, uma sintonia com as políticas públicas de formação dos trabalhadores da saúde.

O curso vem se desenvolvendo a partir da concepção pedagógica de que o sujeito, ou seja, o educando, é responsável pelo seu processo de conhecimento; onde os conhecimentos e saberes já existentes são utilizados como propulsores para a construção e/ou aprofundamento dos temas trabalhados em sala.

Segue os pressupostos contidos nos RCNs para a EPT, ao utilizar a abordagem por competência, não só aproxima educação e trabalho, contribuindo para uma maior integração ensino-serviço, como também, reforça os preceitos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que por sua vez, por meio da educação permanente dos profissionais trabalhadores do SUS, espera transformar as práticas de saúde na expectativa de melhorias na qualidade da atenção à saúde da população.

Também identificamos haver coerência com as Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 1999c), que enfatiza que os programas de capacitação desses trabalhadores devem adotar uma concepção educativa crítica, referendada pelas realidades das práticas e apoiada nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e capaz de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas que habilitem o educando para o desempenho de suas funções, isso porque, a ação educativa preconizada pelo plano do curso, não se prende aos preceitos do tecnicismo, mas, aproxima-se da lógica construtivista à medida que priorizam estratégias inovadoras no processo de ensino-aprendizagem e destacam entre outros elementos, a importância do diálogo como condição do conhecimento; educação na perspectiva libertadora; inserção da realidade imediata em dimensões mais amplas.

Outro ponto a ser reforçado é a ciência que temos de que o processo formativo que vem sendo desenvolvido pela ESP-CE encontra-se fundamentada no currículo integrado, privilegiando a integração ensino/serviço e teoria/prática, com utilização de metodologia problematizadora, que possibilite a ação/reflexão/ação e respeite o contexto local em que se insere.

Importante dizer que a metodologia, ao privilegiar as técnicas e dinâmicas de grupo, características de uma “metodologia participativa” também tem contribuído para que o ACS desenvolva sua criatividade e potencialidades, e colaborado para o fortalecimento dos vínculos deste com a comunidade, bem como, com a sua equipe de trabalho.

No que se refere à aprendizagem significativa, observa-se que ao se propor a trabalhar o perfil do ACS e seu papel enquanto membro da equipe multiprofissional da atenção básica,

o Plano do Curso apresenta uma consonância com a Etapa Formativa I descrita no Referencial Curricular para o CTACS.

Ao final dessa Etapa, que trabalha a temática da Contextualização, aproximação e dimensionamento do problema - o perfil social do técnico Agente Comunitário de Saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS, ao ACS compete:

Compreender as políticas Públicas de Saúde relacionada com a história do SUS e ao processo de construção de sua categoria profissional e sua inserção às diretrizes e estratégias da Estratégia Saúde da Família; Atuar junto às famílias na perspectiva da promoção da saúde e da qualidade de vida de sua comunidade, com abordagem de redes sociais; Planejar e exercer ações em equipe com os diversos profissionais da ESF e com agentes de endemias da sua área (CEARÀ, 2005b, p. 33)

Diante do exposto, podemos apontar para a asserção de que o plano de curso desenhado pela ETUS-CE faz a mediação entre os referenciais curriculares e as atribuições desse profissional e segue os pressupostos desses referenciais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. 6-12 de setembro 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2016.

ANDRADE, Francisca Maria Oliveira. **O programa de saúde da família: uma análise de sua estrutura e funcionamento**. Fortaleza, 1998. Tese de mestrado apresentado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Fortaleza.Ceará, 1998.

ASSUNÇÃO, R. S. **O ACS e sua prática no Programa de Saúde da Família do município de Divinópolis – MG**. 2003. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. Origem e Evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza: Universidade de Fortaleza (UNIFOR). v. 24. n. 2. abr./jun., 2011.

ÁVILA, Maria Marlene Marques. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama**. Tese (doutorado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/Ma_Marlene.pdf. Acesso em: 02 de jan. de 2016.

BACHILLI, R.G. *et al.* A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p.51-60, 2008. Disponível em: <www.scielo.br> Acesso: 1/Maio/2016.

BARROS, M.E.B. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesq, Abrasco, 2005. p.131-52.

BASTOS, NC. **Treinamento de pessoal de saúde pública: 23 anos de experiência da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública 1942-1965**. Rio de Janeiro: Estado da Guanabara; 1996.

BORNSTEIN, V.J e NAVARRO, E. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 13 n.1, p.259-268, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2008.

BRASIL. **Formação técnica por itinerário no SUS (FORTISUS)**. Disponível em: <<http://bvsmms2.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&l=60&w=5608&n=1&s=5&t=2>> Acesso em: 29 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 2.0 (Preliminar) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. LDB: **Lei de diretrizes e bases da educação nacional** [recurso eletrônico]: Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria n.º 2.488/2011: Política Nacional de Atenção Básica.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Centenário da Rede Federal de Educação Profissional e tecnológica.** Brasília, 2008. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/centenario/historico_educacao_profissional.pdf. Acesso em: 06 de fevereiro de 2016.

BRASIL. **Educação profissional e técnica de nível médio integrada ao ensino médio: Documento Base.** Brasília: MEC, Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria n.º 648/2006: Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. **Lei n.º 11.350 de 05 de outubro de 2006.** Dispõe sobre o exercício das atividades de ACS e de Agente de Combate às Endemias. Ministério da Saúde. Brasília: 2006a. Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei11350_05_10_06.pdf. Acesso em: 03 de março de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Saúde. **PROFAE: Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.** Brasília: 2006b. Disponível em:
http://www.retsus.fiocruz.br/sites/default/files/publicacoes/arquivos/profae_-_book_seminario_internacional.pdf. Acesso: 20 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do Trabalho e da Regulação Profissional em Saúde: **Agenda Positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde:** área profissional saúde /Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. **Decreto nº 5.154**, de 23 de julho de 2004. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2004b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm. Acesso em: 20 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS:** caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. **Proposta de formação do agente comunitário de saúde – ACS:** habilitação profissional técnica. Brasília: MS, 2004d. Disponível em: <[http://200.189.113.52:2080/Espp.nsf/56ee6668e5d6550203256e3700430a5b/a862725ccf1b934403256ea80070d63f/\\$FILE/proposta_acs.pdf](http://200.189.113.52:2080/Espp.nsf/56ee6668e5d6550203256e3700430a5b/a862725ccf1b934403256ea80070d63f/$FILE/proposta_acs.pdf) > Acesso em: 30 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde (ACS);** Versão Preliminar. Brasília: 2003 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perfil_competencia_acs.pdf. Acesso em: 02 de setembro de 2015.

BRASIL. **Lei n.º 10.507 de 10 de julho de 2002.** Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em:<<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/2002/10507.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica:** programa de saúde da família. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem/PROFAE. **Referências Conceituais para a Organização do Sistema de Certificação de Competências/PROFAE.** Brasília, 2000b.

BRASIL. **Parecer CNE/CEB nº 33/2000**, de 07 de novembro de 2000. Estabelece o novo prazo final para o período de transição para a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília: Ministério da Educação, 2000c. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/PCNE_CEB33_00.pdf. Acesso em: 07 de junho de 2016.

BRASIL. **Referencial curricular nacional da educação profissional de nível técnico:** Área Profissional Saúde. Brasília: MEC/Secretaria de Educação Média e Tecnológica. Educação

Profissional,2000d. Disponível em: <www.portal.mec.gov.br/setec>. Acesso em: 07 de junho de 2015.

BRASIL. **Resolução nº 4/99** de 04 de março de 1999. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional de Nível Técnico. CNE/Câmara de Educação Básica. Brasília, 1999a.

BRASIL. **Parecer Nº 16/1999** de 05 de outubro de 1999. **Diretrizes para a Educação Profissional no Brasil**. Ministério da Educação- Conselho Nacional de Educação do Brasil, 1999b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/ SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, 1999c

BRASIL. **Decreto nº 2.208/1997** de 17 de abril de 1997. Regulamenta o §2º do art. 36 e os artigos 39 a 42 da Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: 1997a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec2208.pdf>. Acesso em: 07 de junho de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b.

BRASIL, **Portaria n.º 1886/GM de 18 de dezembro de 1997**. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde, 1997c. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM1882_18Dezembro_1997.pdf Acesso em: 05 de março de 2015.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 1990.

BRASIL. **Constituição República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1986a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986b.

BRASIL. **Resolução CIPLAN nº 15**, de 11 de novembro de 1985. Dispõe sobre a aprovação do Projeto de Formação em "Larga Escala de Pessoal de Nível Médio". Brasília: Diário Oficial da União, 1985. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/3593125/pg-27-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-19-11-1985>. Acesso em: 10 de outubro de 2016.

BROOKE, James. Estado Brasileiro leva jeito em salvar crianças. **Jornal New York Times**. Trad. Roland Gmelin. Disponível em: <http://www.nytimes.com/1993/05/14/world/brazilian-state-leads-way-in-saving-children.html>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2016.

CAMPOS, G. W. S. Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 55-60, 2006.

CASTRO, Janete Lima (Org.). Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. Natal: UFRN, 2004.

CEARÁ. **Formação do ACS no Ceará**. Escola de Saúde Pública do Ceará. Disponível em: www.retsus.epsjv.fiocruz.br/.../Curso%20Tecnico%20Operacionalizacao-CEARa.ppt. Acesso em: 07 de agosto de 2016.

CEARÁ. Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: Etapa Formativa 1: manual 1: fase 1: Guia do Facilitador: **O Agente Comunitário de Saúde**: sua história e contribuições para a construção do SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2015.

CEARÁ. **Situação dos Agentes Comunitários de Saúde por Município**. Fortaleza. Secretaria Estadual de Saúde, 2014.

CEARÁ. Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. **Guia do Facilitador. Etapa Formativa I: Manual Fase 1**: O Agente Comunitário de Saúde: sua história e suas atribuições/Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza.CE, 2013.

CEARÁ. **Lei n.º 9.941** de 19 de novembro de 2012. Confere a opção de mudança de regime jurídico aos agentes comunitários de saúde e de combate as endemias do município de fortaleza e da outras providencias. Fortaleza: Diário Oficial do Estado, 2012a. Disponível em: <https://www.leismunicipais.com.br/a/ce/f/fortaleza/lei-ordinaria/2012/994/9941>. Acesso em: 20 de junho de 2015.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública. **Projeto Político Pedagógico**. Fortaleza: ESP, 2012b.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública. **Plano de Desenvolvimento Institucional**. Fortaleza: ESP, 2010a.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública do Ceará. **Qualificação em alimentação e nutrição dos agentes comunitários de saúde**: manual do curso. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2010b.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública. **Regimento Escolar**. Fortaleza: ESP.CE, 2010c.

CEARÁ. **Resolução n° 413**, de 18 de abril de 2006. Regulamenta a educação profissional técnica de nível médio, no Sistema de Ensino do Estado do Ceará, e dá outras providências. Fortaleza: Conselho de Educação do Ceará, 2006a. Disponível em: <http://www.cee.ce.gov.br/legislacao/resolucoes>. Acesso em: 07 de junho de 2016.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública. **Relatório do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde** Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza.CE, 2006b.

CEARÁ. **Resolução nº 395**, de 30 de março de 2005. Dispõe sobre Nucleação de Escolas Públicas Estaduais e Municipais do Ceará e dá outras providências Fortaleza: Conselho de Educação do Ceará, 2005a. Disponível em: <http://www.cee.ce.gov.br/legislacao/resolucoes>. Acesso em: 07 de junho de 2016.

CEARÁ. Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: **Guia do Curso**. Fortaleza.CE: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2005b.

CEARÁ. Escola de Saúde Pública. **Plano do Curso Técnico Agente Comunitário de Saúde**. Fortaleza, 2004.

CEARÁ. **Microrregiões de Saúde**: uma opção do Ceará. Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde, 2000.

CEARÁ. IPLANCE. **Índice de desenvolvimento municipal (IDM)**. Fortaleza: Fundação Instituto de Planejamento do Ceará (IPLANCE), 1999.

CEARÁ. **Saúde da Família**: um novo modelo de atenção. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado, 1995.

CECCIM, Ricardo B., MERHY, Emerson E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Botucatu: **Interface**. 2009; 13 Supl. 1:531-42. Disponível em: <<http://dx.doi.org>>. Acesso em: 28 de abril de 2016.

CECCIM, R.B. FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. In: **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: 14 (1), p. 41-65, 2004.

CORDÃO, Francisco Aparecido. A LDB e a nova educação profissional. **Boletim Técnico do SENAC**. Rio de Janeiro. v. 28. n.1. Abril de 2002.

COSTA, T.M. *et al.* **O processo educativo dos agentes comunitários de saúde (ACS) e da comunidade de Catolândia-BA**: intervindo sobre um problema de saúde. *Sitientibus*, Feira de Santana, n.33, p.85-99, jul./dez. 2005.

COSTA, Ediney Espínola da. **A Construção do Índice de Saúde da Família**: uma proposta metodológica para enfretamento das desigualdades. Cuiabá, 2001. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Familiar do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal.

COUTINHO, Carlos Nelson. O Estado brasileiro: gênese, crise e alternativa. In: LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley (Org.) **Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

DAVINI, M. C. Currículo Integrado. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. **Capacitação Pedagógica para Instrutores/Supervisores de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

DELUIZ, Neise. **Qualificação, competências e certificação**: visão do mundo do trabalho. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. Formação 02 – Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Maio de 2001.

FLEURY, S.; A Questão Democrática na Saúde. In: **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES; São Paulo: Lemos, 1997.

FLORES, Oviromar. **O Agente Comunitário de Saúde**: Caracterização da sua formação sócio-histórica como Educador em Saúde. Tese (doutorado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Saúde Coletiva. Brasília, DF, 2007. 208p Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5301/1/Oviromar Flores.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/5301/1/Oviromar%20Flores.pdf). Acesso em: 10 de outubro de 2015.

FONSECA, Angélica Ferreira. **O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde**. Tese (doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: 2013. 233p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13932>. Acesso em: dezembro de 2016.

FONSECA NETO, M. D. da. **Desafios para a saúde pública**: um olhar sobre as internações hospitalares no ano de 1997. Fortaleza: Secretaria de Saúde, 1999.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Paris: Gallimard, 2005.

FRANCO, Camilla Maia; KOIFMAN Lilian. A concepção pedagógica problematizadora: uma didática para a Educação Permanente em Saúde. In: **XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires**. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

FREEDHEIM, Sara B. Por que menos sinos dobram no Ceará: o sucesso de um programa com trabalhadores comunitários de saúde no Ceará, Brasil. 1993. Tradução preparada pelo IPLANCE, da **Tese de Mestrado** apresentada ao Department of Urban Studies and Planning, Massachusetts Institute of Technology, 1993.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa Educacional. In: FAZENDA, Ivani (Org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

GAMBOA, Silvio Ancízar Sanchez. A Dialética na Pesquisa em Educação: Elementos de Contexto. In: FAZENDA, Ivani (Org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

GIUGLIANI, Camila. **Agentes Comunitário de Saúde: Efetividade no Brasil e processo de implantação em Angola**. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, BR-RS, 2011. Disponível em:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/117125/000772081.pdf?sequence=1>.
Acesso em: 03 de fevereiro de 2016.

GOMES, Karine de Oliveira *et al.* A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégica. **Saúde e sociedade**. [online]. 2009, vol.18, n.4, pp. 744-755. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400017. Acesso em 10 de janeiro de 2010.

HAMILTON, David. Origem dos termos educativos “classe” e “currículo”. **Revista Iberoamericana de Educacional**. n. 1. Estado y Educacion. Enero-Abril, 1993. Disponível em: <http://www.rieoei.org/oeivirt/rie01.htm>. Acesso em: junho de 2015.

JARDIM, Tatiana de Andrade; LANCMAN, Selma. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo Agente Comunitário de Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v.13, n.28, p.123-35, jan./mar. 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo. Acesso em: 10 de dezembro de 2015.

KONDER, Leandro. **Semente de Dragões**. Disponível em:
<http://www.algoadizer.com.br/edicoes/materia.php?MateriaID=1606>. Acesso em: 10 de agosto de 2016.

KOSHIBA, Luiz. **História: origens, estruturas e processos**. São Paulo: Atual, 2000.

LAVOR, Antônio Carlile Holanda; LAVOR, Miria Campos; LAVOR, Ivan Campos. ACS: Um novo profissional para novas necessidades da saúde. In: **Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE**. Ano v, n. 1, Jan. Fev. Mar. de 2004.

LIMA, Ariane Netto de.; SILVA, Lucia; BOUSSO, Regina Szylit. A Visita Domiciliária Realizada pelo Agente Comunitário de Saúde sob a Ótica de Adultos e Idosos. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, n.4, p.889-897, 2010. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 12 de dez. 2015.

LIMA, J.C.; MOURA, M.C.; Trabalho atípico e Capital Social: Os Agentes de Saúde na Parnaíba. **Sociedade e Estado**. v. 20. n. 1. 103-133, 2005.

LOPES, Alice Casimiro; MACEDO, Elizabeth. **Teorias de Currículo**. São Paulo: Cortez, 2011.

MACEDO, Sidnei Roberto. **Currículo: educação, currículo e avaliação: Pedagogia módulo 4**, vol.2. Ilheus.BA: EDITUS, 2011.

MACHADO, J. N., Sobre a idéia de competência. In: PERRENOUD, Philippe, THURLER, Monica Gather (orgs.). **Competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MANDU, Edir Nei Teixeira *et al.* Visita Domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto contexto – enferm.** [on line]. Jan.-Mar. 2008, v. 17, n. 1, pp. 131-140. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/15.pdf>. Acesso em: 20 de dezembro de 2015.

MENDES, E. V. (org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995.

MENDES, E. V. (org.). Planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário. Brasília: OPAS, 1994.

MEYER, Dagmar E.; FÉLIX Jeane; VASCONCELOS, Michele de Freitas F. Por uma educação que se movimenta como maré e inunde os cotidianos de serviços. Botucatu: **Interface.** 2013; 17(47): 973-86. Disponível em: <[http:// dx.doi.org/10](http://dx.doi.org/10)>. Acesso em: 28 de abril de 2016.

MISHIMA, S. M.; CAMPOS, A. C. O trabalho no Programa de Saúde da Família: perfil das equipes. **REME-Rev. Min. Enf.**, Belo Horizonte, 2003, v.7, n.2, p.124-133.

MOREIRA, Antonio F. B. **Currículo e programas no Brasil.** Campinas.SP: Papirus, 1990.

MOREIRA, Antonio F. B.; CANDAU, Vera. **Indagações sobre o currículo: currículo, conhecimento e cultura.** Brasília: Ministério da Educação, Secretaria da Educação Básica, 2007.

MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa; SILVA, Tomaz Tadeu. (Org.). **Currículo, cultura e sociedade.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. **A política de formação dos agentes comunitários de saúde: memória de uma formulação em disputa nos anos 2003-2005.** Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2009. 222f.

MOROSINI, Márcia Valéria. **Educação e trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D’Andrea; GUIMARÃES, Cátia Corrêa. O Agente Comunitário de Saúde no Âmbito das Políticas voltadas para a Atenção Básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trabalho, educação e saúde**, v. 5 n. 2, p. 261-280, 2007. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r170.pdf>. Acesso em: 03 novembro de 2015.

NOGUEIRA, Roberto Passos; SILVA, Frederico Barbosa da; RAMOS, Zuleide do Valle Oliveira. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: O ACS.** Rio de Janeiro: IPEA, 2000. Disponível em: www.unb/ceam/nesp/polrhs. Acesso em: 09 de junho de 2015.

NOGUEIRA, R. P. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NUNES, M.O. *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639 - 1646, nov./dez. 2002.

PACHECO, José A. **Currículo: Teoria e Práxis**. Porto.Portugal: Porto Editora, 2001.

PEDROSA, I.L. *et al.* Uso de metodologias ativas na formação técnica do Agente Comunitário de Saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 319-332, jul./out.2011. Disponível em: <www.scielo.br> Acesso em: 05 de maio de 2016.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PERES, Cássia Regina Fernandes Biffe. O trabalho do agente comunitário de saúde **No município de Marília.SP**. Dissertação (Mestrado) Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração Saúde Pública na Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista-UNESP. Botucatu, 2006. Disponível em: http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/98469/peres_crfb_me_botfm_prot.pdf?sequence=1 Acesso em: 05 de fevereiro de 2016.

PERRENOUD, Philippe. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.

PIRES-ALVES, Fernando A; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **Recursos Críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

PERRENOUD, P. **Porquê construir competências a partir da escola?** Porto: Edições Asa, 2001

POUPART, Jean *et al.* **A Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos**. Trad. de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

QUEVEDO, M. de. Educação profissional no Brasil: formação de cidadãos ou mão de obra para o mercado de trabalho? **Revista de Humanidades, Tecnologia e Cultura**, n. 01, v. 01, dezembro, 2011.

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

REY, Bernard. **As competências transversais em questão**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ROPÉ, Françoise, TANGUY, Lucie (Orgs.). **Saberes e competências:** o uso de tais noções na empresa e na escola. Campinas: Papirus, 2002.

SACRISTÁN, J. G. **O Currículo:** Uma reflexão sobre a prática. 3. ed. Porto Alegre, 2000.

SACRISTÁN, J. G.; GÓMEZ, A. I. P. **O currículo:** os conteúdos do ensino ou uma análise prática? Compreender e Transformar o Ensino. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SÁ FILHA, Zenaide de Sousa. **Programa de Saúde da Família:** Como ele é idealizado e como de fato funciona. Dissertação de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2000.

SANTANA, Julio César Batista *et al.* Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da Família. **Cogitare Enfermagem** 2009 Out/Dez; 14(4):645-52. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16377/10858>. Acesso em: 10 de janeiro de 2016.

SANTOS, L.P.G.S e FRACOLLI, L.A. O ACS: possibilidades e limites para a promoção da saúde. São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n.1, Mar. 2010.

SANTOS, Maria Ruth; PIERANTONI, Célia Regina; SILVA, Lorena Lopes da. Agentes Comunitários de Saúde: Experiências e modelos do Brasil. **Physis Rev Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 20 [4]: 1165-1181, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a06v20n4.pdf>. Acesso em: 28 de janeiro de 2016.

SANTOMÉ, Jurjo Torres. Globalização e Intedisciplinaridade. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SILVA, R.V.B. *et al.* Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R.A (Orgs). **Cuidado as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco, Hucitec, 2004. .

SEABRA, Daniela Cristina; CARVALHO, Antonio Carlos Duarte de; FOSTER, Aldaísa Cassanho. O Agente Comunitário de Saúde na visão da equipe mínima de saúde. **Revista APS**. v. 11. n.3. p. 226-234, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.aps.ufjf/index.php/aps/article/view/337/115>. Acesso em: 10 de dez. de 2015.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de Identidade:** uma introdução às teorias curriculares. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Identidades terminais:** as transformações na política da pedagogia e na pedagogia da política. Petrópolis: Vozes, 1996

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. O ACS e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 75-96, fev. 2002.

SILVA, J. A. **O Agente comunitário de saúde do Projeto Qualis:** agente institucional ou agente de comunidade? Tese (Doutorado em Saúde Pública -- Administração Hospitalar) - - Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade

de São Paulo, São Paulo, 2001. 290 f.

SOUSA, M. F. **Agentes comunitários de saúde**: choque de povo. São Paulo: Hucitec, 2003.

TANGUY, Lucie. Competência e integração social na empresa. *In*: ROPÉ, Françoise, TANGUY, Lucie (orgs.). **Saberes e competências**: o uso de tais noções na empresa e na escola. Campinas: Papirus, 2002.

THEISEN, N. I. S. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**: condições de trabalho e sofrimento psíquico. 2004. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2004. 160 f.

TENDLER, Judith. **Bom Governo nos Trópicos**: Uma visão Crítica. Brasília: REVAN, 1998.

TREIN, Eunice; CIAVATTA, Maria. A Historicidade do Percurso do GT Trabalho e Educação: uma análise para debate. *In*: **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 7. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica Joaquim Venâncio, 2009.

TOMAZ, J. B. C. O ACS não deve ser um “super-herói”. **Interface Comun. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 84-87, fev. 2002.

VAZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1968.

VIANA, Ana Luiza D’avila; DAL POZ, Mário Roberto (Coord.). **Reforma em Saúde no Brasil: programa Saúde da Família**: informe final. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

VIEIRA, Mônica; DURÃO, Anna Violeta; LOPES, Marcia Raposo. **Para além da comunidade**: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJB, 2011.

WITTACZIK, L. S. Educação profissional no Brasil: histórico. **E-Tech**: Atualidades Tecnológicas para Competitividade Industrial, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 77-86, 2008. Disponível em:

<<http://revista.ctai.senai.br/index.php/edicao01/article/viewDownloadInterstitial/26/21>>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2013.

APÊNDICES

Etapa Formativa I: 520 h/a

Temática: Contextualização, aproximação e dimensionamento do problema - o perfil social do técnico Agente Comunitário de Saúde e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional da rede básica do SUS.

Competências da Etapa:

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

Competências Transversais:

- Capacidade de atuar em grupo respeitando as diferenças, assumindo atitude cooperativa;
- Capacidade de manter-se motivado para a aprendizagem

Fase I - O ACS: história e contribuições para a construção do SUS (Identidade Profissional)

Competência da Fase: Capacidade de: se inserir na micro área em consonância com as atribuições básicas do ACS; Facilitar o acesso da população às políticas públicas de saúde considerando as finalidades do trabalho do ACS; Manejar adequadamente a coleta de dados do SISAB

Temas	Habilidades	Conhecimentos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conceito de Saúde, promoção de saúde e prevenção de doenças ✓ Políticas de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família ✓ Atribuições do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia Saúde da Família ✓ Território ✓ Família ✓ Visita Domiciliar ✓ Direito e cidadania ✓ Instrumentos de trabalho do ACS ✓ Acompanhamento de gestantes e crianças 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar o mapeamento institucional, social e demográfico em sua micro área. • Realizar o cadastramento das famílias na sua micro área. • Identificar a importância do acompanhamento da família no domicílio como base para o desenvolvimento de suas ações. • Orientar indivíduos e grupos sociais quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidos no âmbito da atenção básica à saúde. • Realizar ações de coleta de dados e registro das informações pertinentes ao trabalho desenvolvido. 	<ul style="list-style-type: none"> • O papel do agente comunitário de saúde como membro da equipe de saúde da família. • Políticas públicas, políticas sociais governamentais, em especial a política nacional de saúde – organização, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. • Diferença entre os conceitos de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças. • Sistema Municipal de Saúde: estrutura, funcionamento e responsabilidades. • A estratégia de saúde da família na atenção básica à saúde. Comunicação: conceitos, importância e práticas. • Estratégias de abordagem a grupos sociais, especialmente à família. • Conceitos de lugar e território. • Família: ampliação do conceito, especificidades e diferenças. • Cadastramento familiar e territorial. • Procedimentos utilizados na visita domiciliar, para a construção do vínculo afetivo.

- | | | |
|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none">• Importância da comunicação na visita domiciliar, valorizando atitudes de respeito e tolerância às diferenças culturais, religiosas, sexuais, raciais, econômicas e sociais nas relações estabelecidas com as famílias, desenvolvendo uma postura ética na visita domiciliar.• Sistema de informações em saúde: SIAB (SISAB); |
|--|--|---|

Fase II - O ACS e a comunidade (Fortalecimento das Competências Familiares)

Competências da Fase: Capacidade de realizar cuidados em relação às crianças de 0 a 06 anos, conforme as atribuições básicas do ACS, utilizando abordagem de redes sociais e manejar adequadamente a coleta de dados do SIAB (Ficha A, Contando para Cuidar).

Temas	Habilidades	Conhecimentos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Redes Sociais ✓ Cadastro ✓ Fortalecimento das competências familiares para os cuidados de crianças menores de 02 anos ✓ Imunização ✓ Fortalecimento das competências familiares para os cuidados com crianças de 03 a 06 anos de idade 	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidar e analisar os dados obtidos pelo cadastramento. • Identificar a relação entre problemas de saúde e condições de vida; situações e hábitos presentes na localidade que são potencialmente promotores de saúde. • Analisar os riscos sociais à saúde da população de sua micro área. • Realizar o mapeamento institucional, social e demográfico em sua micro área. • Realizar ações que possibilitem o conhecimento, pela comunidade, das informações obtidas nos levantamentos sócio epidemiológicos realizados pela equipe de saúde. • Trabalhar em equipe. • Promover a comunicação entre as pessoas da sua micro área e os demais membros da equipe de saúde. • Utilizar de forma adequada os Álbuns do Programa Família Brasileira Fortalecida do UNICEF, na visita domiciliar e nos grupos da comunidade. • Orientar os pais e/ou responsáveis/ cuidadores quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidos no âmbito da atenção básica à saúde no cuidado com a primeira infância. • Acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil e a situação vacinal das crianças, conforme planejamento da equipe de saúde. • Compreender a importância dos limites para o desenvolvimento infantil, manejando de forma saudável e assertiva, nos contextos familiar e comunitário; • Participar da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartão da gestante: finalidade, leitura dos vários tipos e interpretação dos dados. • Importância do Registro Civil de Nascimento como condição de cidadania. • Importância da visita imediata ao recém-nascido, os cuidados básicos necessários a crianças do 1º ao 12º mês de vida e as mudanças na dinâmica familiar com a chegada do bebê • Aleitamento materno: importância, anatomia e fisiologia da mama; mitos e técnicas de amamentação; cuidados gerais com a mama. • Desmame: período e introdução gradual de alimentos. • Cartão da criança: finalidade, leitura dos vários campos, interpretação dos dados. • Esquema vacinal. • Doenças prevalentes da infância: identificação dos sinais de risco, medidas de prevenção, encaminhamento e acompanhamento; • Limites: importância e manejo assertivo na educação infantil. • Importância das vacinas para a saúde da criança, do adolescente e idoso. • Abordagem educativa e orientações sobre vacinação para crianças, adolescentes e idosos.

	<p>junto às equipes de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propor e participar da implementação de ações intersetoriais e das políticas sociais governamentais. 	
--	--	--

Fase III - O trabalho do ACS para melhoria da qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas

Competências da Fase: Capacidade de analisar a situação geral do grupo de gestantes e crianças menores de 1 ano da micro área relacionando-a aos fatores de risco, identificando os cuidados necessários e utilizando abordagem de redes sociais / Compreender as políticas públicas sociais existentes e/ou implantadas no seu município como direitos da população, e o papel do ACS na implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição em especial o Programa Bolsa Família / Manejo adequado da coleta de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SISAB no acompanhamento dos acometidos das doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis

Temas	Habilidades	Conhecimentos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) ✓ Políticas Públicas Sociais e Políticas de Proteção Social ✓ Acompanhamento de portadores de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a situação geral do grupo de gestantes e crianças menores de 1 ano da micro área, relacionando os fatores de risco, e identificando os cuidados necessários e utilizando abordagem de redes sociais; • Compreensão das políticas públicas sociais existentes e/ou implantadas no seu município como direitos da população, e o papel do ACS na implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição em especial o Programa Bolsa Família; • Manejar adequadamente a coleta de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB (Fichas B: B-HA, B-DIA, B-TB, B-HAN) no acompanhamento dos acometidos das doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Processo saúde doença e seus determinantes/condicionantes. • Técnicas de levantamento das condições de vida e de saúde/doença da população. • Significado dos dados contidos no SIAB (SISAB), associando a importância da sua atualização para o planejamento das ações das Equipes Saúde da Família. • Preenchimento correto das Fichas (e-SUS) reconhecendo sua importância para o trabalho do ACS no acompanhamento dos acometidos de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. • Processo de trabalho em saúde e suas características. • Promoção da saúde: conceito e estratégias. • Principais problemas de saúde da população e recursos existentes para o enfrentamento dos problemas. • Mapeamento sociopolítico, finalidades e técnicas. • Políticas públicas sociais existentes e/ou

		implantadas no município como direitos da população.
--	--	--

- Relação entre consumo alimentar e condições de saúde, contextualizada pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

- Ética no trabalho em saúde e na visita domiciliar.

- Conceito e critérios de qualidade da atenção à saúde: integralidade, acessibilidade, humanização do cuidado, satisfação do usuário e do trabalhador, equidade, outros.

- Intersetorialidade: conceito e dinâmica político-administrativa do município.

Fase IV - O Trabalho Educativo do ACS

Competências da Fase: Capacidade de analisar a situação geral dos portadores de doenças crônicas da microárea, relacionando-a aos fatores de riscos, identificando os cuidados necessários e utilizando a abordagem de redes sociais / Capacidade para realizar o trabalho educativo com grupos, utilizando metodologias participativas, visando à incorporação de estilos de vida saudável.

Temas	Habilidades	Conhecimentos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ As Políticas de Proteção Social e suas condicionalidades. ✓ Acompanhamento aos portadores de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis (hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase). ✓ As práticas culturais e os cuidados com a saúde. ✓ Educação e saúde, as concepções de ensino-aprendizagem. ✓ A participação social no Sistema Único de Saúde. ✓ A comunicação no trabalho educativo em saúde. ✓ Trabalho educativo com grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ações educativas que possibilitem o conhecimento, pela comunidade, das informações obtidas nos levantamentos sócio-epidemiológicos realizados pela equipe de saúde. • Orientar as famílias e grupos na identificação de sinais indicativos de problemas de saúde. • Estabelecer articulação com equipamentos sociais (creches, asilos, associações, igrejas, escolas e outros). • Estimular a população através da mobilização para participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações locais de saúde. • Realizar oficinas educativas, utilizando técnicas de facilitação de processos participativos em grupos específicos da comunidade. • Trabalhar em equipe de saúde. • Promover a integração entre a equipe de saúde e a população de referência adstrita à unidade básica de saúde, através da mobilização e participação social. • Participar da elaboração do plano de ação, sua implementação, avaliação e reprogramação permanentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Educação popular e processos educativos de trabalho em saúde e suas bases: diálogo, humanização, integralidade da pessoa. • Cultura popular, práticas populares no cuidado à saúde. • Participação e mobilização social: conceitos, fatores que facilitam e/ou dificultam a ação coletiva de base popular. • Lideranças: conceito, tipos e processos de constituição de líderes populares. • Intersetorialidade: conceito e dinâmica político-administrativa do município. • Técnicas de facilitação de encontros grupais. • Conceitos operados na sociedade civil contemporânea: organizações governamentais e não governamentais, movimentos sociais de luta e defesa da cidadania e das minorias, e pelo direito às diversidades humanas.

	<p>junto às equipes de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none">• Propor e participar da implementação de ações intersetoriais e das políticas sociais governamentais.	
--	--	--