

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO TRABALHO
E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE



O PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO TRABALHADOR DE NÍVEL TÉCNICO NO CAMPO DAS VIGILÂNCIAS

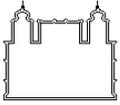
TÂNIA KÁTIA DE ARAÚJO MENDES

Trabalho apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Pacheco de Oliveira

Segunda orientadora: Prof^a Dr^aa Marismar Horsth De Seta

RIO DE JANEIRO
Novembro de 2009



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO TRABALHO
E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE



O PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO TRABALHADOR DE NÍVEL TÉCNICO NO CAMPO DAS VIGILÂNCIAS

TÂNIA KÁTIA DE ARAÚJO MENDES

BANCA

RIO DE JANEIRO
Novembro de 2009

DEDICATÓRIA

Aos trabalhadores de nível médio que integram o campo das vigilâncias dos municípios de Arapiraca, Palmeira dos Índios, Flexeiras, Marechal Deodoro, Maceió, Messias e Rio Largo, que participaram desse estudo, pois sem a disposição e o entusiasmo com que compartilharam as informações sobre os seus cotidianos, esse trabalho simplesmente não existiria;

Às minhas filhas, Ana Alice, Ana Gabriela Ana Carolina, a minha netinha Maria Júlia e Luciano, vocês são minhas estrelas e razão da minha vida;

À minha mãe pelo seu cuidado, presença e amor incondicional que sempre me fez sentir;

Ao meu querido, amado e inesquecível pai que não está mais entre nós, mas onde ele estiver, estará emocionado e feliz pela minha vitória.

AGRADECIMENTOS

A Prof^a Ena de Araújo Galvão, grande educadora que iniciou a luta pela educação profissional dos trabalhadores de nível médio da saúde nesse país. O seu compromisso com as Escolas Técnicas do SUS será eternamente reconhecido por todos nós;

Ao meu orientador Prof. Dr. Sérgio Pacheco de Oliveira, pela paciência, atenção, cuidado, compromisso e estratégias sugestões que foram decisivas em vários momentos da construção desse estudo;

A minha co-orientadora Prof^a Dra Marismary De Seta, porque suas reflexões muito me instigaram no estudo das vigilâncias;

A SEGETES por tornar realidade propostas coletivamente planejadas na Política de Desenvolvimento dos Trabalhadores do SUS;

Ao Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho que de forma tão experiente e equilibrada coordenou esse mestrado;

Ao CESMAC em nome da Prof^a Lucélia da Hora Sales pelo seu apoio, incentivo e contribuição quando dos meus afastamentos das atividades acadêmicas nos períodos presenciais do curso;

A minha filha Ana Gabriela, pela disponibilidade e importantes contribuições na fase final desse trabalho;

A Adailton, companheiro de todos os momentos por todo o seu envolvimento e sugestões em cada etapa de construção desse trabalho;

Aos meus colegas da Escola Técnica de Saúde Prof^a Valéria Hora, que sempre me incentivaram nessa etapa tão significativa da minha vida profissional;

Aos Gestores Municipais de Saúde dos municípios de Maceió, Arapiraca, Marechal Deodoro, Palmeira dos Índios, Flexeiras, Messias e Rio Largo que de prontidão, autorizaram o estudo em seus municípios;

Aos meus companheiros de trabalho que lutam por melhorias nas práticas de saúde e de educação em nosso estado, por terem aberto caminhos e torcido para que esse estudo fosse realizado: Rudja Abreu, Elzira de Macedo, Eliezel dos Anjos, Sônia Vilela, Edelzuíta Novaes, Wellington Monteiro, Socorro Medeiros, Oneide Regina,

Sival Clemente, Francisca Nunes, Dayse Jatobá, Cristiane Balbino, Aglaí Tojal, Graça Monte, Graça Cajueiro e Maria Célia Torres.

Aos professores desse mestrado, vocês nos proporcionaram tão importantes aprofundamentos sobre as questões da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, certamente nós não somos mais os mesmos na condução dos processos em nossas escolas;

Às minhas colegas de disciplina do CESMAC, Marlene Lima, Glória Freitas e Ana Maria, pela compreensão nos dias em que precisei me ausentar;

Aos professores que participaram da minha qualificação, pelas suas importantes contribuições, Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho e Prof^a Ana Luíza Stiebler;

A Luzimar pela eficiência, amizade e doçura com as quais conduziu as suas atividades;

Aos meus colegas do mestrado, porque com o tempo fomos muito mais que colegas, fomos um grupo que compartilhou as dificuldades e vitórias na evolução dessa nossa caminhada. Sentiremos saudades, construímos laços e uma história que jamais esqueceremos;

A Edith e Paulo pelo incentivo e disponibilidade em facilitar minha estadia no Rio de Janeiro;

A Cícera e Gerônimo pela compreensão e ajuda em todos os momentos.

Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas.

Escolas que são gaiolas existem para que os pássaros desaprendam a arte do vôo. Pássaros engaiolados são pássaros sob controle. Engaiolados, o seu dono pode levá-los para onde quiser. Pássaros engaiolados sempre têm um dono. Deixaram de ser pássaros. Porque a essência dos pássaros é o vôo.

Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados. O que elas amam são pássaros em vôo. Existem para dar aos pássaros coragem para voar. Ensinar o vôo, isso elas não podem fazer, porque o vôo já nasce dentro dos pássaros. O vôo não pode ser ensinado. Só pode ser encorajado.

Rubens Alves

RESUMO

Diante da necessidade de implementação do processo de descentralização das vigilâncias, muitos trabalhadores de nível médio vêm sendo transferidos do nível estadual para o municipal, assim como outros vêm sendo contratados pelos municípios para atuarem na estruturação desses serviços. Muitos, sem terem tido acesso à formação específica para atuação na área. Diante da política de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS surge a necessidade estratégica de promover a sua educação profissional. A Escola Técnica de Saúde Prof^a Valéria Hora, responsável pela educação profissional dos trabalhadores de nível médio do SUS, em Alagoas, não tem experiência anterior em formação profissional no campo das vigilâncias. Tal fato motivou esse estudo, que teve como objetivo: delinear o perfil de competências dos trabalhadores de nível técnico do campo das vigilâncias, a partir do conhecimento e análise do processo de trabalho. O estudo foi aplicado em seis municípios selecionados por sorteio, onde se buscou conhecer e interpretar a sua realidade, com o foco nas seguintes categorias de análise: Quem são esses trabalhadores, o que fazem e quais suas dificuldades e necessidades. Foram ouvidos os gestores municipais de saúde em relação às suas percepções e expectativas sobre a prática desses trabalhadores. Observou-se que 85% da força de trabalho que integra o campo das vigilâncias no universo estudado é de pessoal de nível médio, sendo que 100% não tem formação específica. Vêm sendo capacitados através de treinamentos para determinados fazeres, evidenciando uma preparação para atuar em um mero recorte da realidade. Analisando-se os documentos oficiais, observou-se que de forma geral as atribuições definidas para eles, vêm sendo de certa forma realizadas. Muitas das vezes sem compreensão da realidade como um todo, sem conhecimento do resultado das suas atividades, que vêm sendo realizadas enquanto tarefas prescritas por coordenadores, configurando que são tratados de fato como meros executores de prescrições técnicas, de normatizações, legislações e de controle e erradicação de doenças, como se supunha ao iniciar esse estudo. A partir da interpretação desses resultados, onde estiveram envolvidos: o ensino, os gestores e os trabalhadores, foi possível delinear um perfil de competências para os trabalhadores de nível técnico que integram as equipes das vigilâncias, levando-se em consideração as experiências concretas dos sujeitos, seus saberes formais já adquiridos, os saberes informais advindos da sua inserção na sociedade, da sua cultura, assim como dos saberes acumulados nas atividades de trabalho. Espera-se, que após submetido à validação pelos trabalhadores e profissionais da área, esse estudo venha a contribuir com o planejamento curricular da formação técnica para o campo das vigilâncias e consequentemente com a reorganização das práticas desses trabalhadores nos seus municípios.

Palavras-chaves: Educação profissional; Perfil de competências; O campo das vigilâncias; Trabalhadores de nível médio.

ABSTRACT

In order to face with the implementation the surveillance's decentralization, many mid-level workers are being moved from the state level to municipal level and others have been hired by municipalities to act in the structuring of those services. Many of them have had no access to general or specific education in the area. From the SUS' workers political development Law comes the strategic needs to promote vocational education to these workers. However, the Technical School of Health Prof. Valéria Hora, which is responsible for the education of professional-level workers of SUS in the state of Alagoas, has no previous experience in training in the field of surveillance. This fact has motivated this study, which has the objective to: outline the skills profile of workers in the technical field of surveillance, based on knowledge and analysis of their work process. It is an exploratory study of qualitative nature, applied in six cities selected by draw, where sought to know and interpret the reality of these workers with a focus in the following categories of analysis: a) Who are these workers; b) What they do and what are their difficulties and their needs. Were heard also the local health managers, regarding to their perceptions and expectations about the practice of these workers. It was observed that 85% of the workforce that integrates the field of surveillance in the universe studied is mid-level staff, and 100% have no specific training. They have been empowered through training to specific issues, showing a preparation of the worker to work only in a mere detachment from reality. By analyzing the official documents, it was observed that in general the tasks set for these workers, have been carried out. Often without understanding of reality as a whole, without knowing the results of their activities and tasks performed as required by their coordinators, setting that in fact they are treated as mere executors of the technical requirements, normalizations, laws and control and eradication of diseases, as was supposed at the beginning of the study. From the interpretation of these results, which were involved the education, managers and workers, it was possible to outline a profile of competencies for the technical-level workers that are part of the surveillance teams, considering the specific experiences of individuals, their formal knowledge already acquired, the informal knowledge resulting from their integration into society, their culture, as well as the accumulated knowledge in work activities. It is expected that this study contribute to the planning of technical training curriculum for the field of surveillance and consequently with the reorganization of its practices at the municipalities.

Keywords: Professional education; Competency profile; the field of surveillance; Middle level workers.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Número e percentual de municípios do estado de Alagoas por agrupamento populacional e municípios participantes do estudo em cada um dos agrupamentos.....	37
Quadro 2. Total de participantes por município.....	39
Quadro 3. Demonstrativo quanto a nº de habitantes, área da unidade territorial, PIB per capita, alguns serviços de saúde, nº de leitos total e públicos, indústria de transformação, valor do fundo de participação dos municípios e valor do imposto territorial rural (IPTR) dos municípios estudados, nos períodos entre 2005 e 2007.....	44
Quadro 4. Percentual de representatividade dos trabalhadores de nível médio na composição da força de trabalho das vigilâncias nos municípios estudados, 2009.	49
Quadro 5. Capacitações realizadas pelos trabalhadores da Vigilância Sanitária /Ambiental e nº de trabalhadores participantes em cada um.	50
Quadro 6. Capacitações realizadas pelos trabalhadores da Vigilância Epidemiológica e nº de trabalhadores participantes.	52
Quadro 7. Distribuição dos trabalhadores de nível médio entre as vigilâncias.....	56
Quadro 8. Atividades desenvolvidas pelos trabalhadores da VISA.....	58
Quadro 9. Atividades desenvolvidas pelos trabalhadores da sede das SMS na Vigilância Epidemiológica.	61
Quadro 10. Atividades desenvolvidas pelos agentes de endemias - dengue.....	62
Quadro 11. Atividades desenvolvidas pelos agentes de endemias - peste, esquistosomose, chagas e leishimaniose.....	62
Quadro 12. Razões que levam os trabalhadores a se articularem entre si.....	69
Quadro 13. Dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores de nível médio das vigilâncias sanitária e ambiental.	70
Quadro 14. Dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância epidemiológica.	72
Quadro 15. Situações que obstaculizam o cotidiano das práticas das vigilâncias, por ordem de importância, na percepção dos gestores municipais de saúde.	74
Quadro 16. Temas a serem abordados num de processo de formação técnica no campo das vigilâncias.	80

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Mapa de Alagoas com os cinco agrupamentos populacionais..... 38
- Figura 2.** Situação dos trabalhadores quanto a escolaridade. 54
- Figura 3.** Distribuição dos trabalhadores de nível médio, por tempo de serviço, em anos. 55
- Figura 4.** Distribuição dos trabalhadores de nível médio das vigilâncias por sexo..... 55

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CASAL	Companhia de Abastecimento de Água e Saneamento de Alagoas
CBVE	Curso Básico de Vigilância Epidemiológica
CCZ	Centro de Controle de Zoonozes
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência da Saúde do Trabalhador
CFE	Conselho Federal de Educação
CFE	Conselho Federal de Educação
CIES	Comissão Interinstitucional de Educação em Saúde
CNCT	Cadastro nacional de Cursos Técnicos
CNEN	Comissão Nacional de Energia Nuclear
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de saúde
COSEMS/AL	Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Alagoas
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica de Saúde do Sistema Único de Saúde
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GM/MS	Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde
HGE	Hospital Geral do Estado
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais
LACEN	Laboratório Central
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica

NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
PECs	Programa de Extensão de Cobertura
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PREPs	Programa de Preparação de Pessoal de Saúde
PROFAE	Projeto de Formação de Auxiliares de Enfermagem
RENAST	Rede Nacional de Assistência a Saúde do Trabalhador
SAAE	Serviço de Abastecimento de Água e Esgoto
SECOOP	Serviço Social das Cooperativas de Prestação de Serviços
SENAC	Serviço Nacional de Comércio
SENAI	Serviço Nacional da Indústria
SENAT	Serviço Nacional de Transportes
SESC	Serviço Social de Comércio
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEM	Ministério do Trabalho
VAS	Vigilância Ambiental em Saúde
VIGIÁGUA	Vigilância da Água
VIGIAR	Vigilância do Ar
VIGISOLO	Vigilância do Solo
VISA	Vigilância Sanitária
VISAU	Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 A Educação profissional no Brasil	18
2.2 A educação profissional no contexto das políticas de saúde no Brasil	21
2.3 Um pouco da história das vigilâncias e a necessidade de um trabalhador com novas práticas	30
3 METODOLOGIA.....	36
3.1 O Delineamento do Estudo.....	36
3.2 A Entrada no Campo	38
3.3 A análise dos resultados	41
3.3.1 As Variáveis do Estudo e das Categorias de Análise	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 Caracterização dos municípios e estrutura e funcionamento das suas vigilâncias.....	43
4.1.1 Os Municípios do Estudo	43
4.1.2 Aspectos da Estrutura e Funcionamento das Vigilâncias dos Municípios Estudados.....	46
4.2 Caracterização dos trabalhadores de nível médio das vigilâncias.....	49
4.2.1 Composição da Força de Trabalho	49
4.2.2 Capacitação da Força de Trabalho.....	50
4.2.3 Grau de Escolaridade.....	54
4.2.4 Tempo de Serviço	54
4.2.5 Situação dos Trabalhadores Entrevistados Quanto ao Gênero.....	55
4.3 Número de trabalhadores em cada uma das vigilâncias dos municípios estudados.....	56
4.4 Nomenclaturas encontradas para os trabalhadores em cada uma das vigilâncias	57
4.5 O quê fazem os trabalhadores de nível médio das vigilâncias	57
4.5.1 Na Vigilância Sanitária.....	57
4.5.2 Na Vigilância Epidemiológica.....	61
4.5.2.1 Os Trabalhadores da Sede das SMS	61
4.5.2.2 Os Trabalhadores de Campo das Endemias	62
4.5.3 Na Vigilância Ambiental	63

4.5.4 Na Vigilância da Saúde do Trabalhador.....	64
4.6 Quanto às formas de organizar o trabalho.....	65
4.6.1 Na Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental	65
4.6.2 Na Vigilância Epidemiológica.....	66
4.7 Quanto à articulação entre os trabalhadores das vigilâncias	66
4.8 Dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores de nível médio.....	69
4.8.1 Das Vigilâncias Sanitária e Ambiental.....	70
4.8.2 Da Vigilância Epidemiológica.....	72
4.8.3 Dificuldades de Natureza Pedagógica	72
4.9 A percepção dos gestores municipais de saúde sobre o trabalho do pessoal de nível médio no campo das vigilâncias	73
4.9.1 Dificuldades Relatadas	74
4.9.2 Problemas de Desempenho.....	74
4.9.3 Quanto à Implantação da Formação Profissional no Campo das Vigilâncias.....	77
4.9.4 Expectativas Sobre o Papel Desses Trabalhadores das Vigilâncias	78
4.9.5 Sugestões dos Gestores Sobre Assuntos a Serem Trabalhados num Curso de Formação Técnica no Campo das Vigilâncias	79
4.10 Delineamento do perfil de competências do trabalhador de nível técnico no campo das vigilâncias (uma primeira aproximação)	80
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	88
ANEXOS	92
APÊNDICES	98

1 INTRODUÇÃO

Na história da política de saúde, alguns avanços foram obtidos no sentido de consolidar o corpo doutrinário da Reforma Sanitária Brasileira. Foram criados instrumentos para implementar a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS): as Normas Operacionais Básicas¹ e a Norma de Assistência à Saúde,² assim como a Norma de Recursos Humanos (NOB de RH 2003).³ Em 2006 foi publicada a Portaria GM/MS nº 399,⁴ definindo as diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, fundamentadas na ampliação da autonomia política e operacional dos estados e municípios.

A descentralização das ações das vigilâncias foi implementada em dezembro de 1999, com a publicação da Portaria nº 1.399⁵ que regulamentou a NOB 01/96, estabelecendo incentivos financeiros aos municípios que se responsabilizassem pela descentralização das ações das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária.

Desde então, muitos trabalhadores têm sido descentralizados do nível estadual para o municipal, assim como muitos outros têm sido contratados pelas secretarias municipais, no sentido de estruturar os serviços locais das Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental e Sanitária.

Descentralizar as ações das vigilâncias para os municípios aponta a necessidade de formas mais expressivas de articulação entre as práticas de atenção individual e coletiva executadas pelos serviços de saúde.

Esse reordenamento das ações preventivas, assistenciais e de promoção da saúde demandou e continua a demandar novas práticas na Gestão, no Controle Social e na Assistência, assim como exige das instituições formadoras de pessoal para saúde, a revisão de muito de seus pressupostos.

Num processo de intensos investimentos na educação profissional, a partir de 2004, quando o Centro Formador de Recursos Humanos e a antiga Escola de Auxiliares de Enfermagem, historicamente formando exclusivamente para enfermagem, se transformaram em Escola Técnica do SUS - Escola Técnica de Saúde Profª Valéria Hora do Estado de Alagoas - ETSUS/AL.

Esta escola realizou a formação de mais de 4.500 auxiliares e técnicos de enfermagem através do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de

Enfermagem (PROFAE), de 4.800 Agentes Comunitários de Saúde no Módulo I, qualificou a 1ª turma de Cuidadores de Idosos com 35 alunos (experiência pioneira no Nordeste), 10 turmas (300 alunos) de qualificação básica em Agentes de Vigilância em Saúde (PROFORMAR). Estão em andamento 2 turmas de Técnico em Análises Clínicas (60 alunos) e 30 turmas de Técnico em Higiene Dental (1.200 alunos). Está planejado o início para 2010 mais 30 turmas de Cuidadores de Idosos (350 alunos) e a habilitação (módulo II) para 91 turmas de técnico em Enfermagem.

A Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007⁶ expressa que a Política Nacional de Educação Permanente deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Muitas mudanças estão ocorrendo com base na política de saúde, legitimada através da Lei nº 8.080,⁷ mas sabe-se que a sua implementação em muitos aspectos depende fortemente de ações estratégicas no campo da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde.

Em Alagoas, através de uma aproximação com a realidade, percebe-se que em muitos municípios os trabalhadores ainda continuam desenvolvendo as ações das vigilâncias de modo desarticulado entre si, entre os outros serviços de saúde, especialmente os da atenção básica. Não incorporaram no seu cotidiano, a lógica da articulação entre as diversas equipes e entre as suas ações.

As ferramentas da vigilância não são usadas de forma adequada para desenvolver o planejamento de ações de atenção à demanda programada e espontânea. Os trabalhadores das vigilâncias deixam de utilizar de prontidão as informações da assistência para deflagrar suas ações, desenvolvendo-as, muitas vezes, de forma isolada ou por iniciativas verticais que são idealizadas na instância estadual ou federal.

As equipes das Vigilâncias são compostas por trabalhadores de nível superior e médio, sendo a maior parte desses trabalhadores deste último. Este grupo não apresenta formação específica e vem sendo preparado para o trabalho através de processos pontuais de capacitação. Sabe-se que muitos deles têm sido tratados pelo sistema de saúde como meros operadores de prescrições técnicas, normatizações, legislações e atividades de controle e erradicação de doenças.

Em meio às transformações institucionais ocorridas desde o final da década de 90 e agudizadas no pós-Pacto de Gestão 2008, surge para a Escola Técnica de Saúde Profª Valéria Hora, uma nova demanda: a formação do trabalhador de nível médio das vigilâncias. A Escola não tem experiência anterior em formação técnica nesse campo e diante da necessidade de efetivar o planejamento curricular para esse novo curso, pergunta-se: “Qual será o perfil de competências desse trabalhador?”. Antecedendo a essa, faz-se necessário responder algumas outras: “Quem é esse trabalhador que está nas vigilâncias hoje?”; “Qual a percepção e expectativa dos serviços em relação a ele?”.

Sendo assim, esse estudo teve como objetivo delinear o perfil de competências do trabalhador de nível técnico no campo das vigilâncias, através do relato de seu cotidiano. Conhecer quem são, quais são as suas práticas, como foram preparados para a função que exercem e quais as suas dificuldades. Também se propôs, ouvir gestores municipais de saúde em relação às suas percepções e expectativas quanto à participação desses trabalhadores na implementação das práticas no campo das vigilâncias.

Delinear esse perfil a partir do relato das experiências acumuladas dos trabalhadores se constitui numa ferramenta importante para a Escola uma vez que o planejamento pedagógico e político da ação educativa requerem o engajamento de todos os sujeitos interessados, desde os momentos iniciais de sua construção. Marques (2007), diz que “investigar o processo de trabalho é um dos grandes pilares para a construção de um currículo baseado em competências”.⁸

A relevância desse estudo está em poder contribuir com as Escolas Técnicas do SUS no planejamento curricular do curso de formação técnica para os trabalhadores no campo das vigilâncias, uma vez que essas Escolas têm como missão prioritária, a qualificação e formação de trabalhadores de nível médio, já inseridos no Sistema Único de Saúde - SUS sem formação profissional específica.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL

Falar em educação profissional exige revisitar o passado, quando nos dois primeiros séculos de colonização portuguesa, a base da economia brasileira era a produção açucareira e os engenhos constituíam as unidades básicas de plantação da cana-de-açúcar, onde prevaleciam as práticas educativas informais de qualificação no e para o trabalho.⁹

A expansão da indústria gerou um mercado consumidor de produtos artesanais e outros de uso doméstico, o que incentivou a necessidade de artesãos, como: sapateiros, carpinteiros, pedreiros, ferreiros dentre outros. Assim, visando atender essas necessidades nesse período do Brasil colônia, as residências jesuíticas foram os primeiros núcleos de formação profissional através das “escolas-oficinas”.⁹

Com a vinda da família real para o Brasil, iniciou-se a implantação de atividades e de empreendimentos industriais estatais e privados. Foi assim, a partir de 1808, que surgiram as primeiras instituições públicas, que foram as de ensino superior destinadas a formar pessoas para exercer funções qualificadas no Exército e na administração do Estado.

Nesse período, paralelamente à construção do sistema escolar público, segundo Manfredi (2002, p. 75), “o Estado procurava desenvolver um tipo de ensino apartado do secundário e do superior, voltado a promover a formação da força de trabalho diretamente ligada à produção: os artífices, para as oficinas, fábricas e arsenais”.⁹ E, entre 1858 e 1886 foram criados nos grandes centros os liceus de artes e ofícios, onde todos tinham acesso aos cursos, exceto os escravos.

Nesse tempo de Brasil império, pode-se registrar duas concepções de práticas educativas: uma voltada para os pobres e desvalidos, as “obras de caridade”, organizadas pelo Estado, e outra que vinha das doações de sócios e benfeitores, formando para o trabalho artesanal, útil à sociedade e legitimando a dignidade da pobreza. Ambas, constituíam mecanismos de disciplinamento dos setores populares, no sentido de conter ações contra a ordem vigente e legitimar a estrutura social excludente herdada do período colonial.⁹

Afirmam Pereira e Ramos (2006), que a formação dos trabalhadores desde o Brasil Colônia ao Brasil República, foi marcada pelo modo de produção vigente. E o tratamento discriminatório dado às diversas ocupações manuais no Brasil Colônia foi uma das razões que levaram à aprendizagem das profissões, que era realizada pelas Corporações de Ofícios.¹⁰

O surgimento dos empreendimentos industriais, ocorrido nas primeiras décadas do Brasil República, marcado pela extinção da escravatura e pela expansão da economia cafeeira, gerou novas necessidades de qualificação profissional e assim surgiram outras iniciativas no campo da instrução básica e profissional para o povo.

Depreende-se então que a educação profissional surgiu num contexto de sociedade capitalista, onde estava presente a divisão entre classes sociais, com separação visível entre aqueles que pensavam e os que executavam as tarefas manuais.

Vem daquele tempo, o caráter preconceituoso de entender o trabalho manual como atividade indigna de homens de classes sociais elevadas, o que marcou profundamente àqueles que faziam parte da categoria social que desenvolvia esse tipo de trabalho.

Cabia à educação formar trabalhadores disciplinados, adestrados para determinadas tarefas e mais tarde, de acordo com Pereira e Ramos (2006) esse perfil de trabalhador ganhou com o taylorismo um aliado poderoso. Essa tecnologia representada pela fragmentação e parcelarização de tarefas exercidas de modo mecanizado, gerou desqualificação dessa categoria de trabalhadores.¹⁰

Assim surgiu a concepção de que a educação profissional era destinada para os excluídos da sociedade, ou seja, às classes menos favorecidas.

O Brasil, que detinha sua economia baseada na monocultura, utilizava como mão-de-obra os trabalhadores manuais que desde sempre, foram relegados a uma condição social inferior e eram dispensados de uma qualificação profissional.

Enquanto isso, a classe dominante era atendida pela educação secundária e superior. A secundária com formação humanística e científica, continuando a preparação para a Universidade. E assim, nesse período a concepção de Educação Profissional para o trabalho assalariado e para o emprego, foi se tornando hegemônica, uma vez que o ensino profissional e os métodos de ensino que antes eram empíricos e espontâneos das práticas artesanais de aprendizagem foram adquirindo uma

racionalidade técnica, em função do predomínio da organização científica (capitalista) do trabalho.⁹

Durante o processo de industrialização, quando foi necessário sair do sistema de importação de produtos, surgiu a necessidade de criação de escolas que pudessem formar pessoas para atender ao novo processo de produção.

Nesse contexto político e econômico da década de 1930, foi criado o Ministério da Educação e da Saúde e a Inspeção do Ensino Profissional Técnico, tendo Fernando Azevedo como principal signatário, quando a educação profissional passou a ser apontada como necessária para às reformas educacionais.¹⁰

Em 1942, visando atender às necessidades de preparação de trabalhadores para o processo de industrialização foi criado o Serviço Nacional de Indústria (SENAI) e em 1946, o Serviço Nacional do Comércio (SENAC), tendo como finalidade, a formação para o trabalho, como necessidade prática para acumulação privada da riqueza social gerada pela modernização.¹⁰

Na saúde, os atendentes de enfermagem eram preparados por enfermeiras e freiras, além de treinamentos realizados pelo Ministério do Trabalho, os quais ocorriam mediante a preocupação com os acidentes ocorridos no ambiente de trabalho.

Até os anos 70, as concepções que norteavam as práticas escolares evidenciava-se de um lado havia a concepção de educação escolar na qual os alunos tinham acesso a conhecimentos cada vez mais amplos à medida que progrediam nos estudos e de outro, a concepção de que o aluno deveria receber um conjunto de informações relevantes para o domínio de um ofício, sem aprofundamento teórico, científico e humanístico que lhe desse condições de continuar se qualificando e até mesmo conquistar outros domínios.¹¹ Essas foram as concepções de educação escolar acadêmico generalista e a de educação profissional.⁹

Fica evidente que a idéia de profissionalização ocorreu no Brasil em um momento em que havia o objetivo do país participar da economia universal e nesse sentido o sistema educacional atendia à necessidade de preparar os trabalhadores para o mercado de trabalho.

Dentro dessa lógica, até 1996, o sistema formal de ensino profissionalizante, se compunha de um lado por uma rede de escolas públicas mantidas pela União, Estados e Municípios e de outro, por uma rede mantida por entidades privadas, o Sistema S (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - SENAI e SESC, Serviço Nacional de

Aprendizagem Comercial - SENAC, Serviço Nacional de Aprendizagem de Transporte e Serviço Social de Transportes - SENAT e SEST, Serviço de Apoio à Pequena Empresa- SEBRAE e o recém – criado Serviço Social das Cooperativas de Prestação de Serviços SECOOP).⁹

A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação¹² e o Decreto 2.208¹³ instituíram as bases para a reforma do ensino profissionalizante e legitimaram um processo não consensual, porque por um lado instaurou o dissenso sobre sua implementação e por outro, a desestruturação das redes de ensino preexistentes passando o ensino técnico a ter organização curricular própria e independente do ensino médio.⁹

De 1996 a 2003 lutou-se pela revogação dessa regulamentação, visando a construção de outra mais coerente com a utopia de transformação da realidade da classe trabalhadora brasileira. Nesse contexto, foi aprovado em julho de 2004, o Decreto nº 5.154 que veio permitir a integração do ensino médio com a educação profissional. Mesmo assim continua ainda sob a tutela da lógica empresarial a formação dos jovens excluídos do mercado de trabalho, que não tiveram acesso à educação regular, ficando evidente, a condução para uma reforma parcial, quando o almejado é uma reforma cujo princípio básico seja o direito à educação laica, gratuita, de qualidade, politécnica e de formação omnilateral.¹⁰

2.2 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Pensar sobre a educação profissional no contexto das políticas de saúde, nos leva a revisitar as primeiras Conferências Nacionais de Saúde, porque elas contêm importantes relatos para explicar essas políticas.

Pereira e Ramos (2006) conceituam educação profissional como um processo integrante da formação humana, usado como instrumento contra-hegemônico ao capitalismo. Devendo ser vislumbrado também na cultura e que enquanto processo educativo somente pode ser validado se for colocado como instrumento contra a cultura da exploração e de combate aos impulsos de destruição existentes em sociedades que vivem sob o interesse do capital.

As duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde e Educação aconteceram em 1941 e em 1950. Foram realizadas com a participação de grupos seletos, para que

fossem conhecidos os problemas de saúde no país e fossem planejadas formas de enfrentá-los.

No relatório da III Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1963, buscando melhorar o déficit de pessoal nos serviços de saúde, instâncias foram convocadas para assumir treinamentos. A idéia era utilizar pessoal técnico no lugar de médicos e esse pessoal deveria ser qualificado para desenvolver atividades antes restritas aos médicos. E reconhecendo a concentração de pessoal “para-médico” nos grandes centros urbanos levantou-se a época, a necessidade de formular uma política de recrutamento, seleção, preparo e aproveitamento do pessoal de nível médio e foi proposta a descentralização do ensino desse pessoal, seguindo a noção de que assim a qualificação seria mais barata e mais adequada ao meio onde seriam executadas.¹⁴

Nessa época pode-se ver que já havia uma movimentação em direção ao fortalecimento dos municípios. (as primeiras tentativas de municipalização), o que foi abortado no período de repressão da ditadura militar.

A partir da IV Conferência realizada em 1967, se estimulou a organização de centros de treinamento de pessoal auxiliar. Essa Conferência foi mais voltada às questões de recursos humanos, com ênfase em se identificar o tipo de profissional necessário às demandas do país. Nesse tempo, o modelo propunha atendimento primário às populações periféricas, no entanto, hierarquizado em torno da hegemonia do médico.

No relatório da citada Conferência registrou-se: “(...) esta periferia será confiada à supervisão e execução de médicos policlínicos, com suficientes conhecimentos básicos. Pessoal auxiliar far-se-á indispensável a que se complete o quadro necessário à estruturação de postos, cujo vulto e responsabilidades serão crescentes”.¹⁵

O Governo de Emílio Garrastazu Médici - 1968 a 1974 - foi marcado por uma forte temporada de repressão, simultânea ao “milagre econômico brasileiro”. Nesse período metade da população estava fora do mercado de trabalho formal, portanto sem direitos previdenciários.

Em meados da década de 70, ainda em plena ditadura surgiram os primeiros projetos-pilotos de medicina comunitária e foi gestado e difundido o Movimento da Reforma Sanitária, precursor de todas as propostas de mudança para uma nova política de saúde no país, resgatando o pensamento médico-social do século XIX. Apresentou-se à época, um posicionamento político e científico, relacionando saúde e sociedade.¹⁶

Aos poucos, se iniciaram as articulações dos movimentos sociais e surgiam as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, assim como reivindicações de solução para tantos problemas criados pelo modelo de saúde praticado.

Em 1975, aconteceu a V Conferência Nacional de Saúde, que reconheceu a dicotomia entre os Ministérios da Saúde e o Ministério da Previdência Social. Nessa década, diante das grandes endemias, propôs-se a Interiorização dos Serviços de Saúde, que acabou por gerar os Programas de Extensão de Cobertura (PECs), surgindo assim o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde (PREPS) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

No que se refere à Educação, nesse período, foi promulgada a lei que fixou as Diretrizes e Bases do Ensino de 1º e 2º graus.¹⁷ Até hoje essa lei é alvo de críticas, pois garantia que a habilitação de 2º Grau poderia ser adquirida pelo exame de suplência o qual conferiria diploma a quem estivesse no trabalho em saúde há pelo menos dois anos, traduzindo uma perfeita concordância com a proposta da economia capitalista da formação para o trabalho.¹⁰

Em 1977 a VI Conferência Nacional de Saúde discutiu: 1) a extensão dos serviços básicos; 2) a operacionalização dos novos diplomas legais, em matéria de saúde; 3) a interiorização dos serviços de saúde e 4) a Política Nacional de Saúde.¹⁶

Em 1978, com a Conferência Internacional de Alma-Ata, reafirmou-se a saúde como um dos direitos fundamentais do homem, sob responsabilidade política dos governos e se reconhece a sua determinação intersetorial.¹⁸ À época, inspirando-se nessa conferência, foi implantado no Nordeste o Programa de Interiorização das ações de Saúde e Saneamento – PIASS -, que tinha como objetivo interiorizar o atendimento à saúde, estimulando a utilização de pessoal de nível auxiliar, que residia nas próprias comunidades. Acreditando-se assim que se estava realmente efetivando a interiorização das ações de saúde.

Nesse período diante da ampliação da assistência primária, com a implantação de Postos e Centros de Saúde em comunidades até então desassistidas, se iniciou o processo de contratação de muitos trabalhadores de saúde sem nenhuma formação na área, para atender aos problemas de saúde daquela população. Essa é uma realidade que até os dias atuais ainda perdura

Em 1980 aconteceu a VII CNS com o tema “Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos”.

Nessa época, pessoas comprometidas e preocupadas com a situação e com a qualidade de educação dos trabalhadores de nível médio inseridos nos serviços sem formação específica - enfermeira Isabel dos Santos e professora Ena Galvão - encontraram formas legais de profissionalizar esses trabalhadores. Através de brechas na Lei 5.692/71, usando o ensino de suplência, buscaram implantar nos estados, escolas ligadas ao setor saúde chamadas à época de Centros Formadores de Recursos Humanos (hoje, Escolas Técnicas do SUS - ETSUS), que dariam conta de promover a profissionalização desses trabalhadores. Essas escolas foram criadas para usarem um processo pedagógico inovador, trabalhando a formação profissional, a partir das experiências acumuladas desses trabalhadores.¹⁰

Assim surgiu o Projeto Larga Escala, que para contemplar os estados, apresentava como requisito a criação dos Centros Formadores que deveriam ser escolas ligadas ao setor saúde para operarem devidamente reconhecidas pelo sistema oficial de ensino.

Essas escolas foram criadas a partir da década de 80 para profissionalizar os trabalhadores empregados nas instituições de saúde, que não possuíam qualificação específica para as funções que exerciam, defendendo ainda que para a maioria dessas escolas não estava estabelecido qualquer tipo de processo seletivo, pois a entrada dos trabalhadores de saúde não poderia sofrer qualquer risco que configurasse o princípio da exclusão. Apenas aquelas escolas que optassem em também atender com seus cursos as demandas externas aos serviços (pessoas da comunidade, não inseridas nos serviços ainda) fariam processo seletivo.¹⁹

Os Centros Formadores de Recursos Humanos para Saúde nasceram reforçando a crítica feita aos treinamentos pontuais, que funcionavam até então como instrumento para tornar os trabalhadores aptos a um fazer pragmático, sem uma dimensão crítica e reflexiva. “As primeiras escolas criadas dentro da concepção do Projeto Larga Escala foram: a de Piauí, a de Alagoas, a de Belo Horizonte, uma em Rondônia e outra em Rio Grande do Norte”.¹⁰

Em 1985, Tancredo Neves foi eleito, pondo fim a Ditadura Militar e o país vivia a Nova República.

Em 1986, foi convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, com o tema: "Democracia e Saúde", tendo como presidente, Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Osvaldo Cruz. As intensas discussões sobre Recursos Humanos para implementar o SUS apontaram a realização da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em outubro do mesmo ano.²⁰

Ainda em 1986, outro importante acontecimento marcou a história da saúde, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa. No que se refere ao paradigma da "Promoção da Saúde", afirmava que "a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema saudável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade são requisitos essenciais para a saúde".²¹

Com intensa movimentação e reivindicações por uma cidadania plena, em 1988 é promulgada a Oitava Constituição do Brasil, que em seu artigo 196, descreve saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.²²

Foi aprovado nesse contexto, o Sistema Único de Saúde trazendo como princípio organizativo, a descentralização dos serviços públicos de saúde, assim iniciando-se um novo caminho onde mudanças fizeram acontecer de fato a "municipalização" dos serviços de saúde.

Depois de dois anos, com a aprovação da Lei 8.080, buscou-se a superação da dicotomia entre serviços preventivos e curativos e a passagem da ênfase na assistência individual para a ênfase na prevenção de doenças e promoção da saúde. Expressando uma mudança radical no modelo assistencial de saúde no país.

A referida Lei, em seu Art. 200, Seção II, afirma que compete ao SUS, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como de bebidas e águas para o consumo humano;
- VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

A IX Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1992 com o tema: municipalização é o caminho. No seu relatório afirmava que “para a efetiva implementação do SUS é indispensável uma política nacional de recursos humanos, visualizando a impossibilidade da implementação do Sistema, sem o tratamento ordenado de sua força de trabalho”.²³

Em 1996 aconteceu a X Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema: “SUS: construindo um modelo de atenção com qualidade de vida”. Nessa Conferência foi proposta a criação da Norma Operacional Básica referente à gestão do trabalho no SUS, por considerar-se que esse instrumento de gestão vinha sendo utilizado para implementação das ações de descentralização, financiamento e controle social do sistema.²⁴

O país passou por grandes mudanças em decorrência da descentralização do sistema de saúde. Ocorreu uma expansão sem precedentes de empregos de saúde na esfera municipal, invertendo definitivamente a lógica em relação aos empregos em saúde. Em 1976, o setor público municipal contava com 25.854 empregos; o setor público federal, com 98.528 e o estadual com 60.094. A grande mudança ocorreu a partir da década de 90, quando o setor público municipal passa a ter a liderança dos empregos, totalizando quase 800.000 empregos em 2002.²⁵

No livro CONASS 25 anos, que reconstrói a trajetória do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Fernando Cupertino (Presidente do CONASS de 2000 a 2003), lembra que no sentido de esculpir o novo Sistema de Saúde foram criados atos normativos, as NOBs e NOAS (NOB 91, NOB 93, NOB 96, NOAS 2001) instituídas por meio de Portarias Ministeriais, como instrumentos que definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas posições na implantação do SUS.¹⁶

Em dezembro de 1996, no sentido de implementar a política de municipalização, foi publicada a NOB 96 que regulamentou a descentralização das ações das vigilâncias, com a publicação da Portaria nº 1.399, que estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que se responsabilizassem pela descentralização das ações das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária.

A XI Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 2000 com o tema: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. E em dezembro de 2003 foi realizada a XII Conferência Nacional de Saúde, com o tema: Saúde: um direito de todos e um dever do estado – a saúde que temos e a saúde que queremos.¹⁶

Todo esse processo de reordenamento das práticas de saúde e o fortalecimento da regionalização da assistência como referenciado acima, apontaram para os gestores municipais a necessidade de compor seu quadro de pessoal, ocorrendo assim a contratação de pessoal com baixa qualificação e sem experiência profissional.

Surgiu a necessidade de pensar sobre a formação desse pessoal e nesse sentido, para fortalecer a política de educação profissional dos trabalhadores sem formação já inseridos no SUS, em 28 de novembro de 2000, através da Portaria Nº 1. 298 GM/MS foi instituída a Rede de Escolas Técnicas do SUS, ampliando assim a capacidade de atuação dessas escolas em sintonia com as necessidades ou demandas do SUS.²⁶

Sório (2002),²⁷ com base nos resultados do Censo de Educação Profissional realizado em 1994 pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), por meio do Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos (INEP) refere entre outros pontos, que dentre as 3.948 instituições de ensino que ofereciam educação profissional em diferentes níveis e áreas, apenas 5,2% (204 estabelecimentos) ofertavam cursos na área de saúde. Desses estabelecimentos, 61% era instituição privada, estando 48% deles localizados na região sudeste. Salienta ainda que as informações da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada em todos os estabelecimentos públicos e privados de saúde no país, evidenciaram um grande contingente de trabalhadores necessitando de formação técnica, básica e continuada, tendo em vista a necessidade de melhorar a qualidade da oferta de serviços de saúde.

Nos últimos anos, mais precisamente a partir da década de 90, os trabalhadores do setor saúde vêm desenvolvendo de forma mais ampla o processo de participação na definição das políticas de saúde.

É oportuno registrar o grande avanço que foi para o setor, a publicação pelo Ministério da Saúde em 2003 do documento “Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS” (NOB/RH - SUS),³ que colocou a importância do trabalho, a necessidade da valorização dos profissionais na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho.

Em 4 de novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde lançou a Resolução nº 330, que decidiu aplicar os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS - NOB/RH – SUS, como Política Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde no âmbito do SUS.²⁴

Ainda em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde com a missão de promover mudanças na formação técnica, de graduação e pós-graduação, assim como desenvolver o processo de educação permanente dos trabalhadores de saúde, visando o fortalecimento do SUS.²⁴

Assim, em 27 de novembro de 2003, o Conselho Nacional de Saúde criou a Resolução nº 335, aprovando a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e criou os “Pólos de Educação Permanente em Saúde” como instâncias interinstitucionais para a Gestão da Educação Permanente em Saúde.¹⁶

Quanto ao desafio na implantação de novas práticas para o setor saúde, é oportuno registrar que a Lei 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, afirmando em seu artigo 6º, que estão incluídas no campo de atuação do SUS, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.²⁸

Depreende-se, portanto, a importância da política de educação para o SUS, que tem como princípio a integração da educação e do trabalho em saúde, com vistas a alcançar as mudanças necessárias nas práticas de formação e nas práticas de saúde.

Em fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 198, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos seus trabalhadores.²⁴

Aproveitando os espaços gerados pelas contradições do sistema capitalista, a qualificação profissional pode e deve, pelo menos no que diz respeito a trabalhadores em instituições voltadas às práticas sociais como a educação e a saúde, desenvolver concepções que tenham como objetivo instrumentalizar a classe trabalhadora no seu processo de trabalho e nas demais esferas da vida cotidiana, de modo a possibilitar (embora sem cair no idealismo) a não adequação ao existente.¹⁰

A XIII Conferência Nacional de Saúde aconteceu em novembro de 2007 com o tema “Saúde e Qualidade de Vida: Política de estado e de desenvolvimento”.

A partir da Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007⁶, que dispõe sobre as novas diretrizes e estratégias para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde adequando-as às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, colocou-se na agenda da gestão do SUS a responsabilidade pelas ações de qualificação profissional dos trabalhadores da área, visando as mudanças das práticas, no sentido de atender aos seus princípios fundamentais.

Essa portaria define que a condução regional da Política de Educação Permanente em Saúde deverá ocorrer por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES).

No Estado de Alagoas, a Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora tem assento enquanto representante da educação de nível técnico de natureza pública nesta CIES, contando com quatro vagas - duas de titular e duas de suplência.

Referindo-se à política de educação profissional ou formação técnica de nível médio, até o ano de 2007, havia no Brasil aproximadamente 2.800 denominações distintas de cursos. Após ampla discussão com especialistas em educação profissional de todo país, pessoas com conhecimento técnico, experiência prática na profissão e em coordenação de cursos, assim como representantes dos Conselhos Nacional e Estaduais de Educação, em julho de 2008, o Ministério da Educação (MEC) publicou o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT), onde se conta, a partir de então, com 185 denominações de cursos.²⁹

O catálogo agrupa os cursos conforme suas características científicas e tecnológicas, em 12 eixos tecnológicos, somando ao todo os 185 cursos técnicos. E essas denominações deverão ser adotadas nacionalmente para cada perfil de formação.

Antes, uma única carreira chegava a ter quase 70 denominações diferentes, o que dificultava a decisão na escolha de cursos para os alunos no momento de seu ingresso no Ensino Médio Profissional e ao próprio MEC na comparação de currículos para a autorização e aprovação pelo Conselho Estadual de Educação.

O Catálogo foi submetido à consulta pública de novembro de 2007 até março de 2008, tendo sido aprovado com pequenas alterações ao documento original. Determinou 28 habilitações técnicas para o eixo Ambiente, Saúde e Segurança, e especificamente na área de saúde existem doze cursos: Técnico em Enfermagem; Técnico em Agente Comunitário de Saúde; Técnico em Farmácia; Técnico em Higiene Dental, Técnico em Imobilizações Ortopédicas; Técnico em Nutrição e Dietética; Técnico em Radiologia;

Técnico em Segurança do Trabalho; Técnico em Análises Clínicas; Técnico em Gerência em Saúde; Técnico no campo da Vigilância em Saúde e Técnico em Registros e Informações em Saúde.

A padronização na nomenclatura dos cursos de nível técnico gerou uma grande movimentação, pois se precisou submeter novos planos de cursos a aprovação. A partir de 2009, as escolas deveriam atender a essa nova regulamentação, o que levou muitas a alterarem apenas a nomenclatura sem mexer de forma significativa nas suas organizações curriculares.

Como perspectiva para a Educação Profissional em Saúde a nível nacional, vislumbra-se, a partir de 2009, a ampliação e qualificação da força de trabalho em saúde através do Projeto de Formação de Pessoal para Saúde – PROFAPS. Planeja-se realizar cursos nos seguintes campos: Radiologia; Patologia Clínica e Citotécnico; Hemoterapia; Manutenção de Equipamentos; Saúde Bucal; Prótese Dentária; Vigilância em Saúde; Enfermagem; Agentes Comunitários de Saúde (formação inicial) e Cuidadores de Idosos (qualificação básica).

As modalidades a serem oferecidas, serão definidas em cada estado, a depender das necessidades regionais.

2.3 UM POUCO DA HISTÓRIA DAS VIGILÂNCIAS E A NECESSIDADE DE UM TRABALHADOR COM NOVAS PRÁTICAS

Foi a partir da campanha de erradicação da varíola que o uso da vigilância foi significativamente ampliado, passando a ser concebida como função essencial das práticas de saúde pública.³⁰

No final da década de 60 cabia a vigilância epidemiológica atuar no controle de doenças transmissíveis e à vigilância sanitária tinha uma atuação mais restrita no campo de ações em portos e fronteiras. Só vindo a incluir o controle sanitário de produtos e interesses da saúde, a partir da década de 70.³¹ Foi nesse período que se evidenciou distinção entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária.

Observa-se claramente que as ações das vigilâncias transitam entre todos os níveis de atenção à saúde, uma vez que em qualquer momento da assistência à saúde devem funcionar articuladas com esses diversos níveis de atenção.

As ações de saúde devem ser guiadas pelas especificidades dos contextos dos territórios da vida cotidiana que definem e conformam práticas adequadas a essas singularidades, garantindo com isso uma maior e mais provável aproximação com a produção social dos problemas de saúde coletiva nos diversos lugares onde a vida acontece.³² Assim, apesar de possuírem histórias de organização e objetos diferentes, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a vigilância ambiental em saúde e a vigilância em saúde do trabalhador produzem ações que devem estar cotidianamente inseridas e articuladas entre si e na prática das equipes de saúde.

A consolidação da vigilância epidemiológica se deu mais notadamente a partir dos anos 70, com base na estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) através da formulação e implementação de propostas de organização de “sistemas de vigilância epidemiológica”.

O SNVE foi criado com a missão de gerar dados para permitir a adoção de medidas de intervenção e ações de investigação e controle das doenças infecciosas e parasitárias e de outros grupos expostos a riscos de adoecimento e morte. As informações geradas pelo sistema atendem, ainda, aos programas de saúde da mulher, da criança e do adolescente, de saúde do trabalhador, de saúde do idoso, dentre outros.

No desenvolvimento da vigilância epidemiológica no Brasil consideram-se dois momentos: o primeiro a partir da Campanha de Erradicação da Varíola de 1966 a 1973, quando os princípios da vigilância epidemiológica foram aplicados a outras doenças imunopreviníveis e criou-se o Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE), coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e o segundo, com a criação do SUS, que foi vista como base técnica para planejamento das ações no sistema de saúde, tendo assim, a vigilância epidemiológica conquistado grande expansão.³³

A Lei Orgânica da Saúde⁷ define a vigilância epidemiológica como

o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças.

Apesar de sua prática bastante difundida nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nunca existiu para os trabalhadores de nível médio, Cursos de Formação Profissional (habilitação). Esses trabalhadores sempre foram capacitados através de treinamentos pontuais e uns poucos, pelos cursos Básicos de Vigilância Epidemiológica (CBVE).

A Vigilância Sanitária (VISA) teve sua conformação enquanto espaço institucional na década de 70, tendo papel ampliado a partir da Constituição de 88. Nessa década ocorreu a democratização da discussão acerca do papel da VISA, quando se forçou o Estado a assumir funções de vigilância em nível federal e estadual.

Problemas vivenciados no campo da Vigilância Sanitária, como o escândalo das falsificações e outros problemas denunciados pela mídia e que provocou sensibilização da população, assim como a força política do ministro da Saúde, à época (Dr. José Serra), contribuíram para a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999, decorrente portanto, de todo um percurso no sentido de melhorar o processo organizacional da vigilância sanitária.²⁸

Além da função regulatória (lei, normalização), a Vigilância Sanitária tem a função de trabalhar com enfoque de risco que ameaça a qualidade de vida do homem e nesse contexto algumas questões são polêmicas a exemplo do próprio objeto central do trabalho da VISA, entre fiscalizar e educar.³⁴

Importantes fatos que se transformaram em tragédia nacional facilitaram a entrada da vigilância sanitária para a agenda da Reforma Sanitária. Dentre os quais, a contaminação por transfusão de sangue em hemofílicos e o acidente radiológico com o Césio 137 em Goiânia. Esse último foi determinante para que o Conselho Nacional de Saúde emitisse a Resolução nº 6, de 21 de dezembro de 1998, que instituía o licenciamento obrigatório dos estabelecimentos que lidavam com radiações ionizantes pela vigilância sanitária estadual, bem como a obrigatoriedade de um plano de radioproteção, aprovado pela comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN).³³

Tal como foi instituída no Brasil, a VISA abrange a regulação de um leque de produtos e serviços, que são agrupados nos seguintes ramos; alimentos; medicamentos; produtos biológicos (vacinas e derivados de sangue); produtos médicos, hospitalares odontológicos e de laboratório: saneantes e desinfetantes; produtos de higiene pessoal, perfumes e cosméticos, além do controle sanitário dos portos, aeroportos e estações de fronteiras e da ampla gama de serviços de interesse da saúde.²⁸

Suas ações são desenvolvidas por equipe multidisciplinar e abarcam trabalhadores dos diversos níveis profissionais. Por possuírem regulações específicas aplicáveis independentemente de classificações locais, seus trabalhadores devem possuir qualificação específica, de forma a assegurar a qualidade desses serviços.

Para trabalhadores de nível médio, há formação profissional (habilitação) que foi baseada nos referenciais curriculares nacionais estabelecidos pelo MEC em 2000.³⁴

Já a Vigilância Ambiental em Saúde foi estruturada mais recentemente, em 2004, para desenvolvimento de ações de vigilância relacionados às doenças e aos agravos à saúde no que se refere a qualidade da água para consumo humano (VIGIÁGUA), a contaminação do ar (VIGIAR) e do solo (VIGISOLO), a ocorrência de desastres naturais, a presença de contaminantes ambientais, a acidentes com produtos perigosos, aos efeitos dos fatores físicos e às condições saudáveis no ambiente de trabalho.³⁵

Em relação às atividades de controle de riscos biológicos e não biológicos, existe uma repartição no desenvolvimento dessas atividades, citando como exemplo o Estado da Bahia que inicialmente, na pactuação das ações da Vigilância Ambiental em Saúde (VAS), aquelas que se referiam aos riscos biológicos ficaram com a Divisão de Epidemiologia e as voltadas aos riscos não biológicos ficaram a cargo da Vigilância Sanitária. Estão incluídas como responsabilidade do SUS algumas ações bem concretas de fiscalização e inspeção de águas para consumo humano, participação no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos e colaboração na proteção ao meio ambiente. E que algumas dessas funções são exercidas pela vigilância sanitária, mas outras apresentam muita complexidade do ponto de vista da questão ambiental estando sob a responsabilidade de outros setores fora do setor saúde.³³

A qualificação dos trabalhadores de nível médio é oferecida a exemplo da vigilância epidemiológica, através de cursos de nível básico, não existindo enquanto habilitação profissional.

A Saúde do Trabalhador está na Carta Constitucional de 1988, como competência do SUS,²² embora não de forma exclusiva. A assistência à saúde do trabalhador sim, é exclusividade da saúde, mas não aquelas atividades de fiscalização dos ambientes de trabalho, que se encontra como atribuição do Ministério do Trabalho (MTE), no que diz respeito à inspeção do trabalho. A estruturação e gestão dos sistemas nacionais das vigilâncias abordam que a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) e a Rede Nacional de Assistência a Saúde do Trabalhador (RENAST), criada em setembro de 2002, emergem na busca de um novo modelo de atenção na área. Entretanto, dizem que apesar dos avanços significativos no campo conceitual, apontando novo enfoque consubstanciado como Saúde do Trabalhador, esse, enfrenta

no cotidiano, a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, assim como, a fragilidade na sua estruturação e articulação intra e inter setorial.³³

A Portaria GM nº 1.172, define os ambientes de trabalho entre os que estão sob a responsabilidade da Coordenação de Vigilância Ambiental³⁶ e para implementação da Política Nacional da Saúde do Trabalhador, a RENAST foi ampliada em 2005 pela Portaria nº 2.437, onde dentre outros pontos define que o Centro de Referência da Saúde do Trabalhador – CEREST - deve ter a presença da vigilância sanitária, nos casos em que a saúde do trabalhador não estiver na estrutura da vigilância em saúde.³⁷

A nova concepção da vigilância em saúde do trabalhador é mais um fator que vem fortalecer a necessidade de melhor articulação intra-institucional. A história mostra o quanto as várias concepções de modelo de atenção à saúde que vêm sendo progressivamente utilizadas no país têm encaminhado o funcionamento dos serviços de saúde de uma maneira em que há pouca integração entre os diversos trabalhos, assim como também pouco espaço para as práticas coletivas de reflexão e troca de experiências entre os profissionais.

Nesse contexto, descentralizar todas essas ações das Vigilâncias para os municípios para que funcionem numa nova lógica, induz à gestão do sistema, pensar na implementação de formas mais expressivas de integração e articulação entre as práticas a serem concretizadas através de “um novo modo de fazer as coisas”.

Diante de tantas mudanças, a política de desenvolvimento de recursos humanos da saúde para o nível técnico deve ser implementada e qualificada. Devem-se evitar tantos investimentos nos tão usuais treinamentos ou qualificações rápidas, que no máximo conseguem firmar - em relação às práticas profissionais - uma lógica funcionalista, centrada apenas no “desempenho técnico ou num modo certo de fazer as coisas”. Essa lógica se presta apenas para atender ao objetivo da instituição, de um determinado programa ou de uma determinada função ao invés de formar o indivíduo para o contexto geral onde estão inseridas as suas práticas.

Há sim, necessidade de investir numa formação integral para os trabalhadores e no campo da educação profissional desde a aprovação da LDB, a despeito das críticas citadas anteriormente, surgiram avanços em relação às formas de planejar os currículos, o que está evidenciado no tensionamento entre a prática da qualificação para determinadas atividades e a noção de competência.

A noção de competência na política educacional brasileira se manifesta segundo Marques,³⁸ nos planos estrutural e conceitual que significam estruturar processos educativos e organizar processos pedagógicos respectivamente, implicando em reformas curriculares que objetivam a reorganização da prática pedagógica tradicionalmente organizada por disciplina, para uma prática voltada para a construção de competências.

A adoção do modelo de competências para a educação profissional de nível técnico deve levar em consideração que as competências profissionais são construídas pelos próprios trabalhadores, enquanto sujeitos e que tanto os espaços formativos quanto os espaços de trabalho, deverão se constituir em espaços de aprendizagem, através do diálogo, da participação, da negociação e da transformação da realidade.³⁸

No campo da Educação Profissional, o Parecer CNE/CEB nº 16/99³⁹ assume o conceito de competência relacionado à autonomia e à mobilidade de conhecimentos adquiridos, que o trabalhador deve ter diante das inovações do mundo do trabalho.

Se o trabalhador não tem capacidade de julgar, discernir, de prever resultados, de eleger e tomar decisões, não há competência.²⁶

Sobre a reorientação das práticas pedagógicas voltadas à educação profissional no Brasil, a noção de competências é constituída em várias etapas: 1º) na análise do processo de trabalho, para definição do perfil de competências, 2º) na normalização das competências, quando se estabelece um acordo social em torno do perfil de competências, que geram as normas de competência que servem como referência para os planejamentos curriculares e para a avaliação, 3º) na formação por competência, tendo como base o perfil elaborado e 4º) na avaliação por competência, com base nas normas definidas.³⁸

Finalmente,

a formação dos trabalhadores de saúde, desprovida da visão cidadã do trabalho, promove a reprodução de um modelo mecanicista e tecnicista, com base em normativas e padronizações produzidas pelos que planejam e dirigidas àqueles que executam, gerando conflitos e inseguranças; por outro lado impõem acomodação dos subordinados e negação dos direitos fundamentais do trabalho.³⁹

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, que utilizou a técnica de entrevista semi-estruturada para coleta de dados. Aconteceu a partir de uma aproximação com o cotidiano de práticas dos trabalhadores de nível médio das vigilâncias municipais no Estado de Alagoas e com gestores municipais de saúde.

Para realização da entrevista foram utilizados dois roteiros semi-estruturados, um para trabalhadores e outro para gestores (apêndices 1 e 2), construídos com base na fundamentação teórica elaborada na fase exploratória desse estudo. O primeiro roteiro foi organizado em duas etapas. Na primeira, foram levantados dados referentes à escolaridade, formação profissional, função, tempo na função e gênero dos trabalhadores. Na segunda etapa, foram levantadas as atividades que estes desenvolvem, as capacitações realizadas, as dificuldades enfrentadas, inclusive as de natureza pedagógica, a existência ou não de articulação das ações das vigilâncias entre si, entre as vigilâncias e outros setores e particularmente com os serviços da atenção básica.

Junto aos gestores municipais de saúde, buscou-se conhecer sua percepção sobre o desempenho dos trabalhadores, as dificuldades e facilidades encontradas em relação ao seu desempenho, conhecimentos que julgavam importantes para compor a formação nesse campo e suas expectativas quanto às contribuições que estes trabalhadores poderiam oferecer no sentido de melhor organizar as práticas no setor.

Embora inicialmente a única forma de coleta de dados prevista tenha sido a entrevista, no desenvolvimento do trabalho de campo outros atores se manifestaram, trazendo contribuições que foram consideradas na interpretação dos resultados, sem influenciar, no entanto, a análise quantitativa.

3.1 O DELINEAMENTO DO ESTUDO

A população do estudo seria composta de: 1) trabalhadores de nível médio, um de cada uma das quatro vigilâncias, onde elas existissem com equipes específicas, podendo se alcançar até 20 desses trabalhadores; 2) cinco gestores municipais de saúde, um de cada município.

Os municípios foram selecionados por sorteio, um de cada faixa populacional, conforme figura abaixo, tomando-se como base a estimativa populacional para 2007 do Censo Demográfico de 2000 do IBGE⁴⁰, com exceção de Maceió e Arapiraca que estão sozinhos em suas respectivas faixas populacionais. Dessa forma foi garantida a participação dos mesmos, que em termos de ações das vigilâncias encontram-se em estágio mais avançado de organização.

No decorrer do estudo incluiu-se mais um município do agrupamento populacional de menos de 20.000 habitantes por dois motivos: (1) mesmo sem preocupação com a construção de amostra e sua representatividade esse é o segmento mais numeroso visto que nele se inserem 63% dos municípios do Estado; (2) a gestão da saúde nesse município é exercida por profissional que representa uma liderança no quadro do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de Alagoas (COSEMS/AL) e tem experiência anterior exitosa em outro município sorteado para o estudo.

Quadro 1. Número e percentual de municípios do estado de Alagoas por agrupamento populacional e municípios participantes do estudo em cada um dos agrupamentos.

Faixa populacional	Nº. de municípios	Porcentagem	Município participante
Menos de 20.000	64	63%	Messias* e Flexeiras
20.001 a 50.000	32	31%	Marechal Deodoro
50.001 a 100.000	04	4%	Palmeira dos Índios
101.000 a 300.000	01	1%	Arapiraca
Acima de 300.001	01	1%	Maceió

Fonte: IBGE, estimativa populacional para 2006, com base no Censo de 2000.

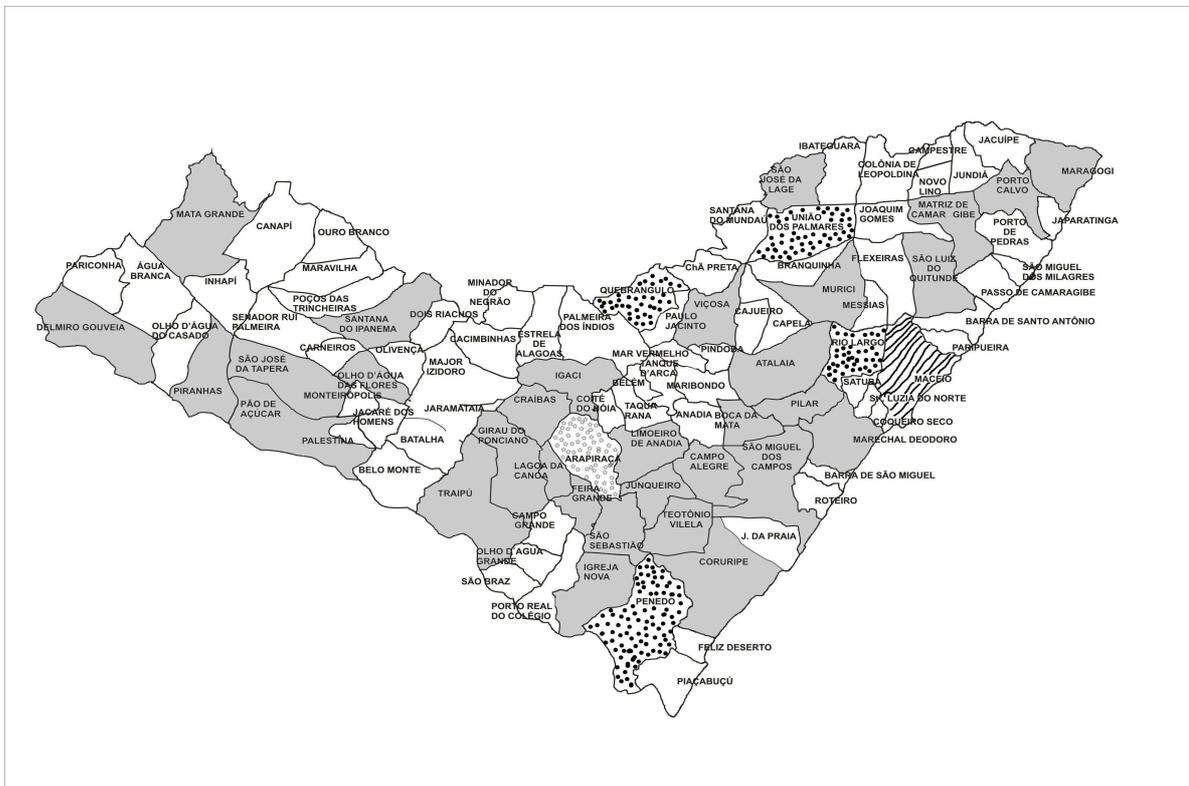
*modificada pela agregação desse município de menos de 20.000 habitantes por essa faixa populacional representar 63% dos municípios.

Dentro dos agrupamentos, conforme mostra o quadro 1, os municípios foram selecionados por sorteio. Exceto Arapiraca e Maceió que são únicos no seu agrupamento populacional. A partir daí os gestores foram convidados a participar do estudo, quando na oportunidade se explicou o objetivo do mesmo e após concordarem, assinaram o termo de autorização.

Por aproximação com a realidade, julgava-se que o agrupamento por faixa populacional guardaria especificidades locais e regionais, mas expressaria realidades

semelhantes nos aspectos econômicos, de acesso aos serviços (escolas, transporte, lazer) e, em especial, de estruturação e gestão do sistema local de saúde e das vigilâncias municipais.

Figura 1. Mapa de Alagoas com os cinco agrupamentos populacionais.



	Número de habitantes	Número de municípios	Porcentagem (%)
	Menos de 20.000	64	63
	20.001 a 50.000	32	31
	50.001 a 100.000	4	4
	100.001 a 300.000	1	1
	Mais de 300.000	1	1

Fonte: IBGE, 2006, estimativa a partir do Censo de 2000.

Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, foi submetida à análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). A aprovação consubstanciou-se no parecer nº 0094.0.000-09, através do protocolo de pesquisa CEP/ENSP nº 86/09.

3.2 A ENTRADA NO CAMPO

Após autorização do CEP, as visitas foram previamente agendadas entre os gestores e/ou coordenadores da Vigilância em Saúde (VISAU) e a pesquisadora. Os sujeitos trabalhadores foram selecionados pelo coordenador das vigilâncias de cada município e comunicados por eles sobre a data da entrevista. Um dia antes da visita aos municípios, a pesquisadora contactou com cada um dos envolvidos, reafirmando o compromisso assumido.

No total, participaram: a) dezesseis trabalhadores de nível médio, uma vez que em quatro municípios o mesmo trabalhador da vigilância sanitária assumia também a vigilância ambiental; b) dois gestores e quatro coordenadores das vigilâncias em saúde (que foram delegados pelos gestores, para representá-los).

O município de Rio Largo, por não ter sido sorteado, devido sua proximidade com a capital, foi escolhido para serem testados os roteiros de entrevista. A partir dessa testagem, realizada com autorização do gestor municipal, se identificou a necessidade de adequar o instrumento, por conter indagações que se tornaram redundantes. Os dados coletados nesse município não foram computados para efeito de análise.

Em função do estágio inicial de funcionamento da vigilância em saúde do trabalhador, na impossibilidade de se encontrar o trabalhador de nível médio no campo, ouviram-se dois gerentes, um da esfera estadual e outro da esfera municipal, ambos dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), sendo o município, o de Arapiraca.

Quadro 2. Total de participantes por município.

Municípios	Trabalhadores	Gestores	Coordenadores de VISA	Total por Município
Maceió	03	-	01	04
Arapiraca	02	-	01	04
Palmeira dos Índios	03	-	01	03
Marechal Deodoro	02	-	01	03
Flexeiras	02	01	-	03
Messias	02	01	-	03
TOTAL	14	02	04	20

Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa.

Antes de iniciar a entrevista se colocou resumidamente para os sujeitos o objetivo do trabalho, evidenciando-se a importância da sua participação na produção dos resultados do estudo e nos resultados esperados a partir do mesmo. Foram ainda informados que em não se sentido motivados por qualquer razão, a participar do estudo, poderiam retirar sua participação, decisão essa, livre de qualquer intervenção do pesquisador ou de qualquer outra pessoa.

Todos os sujeitos convidados a participar do estudo colocaram-se altamente receptivos e após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a entrevista foi iniciada.

A entrevista junto aos gestores municipais de saúde e/ou coordenadores da Vigilância em Saúde, ocorreu na sede das Secretarias Municipais de Saúde. Com os trabalhadores, aconteceu nas salas onde funcionavam as vigilâncias e algumas vezes, também no campo, conhecendo a sua realidade.

O processo de investigação junto aos gestores e trabalhadores foi conduzido através da escuta de muito de seus relatos, norteadas pelo princípio de que para se alcançar um bom resultado nos desempenhos pretendidos, a simples aplicação de instruções e de saberes previamente selecionados não basta, algo mais do que isso é necessário.

Por não se tratar apenas de coleta de dados objetivos, com autorização dos sujeitos, as conversas foram gravadas a fim de não perder informações importantes expressas através do relato de situações e impressões valiosas que compõem a natureza das práticas desses trabalhadores.

E essa riqueza se deu durante todo o processo da coleta dos dados que representam parte de uma realidade. Foram atentamente observadas as várias situações que se apresentavam no cotidiano, as expressões dos sujeitos diante dos fatos e tudo o que pudesse levar a se obter o máximo possível da diversidade qualitativa das informações.

O trabalho no campo consiste em relatos que são “expressões da realidade, que mesmo sendo expressas através de idéias vagas, fragmentadas, imbuídas de emoção e ambigüidade são informações preciosas para os pesquisadores sociais”.⁴¹

A investigação do processo de trabalho deve permitir identificar não apenas as atividades que lhe são pertinentes, mas fundamentalmente, deve permitir evidenciar os conhecimentos de caráter técnico-científico e sócio-cultural que neles estão impressos.³⁸

3.3 A ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.3.1 As Variáveis do Estudo e das Categorias de Análise

De posse de todo o material, este foi separado e digitado em um banco de dados separando-se em dois grupos: 1) dados que expressavam o cotidiano dos trabalhadores; 2) dados que expressavam o pensamento dos gestores. Os dados dos trabalhadores foram agrupados por categorias correspondendo a cada uma das vigilâncias (VISA, Vigilância Epidemiológica, Vigilância da Saúde do Trabalhador e Vigilância Ambiental).

Podemos considerar a categorização como

“uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registros) sob um título genérico”.⁴²

Procurando caminhar na objetivação da análise, buscou-se sistematizar em cada uma dessas categorias: 1) quem são seus trabalhadores (de nível médio), 2) o que estão fazendo e 3) quais são as dificuldades que encontram no seu processo de trabalho. Por fim, analisaram-se as opiniões e expectativas dos gestores sobre o trabalho do nível médio das vigilâncias.

No sentido de facilitar a compreensão, alguns desses resultados deram origem a gráficos e tabelas que serão adiante apresentadas a fim de facilitar a interpretação. Outros achados estão apresentados em forma de descrição da realidade e/ou relato fiel (descrição) de algumas falas dos sujeitos.

Construiu-se um quadro-resumo que consta no apêndice deste trabalho, com as atividades realizadas pelos trabalhadores de cada uma das vigilâncias, o que auxiliou a realização de uma comparação entre as atividades desenvolvidas no campo e o que está proposto pelos órgãos oficiais, o Ministério da Saúde e da Educação e as Secretarias Municipais de Saúde.

Muitos comentários realizados entre os envolvidos durante a entrevista, mesmo de maneira informal, facilitaram uma melhor compreensão e conhecimento da realidade

do campo de prática não apenas do nível médio, mas de toda a equipe envolvida com as práticas das vigilâncias.

Na pesquisa qualitativa, não é considerado falha o envolvimento entre o entrevistado e o entrevistador, mas pode sim ser considerado como necessário para o aprofundamento de uma relação intersubjetiva, afirma ainda a citada autora, que a inter-relação no ato da entrevista, que contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências e a linguagem do senso comum é condição *sine qua non* do êxito da pesquisa qualitativa.⁴⁰

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS E ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DAS SUAS VIGILÂNCIAS

Para qualificar a análise dos dados colhidos no campo, buscou-se em linhas gerais caracterizar os municípios e a estrutura e funcionamento das suas vigilâncias.

4.1.1 Os Municípios do Estudo

Apresentam-se abaixo, indicadores referentes a renda da população, produção de riquezas (PIB), tamanho da rede de serviços, estabelecimentos de saúde e leitos para internação, assim como ao tamanho do parque produtivo, número de indústrias de transformação e as finanças municipais. Isso possibilita uma melhor interpretação do universo onde estão inseridos os serviços de vigilância.

A análise desses indicadores evidencia algumas diferenças entre os municípios nas diversas faixas populacionais. Chama atenção o fato de que mesmo nos dois municípios que são da mesma faixa populacional, diferenças significativas são observáveis (Quadro 3).

Quadro 3. Demonstrativo quanto a nº de habitantes, área da unidade territorial, PIB per capita, alguns serviços de saúde, nº de leitos total e públicos, indústria de transformação, valor do fundo de participação dos municípios e valor do imposto territorial rural (IPTR) dos municípios estudados, nos períodos entre 2005 e 2007.

Variáveis	Maceió	Arapiraca	Palmeira dos Índios	Marechal Deodoro	Messias	Flexeiras	Ano do dado
Habitantes	896.965	202.398	70.151	45.141	15.072	11.928	2007
Área da unidade territorial (km²)	511	351	461	334	113	316	2007
PIB per capita	R\$ 7.567,00	R\$ 5.173,00	R\$ 3.698,00	R\$14.088,00	R\$ 3.101,00	R\$ 2.684,00	2006
Estabelecimentos de Saúde total	236	71	54	15	7	8	2005
Estabelecimentos de Saúde SUS	153	63	48	15	7	8	2005
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde total	3.050	794	97	28	0	18	2005
Leitos para internação em Estabelecimentos de Saúde público total	2880	32	0	28	0	18	2005
Cobertura com a Estratégia Saúde da Família (ESF)	26.9%	56.2%	100%	96.3%	100%	100%	2008
Indústrias de transformação – Número de unidades locais	1265	298	70	49	5	4	2005
Valor do Fundo de Participação dos Municípios – FPM (R\$)	212.037.308,00	48.604.229,96	14.625.269,95	11.988.264,16	5.199.420,88	7.192.612,00	2007
Valor do Imposto Territorial Rural – ITR	R\$ 34.782,45	R\$ 11.003,25	R\$15.226,02	R\$ 18.693,19	R\$ 2.603,70	R\$ 10.199,00	2007

Fonte: IBGE, 2007.

Pode-se ver que o município de Maceió conta com 3.050 leitos dos quais 2.880 são públicos, entre conveniados e 100% SUS. Por ser a capital, conta com serviços que servem de referência estadual e apresenta dificuldades de organização e funcionamento de alguns desses serviços, que acabam recebendo excesso de demanda. Mesmo após a implantação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), no Estado em 2002, continua ocorrendo muita demanda reprimida e superlotação das unidades de referência, o que compromete a qualidade da assistência prestada ao usuário. Muitas iniciativas têm sido implantadas, nos diversos níveis de gestão do sistema no sentido de minimizar os problemas existentes nesse campo, logrando pouco êxito até o momento.

A baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) na capital - 26.9% de cobertura, assim como ainda a baixa resolutividade das unidades descentralizadas de urgência e emergência (mini pronto-socorros) parece refletir na superlotação dos serviços nas unidades de média e alta complexidade, a exemplo do Hospital Geral do Estado (HGE), onde fica inserido a Unidade de Emergência de referência estadual, assim como na maternidade - escola Santa Mônica que foi planejada para referenciar as gestações de alto risco e ambos esses serviços utilizam grande parte do seu tempo de funcionamento e da sua força de trabalho no atendimento de casos que deveriam ser atendidos e resolvidos nas unidades de atenção básica, nas unidades de Saúde da Família e nas maternidades locais - municipais.

O município de Arapiraca, o segundo do estado em população e em desenvolvimento econômico, vive do comércio, da plantação de cana-de-açúcar e da plantação de fumo. Dos 734 leitos hospitalares conta com apenas 32 totalmente públicos. Hoje, pode-se dizer que é um dos municípios que vem evoluindo de forma muito significativa em relação a tantos outros no estado, quanto a estrutura e funcionamento dos serviços de saúde, especificamente na atenção básica e nas atividades das vigilâncias.

O município de Marechal Deodoro, apresenta a maior produção de riqueza (PIB) mesmo não estando entre os que têm maior número de indústrias de transformação, maior Fundo de Participação dos Municípios, maior área de unidade territorial. Está no agrupamento de municípios que possuem menos de 50.000 habitantes. Essa realidade pode ser influenciada por ser essa, uma cidade histórica que além da plantação de cana, conta com grande e rico comércio gastronômico, áreas rurais em região de praias e lagoa que são bastante exploradas pelo turismo estadual, nacional e internacional. Em

termos de leitos hospitalares conta com uma pequena maternidade do SUS e apresta uma cobertura de 96.3% com a ESF.

Dentre os dois menores municípios estudados (do agrupamento de menos de 20.000 habitantes), encontraram-se diferenças em relação ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM). O município de Flexeiras possui grande extensão territorial, tem uma população menor, mas tem arrecadação superior a Messias, assim como tem também mais unidades de saúde e dispõe ainda de leitos hospitalares. Ambos têm cobertura de 100% da ESF.

Já o município de Palmeira dos Índios que está entre os quatro do agrupamento populacional de mais de 50.000 habitantes, contando com 70 indústrias de transformação, não dispõe de leitos exclusivos para a população usuária do SUS, contando apenas com leitos conveniados em uma unidade hospitalar filantrópica, referência local e regional para a média e alta complexidade. Tem cobertura de 100% com a ESF. E após uma Gestão Municipal que promoveu uma certa desestruturação no setor saúde, encontra-se em estágio de implementação e reestruturação de serviços, realidade evidenciada nos diversos espaços de implementação das políticas estadual e municipal de saúde a exemplo de reuniões do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, Reuniões dos Colegiados de Gestão Regional, dentre outros.

4.1.2 Aspectos da Estrutura e Funcionamento das Vigilâncias dos Municípios Estudados

São descritas a seguir algumas características objetivando apresentar de uma forma geral como o campo das Vigilâncias encontra-se estruturado, em que pontos são diferentes, buscando assim aproximar a compreensão das diversas realidades do ponto de vista de sua estruturação administrativa e dos seus processos de trabalho. Uma característica comum a todos eles, é que dentre os 19 municípios considerados prioritários para dengue, no estado, todos 6 estão incluídos.

- Os municípios realizam atividades das vigilâncias, no entanto, com especificidades em relação a autonomia e complexidade das ações. Em relação à Vigilância da Saúde do Trabalhador, essa existe em Maceió, Arapiraca e Palmeira dos Índios, (nessa última, ainda em fase inicial). Dos três Centros de Referência à Saúde do

Trabalhador (CEREST)^a - no estado existem outros 13 municípios sentinela que alimentam o Sistema de Agravos Notificáveis (SINAN) no que concerne à Saúde do Trabalhador - existentes no estado, dois localizam-se em municípios integrantes do estudo (Maceió e Arapiraca).

- Em 100% dos novos organogramas das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), consta o setor de Vigilância em Saúde, mas nenhum ainda está aprovado pela Câmara Municipal. Especificamente nos municípios de Flexeiras e Messias, não existe um coordenador para a Vigilância em Saúde;
- Das ações propostas para a vigilância ambiental em saúde, só a coleta da água para análise está sendo realizada (foi pactuado com o estado) e essa atividade é realizada em todos os municípios por trabalhadores da vigilância sanitária que foram treinados para tal;
- Todos os entrevistados da VISA referiram que o Código Sanitário Municipal está desatualizado.
- No universo estudado, cinco municípios emitem alvará sanitário, mas só três (Marechal Deodoro, Palmeira dos Índios e Maceió) cobram taxas. Em relação às multas quando de infração ao Código Sanitário Municipal, só Maceió e Marechal estão cobrando;
- Nenhum município registrou insatisfação com o Laboratório Central do Estado (LACEN), apesar de referirem (quatro deles) que às vezes falta material para proceder à análise microbiológica da água;
- Em três municípios (Maceió, Arapiraca e Palmeira) existe laboratório municipal que faz análise da água, enviando amostras ao LACEN apenas para contra-prova, assim como também tem laboratório de apoio às endemias, operados também por agentes de endemias treinados;
- Em Maceió e Arapiraca existe o Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), que também conta com laboratório específico, para apoio ao controle de riscos biológicos;
- Apenas um dos municípios, Marechal Deodoro, referiu não enfrentar dificuldade quanto a transporte, para operacionalização das ações das vigilâncias

^a No estado existem outros 13 municípios sentinela que alimentam o Sistema de Agravos Notificáveis (SINAN) no que concerne à Saúde do Trabalhador.

- Em três municípios (Arapiraca, Palmeira e Marechal Deodoro) os trabalhadores da VISA dizem que no contexto geral, as outras equipes da SMS marginalizam o seu trabalho;
- Em todos os municípios, o setor com melhores condições de trabalho (quantitativo de pessoal, suporte de material, equipamento e transporte) é o setor de combate ao dengue. No trabalho das outras endemias identificaram-se muitas dificuldades operacionais (falta de material, de pessoal, de transporte).
- Nos municípios de Maceió e Arapiraca, onde a coordenação da Vigilância em Saúde funciona em espaço físico específico, neste espaço e nas coordenações de cada uma das vigilâncias (o coordenador) conta com telefone e computador ligado à Internet de uso exclusivo, o mesmo não acontece nos setores que operacionalizam as ações, onde só existe a linha telefônica;
- Em relação a VISA, nos municípios de Maceió, Arapiraca e Palmeira, onde existe maior quantitativo de pessoas no setor, os fiscais têm atribuições específicas, ou seja: existem os fiscais de alimentos, os de medicamentos, os fiscais de serviços de interesse da saúde. Nesses municípios, os trabalhadores conhecem pouco o desenvolvimento das atividades das outras equipes. Já em Marechal Deodoro e Flexeiras, eles respondem por todas as atividades, sendo que não apresentam autonomia em relação às ações da VISA e solicitam apoio da equipe estadual de vigilância sanitária; já o município de Messias é o que por ter insuficiente quadro de pessoal, desenvolve as ações de forma mais insipiente;
- Apesar de não constar no roteiro nenhuma pergunta sobre o tema, com exceção do município de Maceió, todos os demais se queixaram de haver ingerência política sobre o trabalho nas vigilâncias sanitária e ambiental. Referiram, ainda, que a mesma ocorre tanto nos atos praticados pelo nível médio como nos que são praticados pelo trabalhador de nível superior.
- Todos os trabalhadores dos municípios fizeram boas referências quanto ao apoio recebido da Coordenação Estadual de Vigilância Sanitária e da Vigilância Ambiental.
- No funcionamento da VISA e da vigilância ambiental, em 100% dos municípios ficou evidente haver muita pressão para o cumprimento quantitativo das ações planejadas (metas pactuadas) com o estado;

- Em 100% dos municípios as ações de vigilância epidemiológica, estão descentralizadas para as Unidades de Saúde da Família (embora com muitas dificuldades, principalmente quanto ao e preenchimento das fichas de investigação);
- Em Maceió e Arapiraca o controle de endemias está sob responsabilidade do CCZ e nos demais municípios está na coordenação da Vigilância Epidemiológica.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO DAS VIGILÂNCIAS

4.2.1 Composição da Força de Trabalho

Nos seis municípios estudados, os trabalhadores de nível médio representam 88.3% da força de trabalho das vigilâncias conforme Quadro 4.

Quadro 4. Percentual de representatividade dos trabalhadores de nível médio na composição da força de trabalho das vigilâncias nos municípios estudados, 2009.

Municípios	Nível Superior	Nível Médio	Total	Nível Médio (%)
Maceió	120	1.068	1.188	90%
Arapiraca	47	190	237	80%
Palmeira dos Índios	09	82	91	90%
Marechal Deodoro	05	45	50	90%
Messias	03	15	18	83%
Flexeiras	03	12	15	80%
TOTAL	187	1.412	1.599	88.3%

Fonte: Produção própria a partir dos dados levantados junto aos municípios.

Desse universo de trabalhadores de nível médio, nenhum tem formação específica. Foram preparados através de alguns treinamentos (listados adiante) que vêm ocorrendo ao longo de todos esses anos. Dois dos entrevistados disseram nunca ter participado de capacitação.

Os treinamentos realizados para os trabalhadores como forma de prepará-los para uma prática mais adequada, tiveram sua importância, pois foi por causa deles que muitas ações foram produzidas. Embora, é importante reforçar que:

a crítica feita ao treinamento em serviço, salientando o seu limite em relação a consciência e em relação à redução das ações desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde a uma mecanização, vem ao encontro da idéia do treinamento como um mero instrumento para torná-los apenas apto ao fazer, pragmático e imediato, sem uma dimensão crítica e reflexiva útil na melhoria dos próprios serviços e no atendimento à população.⁸

Em relação à formação específica é oportuno registrar que quanto aos trabalhadores das Vigilâncias Ambiental e Epidemiológica a realidade encontrada não trás surpresa, uma vez que não foi instituída no país uma formação específica (legal) para esses trabalhadores. Entretanto em relação à Vigilância Sanitária, a situação poderia ser diferente, pois havia a formação profissional em técnico de vigilância sanitária, baseada nos Referenciais Curriculares Nacionais do MEC 2000, através do Parecer CFE 441/93. O fato de nunca ter sido oferecida essa modalidade formativa no estado, certamente é o determinante para que nenhum trabalhador da VISA apresente a formação específica.

4.2.2 Capacitação da Força de Trabalho

Os Quadros 5 e 6 apresentam a realidade encontrada:

Quadro 5. Capacitações realizadas pelos trabalhadores da Vigilância Sanitária /Ambiental e nº de trabalhadores participantes em cada um.

Nome da capacitação	Trabalhadores participantes
Manipulação de Alimentos	03
Qualidade da Água	06
Código Sanitário	04
Saneantes	02
Fiscal Ambiental	01
Vigilância Sanitária e Ambiental	01
Fiscal Ambiental Voluntário	01

Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa

Abaixo, alguns relatos dos trabalhadores:

“Treinamento? Nunca fiz, mas seria muito bom para tirar as nossas dúvidas, apesar de que existe tudo na legislação” **(fiscal sanitário do setor de medicamentos, 4 anos de serviço).**

“Eu vim do setor de transportes e fui crescendo, aprendi a fazer o serviço acompanhando os meus colegas mais experientes” **(fiscal sanitário, 20 anos de serviço, sendo 10 anos na Vigilância Sanitária).**

“Eu me lembro do curso que fiz quando comecei a trabalhar, foi de inspetor sanitário, foi muito bom, há uns vinte anos atrás, depois disso, nunca mais fiz outro curso” **(inspetor de saneamento, 20 anos de serviço).**

“É bom demais quando tem treinamento, eu junto um bocado de dúvidas e pergunto aos professores, acho bom demais. Deveria ter mais vezes” **(fiscal sanitário, 15 anos de serviço).**

“Os treinamentos são bons, só que muitas vezes eles falam de muitas coisas que o nosso município não tem” **(fiscal sanitário, 6 meses na função).**

“A gente sente muita dúvida porque tem coisas que tem na Legislação, mas tem outras que não tem e a gente tem que resolver usando a inteligência” **(fiscal sanitário, 20 anos de serviço).**

Quadro 6. Capacitações realizadas pelos trabalhadores da Vigilância Epidemiológica e nº de trabalhadores participantes.

Nome da capacitação	Trabalhadores participantes
Doenças endêmicas	02
Notificação compulsória	04
Sala de vacina	01
Tuberculose	04
Hanseníase	02
Agentes Locais de Saúde PROFORMAR	01
Dengue	03

Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa

Uma auxiliar de enfermagem, num PSF da zona rural de um município (que fez o curso pelo PROFAE) e desenvolve atividades da Vigilância Epidemiológica, expressou:

“Antigamente a gente participava de treinamentos, mas isso já faz muito tempo. Hoje, com o PSF, quem participa são as enfermeiras para repassar para a gente depois, mas elas não têm tempo. Já pedimos à coordenadora para que nos próximos cursos ela misture o nível médio e o nível superior” (**auxiliar de enfermagem responsável pelas investigações epidemiológicas num PSF de zona rural, 20 anos de serviço**).

Outro depoimento:

“Eu fiz o curso do PROFORMAR e queria fazer de novo, agora eu sou supervisor. Até hoje eu continuo precisando daquelas coisas que aprendi” (**supervisor de campo das endemias, 20 anos de serviço**).

Os resultados apresentados comprovam as hipóteses levantadas quanto às formas de preparação dos trabalhadores. Eles apontam para os envolvidos com a política de Educação do SUS, a necessidade urgente de pensar sobre formas de intervenção nesse campo de atuação, uma vez que esses trabalhadores representam no contexto das

vigilâncias, 88.3% da força de trabalho fazendo parte do rol de ocupações fortemente implicadas num dos campos estratégicos da política de saúde, o campo das vigilâncias.

Sendo as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, responsáveis pelo processo de formação dos trabalhadores já inseridos na área de saúde sem a devida formação, percebe-se claramente o quanto seu papel é estratégico no sentido de romper com a concepção tecnicista e funcionalista de preparar trabalhadores de nível médio nos serviços para desenvolver mecanicamente atividades aprendidas através da passagem de experiências entre os próprios trabalhadores ou através de treinamentos curtos que são apenas fragmentos de um contexto social e de uma formação profissional integral (ampliada).

Outro importante ponto trata de evidenciar que o treinamento montado longe da realidade dos trabalhadores, acaba sendo improdutivo porque como disse uma das entrevistadas “*é bom, mas falam de coisas que o município não faz*” (fiscal sanitária, seis meses na função). Essa realidade sugere a necessidade de uma melhor articulação entre a educação e o trabalho.

Observou-se que exceto naqueles municípios de maior porte, a rotatividade de profissionais de nível superior é uma realidade e muitas vezes esses profissionais que nem sempre estão todos os dias no município, são contratados para assumir funções de coordenação em cada uma das vigilâncias. No processo de trabalho, muitas vezes eles definem atribuições e deixam orientação para que sejam realizadas e assim, como tarefas, as atividades são executadas pelos trabalhadores configurando na maioria das vezes uma prática subordinada e pouco reflexiva.

Ao se constatar que 100% desses trabalhadores não têm formação específica e que representam 83% da força de trabalho, verifica-se a necessidade de uma intervenção de natureza político-pedagógica, no sentido de qualificar sua prática e consequentemente implementar a descentralização das vigilâncias.

Para o Ministério da Saúde, a formação dos trabalhadores do SUS é reconhecida e valorizada como um componente do processo de reajuste da força de trabalho no sentido de contribuir para a qualificação e efetivação da Política Nacional de Saúde.⁸

A qualificação dos perfis de desempenho profissional dos trabalhadores é compreendido como:

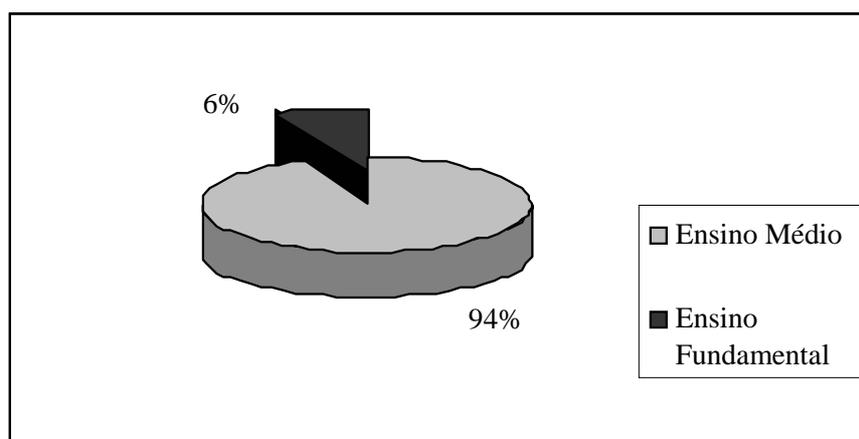
domínio do conhecimento técnico-científico, capacidade de auto-planejamento, de gerenciar o tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de trabalhar em equipe, de interagir com os usuários dos

serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho. 43

4.2.3 Grau de Escolaridade

A Figura 2 apresenta a situação dos trabalhadores quanto à escolaridade.

Figura 2. Situação dos trabalhadores quanto a escolaridade.



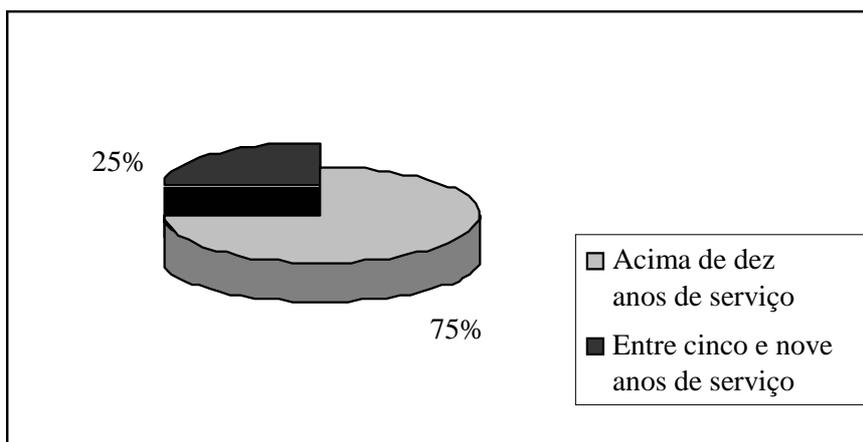
Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa.

Supunha-se inicialmente que existiria um número mais expressivo de trabalhadores só com o primeiro grau, no entanto, os dados não confirmaram a realidade suposta, pôde-se observar melhoria do grau de escolaridade dos trabalhadores de saúde.

4.2.4 Tempo de Serviço

Em relação ao tempo de serviço na função, os participantes do estudo estão assim distribuídos:

Figura 3. Distribuição dos trabalhadores de nível médio, por tempo de serviço, em anos.



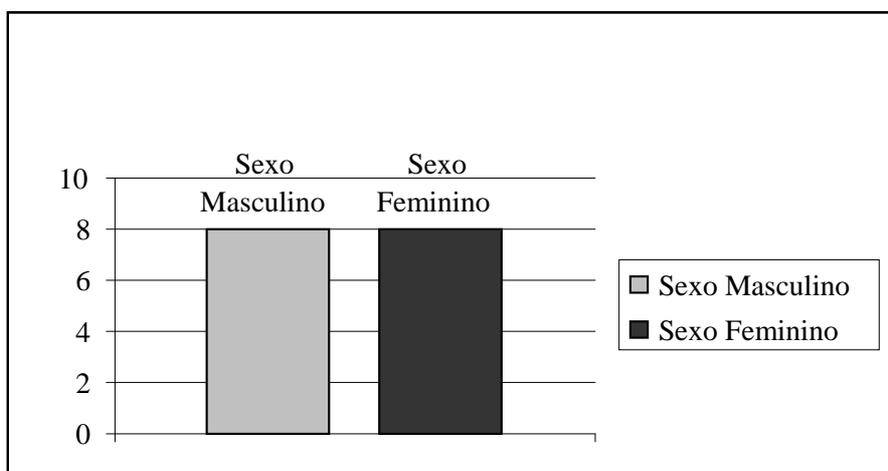
Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa.

Aqui, evidencia-se que entre esses trabalhadores, a permanência no município é uma realidade, pois dentre os entrevistados, nenhum tinha menos de cinco anos de serviço.

Com exceção de Maceió, que tem trabalhadores precarizados, com 8 anos de serviço na vigilância epidemiológica e sanitária, nos municípios do interior os trabalhadores de nível médio adquiriram estabilidade por conta do tempo de serviço ou porque prestaram concurso público.

4.2.5 Situação dos Trabalhadores Entrevistados Quanto ao Gênero

Figura 4. Distribuição dos trabalhadores de nível médio das vigilâncias por sexo.



Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa.

Em relação a essa variável, na vigilância sanitária e nas ações de campo do controle das endemias, historicamente houve uma predominância de trabalhadores do sexo masculino. No presente estudo, essa não foi a realidade encontrada (quadro acima). Pudemos presenciar muitas mulheres no trabalho de campo das vigilâncias. A entrada por concurso público pode ser um fator que está interferindo nessa variável.

4.3 NÚMERO DE TRABALHADORES EM CADA UMA DAS VIGILÂNCIAS DOS MUNICÍPIOS ESTUDADOS.

Quanto à distribuição quantitativa dos trabalhadores de nível médio entre as diversas vigilâncias, nos municípios estudados, é a seguinte:

Quadro 7. Distribuição dos trabalhadores de nível médio entre as vigilâncias.

Município	Vigilância Sanitária	Vigilância Epidemiológica	Vigilância Ambiental	Vig. Saúde Trabalhador	CCZ	Total
Maceió	39	121	902	04	-	1066
Arapiraca	18	28	-	04	140	190
Palmeira	11	60	-	-	-	71
Marechal	06	39	-	-	-	45
Messias	02	11	-	-	-	13
Flexeiras	04	18	-	-	-	22
TOTAL	80	277	902	08	140	1407

Fonte: Produção própria com base nos dados da pesquisa.

No município de Maceió, segundo o coordenador da VISAU, os trabalhadores das endemias ficam lotados no CCZ compondo, portanto, a vigilância epidemiológica, mas segundo ele:

“Com a aprovação do organograma que estará sendo apresentado à Câmara Municipal, a Vigilância Ambiental passará a ter seu espaço próprio e deverá agregar as ações de controle dos riscos biológicos e não biológicos, porque atualmente está uma coisa de um lado e outra coisa de outro, acho isso muito errado!” **(coordenador da VISAU, ex-coordenador do CCZ, 2 anos na função).**

Já no organograma do município de Arapiraca, o CCZ não está inserido nas vigilâncias, ele compõe a Vigilância em Saúde como uma coordenação específica.

Nos demais municípios, as ações de controle das endemias estão ligadas à Vigilância Epidemiológica.

4.4 NOMENCLATURAS ENCONTRADAS PARA OS TRABALHADORES EM CADA UMA DAS VIGILÂNCIAS

Na vigilância Sanitária existe: o agente sanitaria; o auxiliar sanitário; o fiscal sanitário; o auxiliar administrativo de VISA e o inspetor de saneamento.

Na vigilância epidemiológica existem as especificações de: agente de vigilância epidemiológica; agente comunitário de endemias, agente de endemias; agente de saúde pública e guarda de endemias.

Na vigilância ambiental: agente de vigilância ambiental (em desvio de função porque em 100 % dos municípios, as ações são realizadas pelo pessoal da vigilância sanitária).

Constata-se, conforme já referenciado na fundamentação desse estudo, que para trabalhadores desenvolvendo as mesmas ações, a depender do tempo em que foi contratado, são adotadas diferentes nomenclaturas. Às vezes, em um único município desenvolvendo a mesma atividade, existem trabalhadores com nomenclaturas diferentes para as funções que ocupam, o que pode gerar algo parecido com uma possível falta de identidade profissional. Essa diversidade em relação aos nomes diferentes que designam trabalhadores que desenvolvem as mesmas funções, que acabava refletindo também nas instituições de ensino na hora em que montam os cursos e definem a sua nomenclatura, evidencia o significado positivo para a educação técnica, do enxugamento dos mais de 2.700 nomes de cursos para 178, conforme Catalogo Nacional de Cursos Técnicos 2008.

4.5 O QUÊ FAZEM OS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO DAS VIGILÂNCIAS

4.5.1 Na Vigilância Sanitária

Quadro 8. Atividades desenvolvidas pelos trabalhadores da VISA.

Atendem aos reclamos da população (em relação a esgotamento de águas servidas, acúmulo de lixo nos logradouros, criadouros de galinhas e porcos no perímetro urbanos em condições precárias de higiene, armazenamento de ferro velho em áreas inadequadas).
Fazem inspeção sanitária e de rotina.
Fazem cadastramento de estabelecimentos.
Concedem licença sanitária (um município não licencia).
Notificam situações de irregularidades encontradas e dão prazos para regularização.
Recolhem alimentos, medicamentos e outras mercadorias sem condições de uso.
Interditam estabelecimentos.
Em dois municípios, multam os infratores ao Código Sanitário.
Participam das campanhas de vacinação anti-rábica.
Realizam atividades educativas no ato das inspeções.

Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa.

Quanto à realização de atividades educativas, em 100% dos municípios, os trabalhadores da VISA afirmam que as orientações de forma individualizada aos setores regulados no ato da Inspeção são as melhores formas de fazer educação em saúde, porque já vão direto ao problema.

Quando interrogados se desenvolviam ações coletivas de educação em saúde, argumentam que não fazem educação em saúde coletivamente porque:

“Isso atrapalharia as atividades de campo, porque precisa atender às reclamações e fazer inspeção em um grande número de estabelecimentos de acordo com a programação que a coordenadora da VISA faz para a semana” (fiscal sanitário, 15 anos na função).

“Eu não gosto muito desse negócio de palestra” (fiscal sanitário 12 anos na função).

Trabalhadores de quatro municípios referiram que existe o setor de Promoção da Saúde implantado e em funcionamento e segundo dois deles:

“Os técnicos desse setor é que deveriam estar realizando rotineiramente as ações coletivas de educação e outras formas de mobilização, eles não são da Promoção da Saúde?” **(fiscal sanitário e ambiental, 10 anos na função).**

“Educação em saúde é uma responsabilidade do pessoal da promoção da saúde” **(agente sanitário, 10 anos na função).**

Depreendeu-se das falas que eles vêem a ação de educação em saúde como ações a serem desenvolvidas “para” a população e não “junto com” a população. Interpretando essa percepção, ela possivelmente é consequência das práticas pedagógicas que estão acostumados a participar onde uns sabem tudo e devem ensinar aos outros que “não sabem”. Então eles acham que têm que saber muito. E por serem sujeitos sociais inseridos nesse contexto, reproduzem essa cultura. Reforça-se aqui mais uma vez a importância de processos inovadores de qualificação e formação desses trabalhadores.

Interrogados quanto á parceria com outros atores, identificaram-se variações a depender da estruturação administrativa de cada município. Abaixo a fala de um dos entrevistados:

“Aqui, problemas como: esgotamento sanitário acumulado nas vias públicas causando situações incômodas para algumas residências; depósitos de ferro velho sem proteção e inadequadamente armazenado juntando roedores; fossas cheias e com vazamento; essas coisas procuramos resolver encaminhando para a Secretaria de Obras; já problemas de recolhimento do lixo, ou campanhas de limpeza urbana, a gente pede ajuda ao Setor de Limpeza Urbana da Prefeitura” **(fiscal sanitário 20 anos na função).**

Nos municípios menores (Flexeiras e Messias) não têm todas essas secretarias estruturadas então eles afirmam que procuram o setor administrativo das prefeituras, e setor responsável pela limpeza urbana.

Em relação a essa questão, adquiriu-se a impressão de que muitas vezes diante da situação encontrada pelos trabalhadores, eles procedem como sendo o problema uma responsabilidade que “ele” deve assumir e que ele “individualmente” procura as autoridades competentes. Transpareceu que, ao passarem a responsabilidade para elas resolverem, sua missão está cumprida. Nos municípios maiores, eles repassam para o coordenador da VISAU para que esse encaminhe às autoridades competentes.

Só um dos entrevistados afirmou com segurança que quando solicitava ajuda ao administrador da Prefeitura, o problema era resolvido. Os demais não souberam dizer qual o percentual de problemas que é resolvido, dois deles acham que:

“Como a reclamação não acontece mais, é porque o problema foi resolvido” (fiscal sanitário, 5 anos na função e o outro, inspetor de saneamento, 20 anos na função).

Essa realidade que foi expressa de forma bem natural pelos entrevistados, sinaliza que o trabalhador não conhece todo o processo de trabalho, porque ele não sabe sobre o produto final. Essa reação confirma o que foi dito anteriormente: o trabalhador de nível médio, ele cumpre as tarefas prescritas. De fato ele está submisso, pronto para executar o que for pensado e determinado por alguém. Ele simplesmente faz e anota na sua produção. E assim considera que está feita a sua parte.

Levando-se em consideração que a capacidade das vigilâncias é condicionada: 1º) pelo conceito de risco com o qual cada uma trabalha; 2º) com a capacidade do serviço e de seu grau de institucionalidade e de sua articulação com as demais ações e instâncias do sistema de saúde e fora dele³³, esse fato deve representar para a gestão da educação e do trabalho, uma sinalização significativa da necessidade de investir na qualificação desses trabalhadores, mas também de repensar as práticas da gestão.

4.5.2 Na Vigilância Epidemiológica

Aqui as atividades são divididas entre: os trabalhadores que são dos setores de vigilância epidemiológica das sedes das SMS e aqueles que realizam as atividades de campo. Em algumas falas dos sujeitos subliminarmente percebeu-se que sair do trabalho de campo e ir para a sede da SMS, é adquirir status profissional.

4.5.2.1 Os Trabalhadores da Sede das SMS

Quadro 9. Atividades desenvolvidas pelos trabalhadores da sede das SMS na Vigilância Epidemiológica.

Realizam recolhimento semanal das notificações e investigações epidemiológicas nas áreas descobertas pelo PSF.
Preenchem dados nas fichas de investigação que não foram preenchidos completamente pelo pessoal dos PSF (atividade de campo).
Participam da organização das campanhas, de bloqueios vacinais, da distribuição de vacinas para os PSF.
Fazem recolhimento das coletas de material (baciloscopias e sorologias nas unidades dos PSF).
Fazem busca aos faltosos da vacina anti-rábica humana.
Fazem busca aos faltosos dos programas de tuberculose e hanseníase; realizam buscas de puérperas e recém-nascidos com sífilis não tratada nas áreas descobertas pelo PSF.
Fazem digitação dos dados nos Sistemas de Informação, e alguns participam da análise de dados. Segundo eles a função de analisar os dados tem ficado mais sob responsabilidade das coordenações da Vigilância Epidemiológica.

Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa.

4.5.2.2 Os Trabalhadores de Campo das Endemias

Quadro 10. Atividades desenvolvidas pelos agentes de endemias - dengue.

Fazem o mapeamento da área, (por quarteirão e por rua).
Visitam em média de 28 a 31 domicílios por dia fazendo levantamento de índice (LI) ou tratamento de focos do mosquito <i>aedes</i> (devem fazer seis ciclos por ano, o que na maioria das vezes não tem sido possível).
Reúnem-se semanalmente para entregar a produção e avaliar o que foi realizado.
Ajudam com transporte nas campanhas de vacinação.
Reorganizam as atividades de acordo com necessidades de mudança de estratégia (ex. quando o índice de infestação pelo <i>aedes aegypti</i> extrapola o limite, eles ao invés de fazer o LI, passam a já fazer já o tratamento).

Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa.

Quadro 11. Atividades desenvolvidas pelos agentes de endemias - peste, esquistossomose, chagas e leishmaniose.

Fazem busca ao caramujo (geralmente em beiras de cacimbas de rios e riachos);
Encaminham ao laboratório as espécimes encontradas para verificar se estão contaminados;
Nas áreas endêmicas devem visitar por ano todos os domicílios, distribuir potinhos para coleta de fezes, retornar para receber o material coletado e encaminhar ao laboratório;
De posse dos resultados eles encaminham ao médico das unidades de saúde para que seja providenciado o tratamento, voltando depois para verificar se o indivíduo foi devidamente tratado.
Visitam os domicílios a procura de cachorros suspeitos, barbeiros e flebotomos, encaminhando os achados ao laboratório, a fim de verificar se estão infectados;
Em situações de calamidade, a exemplo do período das chuvas, fazem busca de focos de ratos e colocam raticidas.

Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa.

Esses trabalhadores externaram que nem sempre todas essas ações estão sendo realizadas, segundo eles porque o número de trabalhadores não é suficiente e em alguns municípios faltam insumos básicos (exceto para a dengue).

Percebeu-se também nas falas de alguns guardas de endemias ou agentes de endemias, um sentimento de rivalidade para com os agentes comunitários de saúde, que segundo eles, é o profissional “mais destacado” no sistema de saúde, um deles externou:

“... para os Agentes Comunitários de saúde, já tem até curso técnico” (agente de endemias, 7 anos na função).

4.5.3 Na Vigilância Ambiental

Na quase totalidade dos municípios as atividades da vigilância ambiental são realizadas pelos trabalhadores da VISA e estão restritas exclusivamente a análise da qualidade da água, de acordo com a frequência e quantidade pactuada com a Vigilância Estadual.

Quanto ao planejamento das coletas da água, existe variação entre os municípios. A maioria (4) só colhe das cacimbas e dos poços artesianos, porque entendem que a Companhia de Abastecimento de Água de Alagoas (CASAL) e Serviço de Abastecimento de Água e Esgoto (SAAE) são órgãos do Estado e devem manter o seu próprio monitoramento. Outros municípios (2) colhem também do sistema oficial, para monitorar a qualidade e solicitar quando necessário a adequação na dosagem do cloro, porque segundo eles, às vezes esse percentual está abaixo do recomendado.

Sobre as condutas adotadas, quando os resultados das análises sinalizam que a água está imprópria para o consumo, externaram:

“Procuramos os moradores, orientamos para ferver a água, para não usar a água para beber e para os alimentos porque está contaminada e providenciamos o uso do hipoclorito e dependendo da situação, se o caso persistir e for grave a gente interdita” (fiscal sanitário/ambiental, 11 anos na função).

“Eu procuro a CASAL e cobro que eles aumentem a dosagem de cloro, às vezes eles não colocam o valor recomendado e quando a água chega nas comunidades mais

distantes, o cloro já está muito fraco. Quando falo, eles sempre me atendem” (fiscal sanitário, 12 anos na função).

A última fala vem do mesmo município que afirmou com segurança que em 100% das vezes que procura a prefeitura, suas reivindicações são atendidas (Flexeiras).

Expressam-se situações distintas, uma em relação à rede informal de abastecimento (cacimbas, poços) e a outra em relação ao sistema oficial. É um exemplo claro dos diferentes contextos onde se inserem as práticas desses trabalhadores.

Pensar uma formação para competências é um grande, mas possível, desafio que remete a pensar não apenas na dimensão das capacidades, mas pensar em um trabalhador que atue associando vários conhecimentos para realizar as atividades, considerando o contexto em que essas atividades são realizadas. Contexto esse em que estão inseridos os mais diversos sujeitos e as mais diversas intencionalidades.

4.5.4 Na Vigilância da Saúde do Trabalhador

Na Portaria nº 2.437 da Rede Nacional da Saúde do Trabalhador (RENAST)³⁷ está definida a equipe mínima (de nível superior e médio) dos CEREST. Estes deverão funcionar com quatro ou cinco trabalhadores de nível médio (CEREST regional e Estadual respectivamente), dentre auxiliares de enfermagem (2), auxiliares de higiene, arquivista e apoios administrativos.

No entanto percebeu-se na fala das coordenadoras dessas instâncias, que ainda carece de uma maior clareza sobre qual de fato é o papel do trabalhador de nível médio na Vigilância da Saúde do Trabalhador (VISAT). Essa realidade sofre influência da incipiente estrutura da VISAT no estado. Os trabalhadores de nível médio dos CEREST estão, no momento, nos setores de informação, alimentando o SINAN e em outras atividades administrativas (arquivo, almoxarifado).

Na consulta aos coordenadores dos CEREST, eles informaram que a busca ativa aos casos de doenças advindas do trabalho assim como dos acidentes de trabalho será inicialmente realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde que passarão por um “treinamento”.

Os ACS, ao contrário dos trabalhadores das vigilâncias já tem perfil de competências devidamente aprovado nacionalmente, (perfil elaborado pelo MS e submetido a análise e aprovação públicas), sinalizando para que as escolas já façam o seu planejamento curricular. Os módulos (não executados na quase totalidade dos estados) tratam das suas competências na atenção básica - Módulo II - e das suas competências no campo das vigilâncias – Módulo III.

Eles trabalhadores (ACS) não foram oportunizados a compreenderem de forma contextualizada as ações das vigilâncias, assim como as ações da atenção básica e estarão mais uma vez sendo levado a realizar “tarefas” em mais um programa.

Hoje ele é convocado para, busca de faltosos ao esquema de vacinação, ao pré-natal, aos tratamentos padronizados dos programas especiais (TB, HS, Sífilis Congênita, sintomáticos de dengue etc.) e também algumas atividades de apoio ao campo das vigilâncias (cadastramento do solo que são considerados risco ambiental) sem nunca ter sido oportunizado a estudar sobre esses assuntos de forma ampliada, lógica, articulada.

Esse item foi abordado aqui, não especificamente para falar do ACS, para que possamos refletir que o nosso discurso ainda não está no campo das práticas. Alguns continuam “pensando” para outros “executarem”.

4.6 QUANTO ÀS FORMAS DE ORGANIZAR O TRABALHO

Existem diferentes formas de organização do trabalho entre os seis municípios.

4.6.1 Na Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental

Nos municípios de Marechal Deodoro, Flexeiras, (ambos com menos de 50.000 habitantes), os trabalhadores de nível médio assumem com autonomia de decisões todas as ações de VISA pactuadas com o Estado.

No município de Messias, como já citado anteriormente, por deficiência de estrutura física, de transporte e de pessoal, as ações estão sendo desenvolvidas com limitação (não libera alvará sanitário, poucos estabelecimentos são cadastrados, nunca realizam ações educativas). Fazem aí, a coleta semanal de água e enviam ao LACEN.

Quando precisam realizar outras ações a exemplo de liberação de alvará de funcionamento, solicitam o apoio da VISA estadual.

Nos municípios de Arapiraca e Palmeira, o nível médio faz inspeção de alimentos e saneantes de forma autônoma, inclusive assinando os autos emitidos. Já em relação aos demais setores (medicamentos e serviços de interesse da saúde), eles acompanham e ajudam durante as inspeções, no entanto a responsabilidade em assinar os autos é dos profissionais de nível superior.

No município de Maceió, o nível médio colabora em todo o trabalho de campo, acompanhando o nível superior durante as inspeções de alimentos e medicamentos, mas nunca assina os autos. Em relação às ações de vigilância ambiental, faz as coletas programadas e encaminha ao Laboratório.

Quanto às inspeções em hospitais de média e alta complexidade as ações da VISA são realizadas por equipe de nível superior (multidisciplinar).

4.6.2 Na Vigilância Epidemiológica

Na vigilância epidemiológica os agentes de vigilância epidemiológica são distribuídos nos sete distritos sanitários e em cada distrito eles respondem por uma ou duas unidades do PSF (para recolherem as notificações semanais). Nas outras áreas não cobertas pelo PSF, desenvolvem as ações demandadas das unidades notificantes. E vão ao campo mediante programação semanal da coordenação de epidemiologia dos distritos sanitários.

4.7 QUANTO À ARTICULAÇÃO ENTRE OS TRABALHADORES DAS VIGILÂNCIAS

Constatou-se que entre os trabalhadores das vigilâncias de uma forma geral não há rotina de se encontrarem para discutir sobre as atividades, eles se procuram para resolver situações pontuais. Ao serem interrogados se participavam de reunião, um deles expressou:

“Não tem reunião com a gente não, isso é muito raro, eu acho isso normal, geralmente nosso coordenador é quem é chamado. Quando tem reunião com a gente, já se sabe que lá vem bronca!” **(agente de vigilância epidemiológica, 10 anos na função).**

Alguns relatos que fizeram sobre articulação entre eles e os trabalhadores da atenção básica:

“Uma vez, tinha uma gestante que o marido trabalhava numa fazenda e estava morando numa estribaria, aí o ACS veio chamar agente da Vigilância Sanitária para falar com o dono da fazenda, para ele botar ela numa casa. A gente trabalha conjunto” **(fiscal sanitário, 11 anos na função).**

“Quando os ACS não conseguem resolver problemas em algumas casas da sua área com relação ao excesso de lixo que jogam na rua, eles vêm chamar a gente, porque acham que com a Vigilância Sanitária junto resolve mais as coisas” **(fiscal sanitário 11 anos na função).**

“Não, a gente não se encontra não. Eu sei algumas coisas que eles fazem porque a gente trabalha junto, se encontra por aqui, sei que fazem a campanha anti-rábica, mas... não sei muita coisa não” **(agente de vigilância epidemiológica, 4 anos na função).**

Sobre a articulação com a gestão municipal de saúde, registrou-se o seguinte relato:

“... eu gostaria que antes dos festejos, que são muitos aqui no município, fossem realizadas reuniões com todos os barraqueiros, para definição e esclarecimentos de assuntos da VISA, pois é muito mais fácil fazer antes. Eu mando ofício solicitando isso, mas nunca chamam a gente para participar no período anterior aos eventos. Quando chega no dia, nos deparamos com muita coisa errada que poderia ser esclarecida antes, até mesmo com a Prefeitura. Exemplo disso é o tipo de fardamento que mandam

fazer sem atender às normas, a exemplo de camisa sem mangas, e muitos descuidos sobre cuidados básicos de higiene...” (fiscal sanitária, 8 anos na função).

Depreende-se dessas falas que é muito prejudicial à organização do processo de trabalho em saúde a não existência de uma rotina institucional e sistemática de encontros e de grupos de discussão para aproximar as diversas equipes e para criar uma nova forma de relação no trabalho.

Mas diante da fala de 75% dos entrevistados que afirmaram que diante da necessidade de resolver problemas, procura ajuda entre os colegas da própria vigilância e algumas vezes das equipes de atenção básica sendo também ao mesmo tempo procurados por eles, sinaliza-se a possibilidade efetiva de um trabalho cooperativo e articulado.

Corroborando com a necessidade de articulação entre as equipes, argumenta Cunha (2007) que nos grandes centros urbanos, a organização se estrutura sob a responsabilidade de equipes especiais, como os serviços de Vigilância Epidemiológica, Atenção à Saúde do Trabalhador, Controle de Zoonoses ou o Serviço de Vigilância Ambiental. Quando esses setores, gerenciados separadamente, mantêm comunicação direta e realizam ações integradas, os resultados são excelentes.

Em Marechal Deodoro apesar de existir um trabalho setorial de certa forma estruturado em cada vigilância, especificamente em relação à VISA, existe uma distância muito acentuada das demais ações das outras coordenações da SMS.

Quando inquiridos sobre quais os trabalhadores da atenção básica que mais procuravam as vigilâncias, disseram que são em 1º lugar, os Agentes Comunitários de Saúde e em 2º, os Enfermeiros (do PSF).

Sobre os motivos que mais levam os trabalhadores das vigilâncias a se articularem no dia-a-dia com a atenção básica foram registrados os seguintes:

Quadro 12. Razões que levam os trabalhadores a se articularem entre si.

Solicitação para coleta de água nas áreas quando há aumento de casos de diarreia, notificados pelos ACS.
Recolhimento de material coletado (para citologia, sorologia, baciloscopia) e encaminharem ao laboratório.
Providências quanto a medicamentos para os tratamentos padronizados;
Pacientes de faltosos de TB, Hanseníase, sífilis congênita e esquema de vacina atrasado.
Necessidade de preencher as fichas de investigação epidemiológica, que na maioria das vezes vem dos PSFs, com falta de dados.
Realização conjunta de palestras sobre as doenças endêmicas na região.
Participação em campanhas de vacinação.

Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa.

Reforça-se que aqui também não houve nenhum relato de planejamento ou avaliação institucional conjunto, entre as diversas equipes. São acordos pessoais que são encaradas com naturalidade entre os trabalhadores.

Ao serem investigados sobre as ações intersetoriais, 100% dos entrevistados consideram que existe articulação intersetorial, pois existe solicitação para que outros setores resolvam problemas que envolvem a saúde.

Nenhum dos trabalhadores referiu envolvimento das vigilâncias com a coordenação de Promoção da Saúde. Sempre que se referiam à Promoção eles ligavam às ações educativas e responsabilizaram a equipe da Promoção da Saúde, pelo seu desenvolvimento. Constatou-se pelas expressões de muitos dos entrevistados, que entendiam promoção de saúde como sinônimo de ações educativas.

Boa parte da confusão entre promoção e prevenção advém da grande ênfase em modificações de comportamento individual e do foco quase exclusivo na redução de fatores de riscos para determinadas doenças, vigentes em certos programas intitulados de promoção da saúde.³⁰

4.8 DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO

4.8.1 Das Vigilâncias Sanitária e Ambiental

Quadro 13. Dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores de nível médio das vigilâncias sanitária e ambiental.

Sentem-se pouco valorizados, acham que são tratados como um trabalhador qualquer, sendo que o dia-a-dia deles os expõe demais por causa das medidas que têm de adotar na sociedade (100%).
Devido o nº elevado de estabelecimentos e serviços do setor regulado tem sido difícil cumprir as inspeções de rotina, situação agravada pela deficiência de transporte (83%).
O número de pessoal não é suficiente para o desenvolvimento de todas as atividades (25%).
Sentem que falta respaldo político ao adotarem medidas punitivas (50%).
Sentem-se marginalizados dos processos de capacitação (75%).
Estrutura física insuficiente ou inadequada para acomodação (50%).
Falta de computador ligado à internet para se atualizarem (25%).
Baixa remuneração (100%).
Ingerência política no trabalho da VISA e da vigilância ambiental (63%).
Poucas oportunidades para capacitação (100%).
Código Sanitário desatualizado, não implantação do processo administrativo (66%).

Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa.

Algumas falas dos fiscais sanitários:

“É um desgaste tomar medidas de apreensão de alimentos, frente a comerciantes tão necessitados e às vezes até nosso conhecido, mas a gente toma” (agente sanitário, 20 anos na função).

“Até quando eu estou fazendo feira no mercado as pessoas vêm fazer denúncias. Eu explico que tem que ir lá na VISA, porque tem que preencher o registro. É engraçado como as pessoas conhecem a gente!” (fiscal sanitário, 10 anos na função).

“É muita coisa, muita lei e a gente precisa ter muita segurança e passar isso para as pessoas do setor regulado senão elas não nos respeitam. Qualquer medida que eu vou adotar eu me certifico, olho aqui nesse manual” **(fiscal sanitário, 10 anos na função).**

“Tem situações que nem a Legislação protege a gente em nossas ações. Chegou uma denúncia de que os sem-terra estavam abatendo animais e vendendo na feira mais barato. Eu fui até o acampamento e conversei com um dos responsáveis, que me confirmou o fato e disse que tinha que alimentar as pessoas, caso contrário iam morrer de fome e ia continuar matando os animais. Que era mentira o fato de estar vendendo na feira e que ninguém podia provar. E aí? Procurei no Código Sanitário e não tem nenhuma orientação sobre essa conduta nos acampamentos, só nos assentamentos. Estou com esse problema e não sei como resolver, aliás tem coisas que é melhor a gente conversar e não radicalizar” **(fiscal sanitário, 11 anos na função).**

“Pra mim é um absurdo só punir os mais fracos, com eles tudo é mais fácil de resolver, a gente tem apoio, difícil é usar a Lei contra os grandes” **(fiscal sanitário 10 anos na função).**

“Uma vez durante uma inspeção ao Mercado Público em dia de feira, os banheiros estavam tão sujos, mas tão sujos que tivemos que fechar. Quando chegamos na Secretaria já tinha uma ligação do Prefeito querendo saber que absurdo era aquele. Mandou abrir todos. Isso dá uma revolta na gente!” **(fiscal sanitário, 10 anos na função).**

“Aqui, já conseguimos que os pequenos produtores de queijo melhorassem e muito o processo de fabricação, agora com os grandes, pode ir lá ver que absurdo, é difícil” **(fiscal sanitário, 12 anos na função).**

“Um grande problema nosso hoje, está na forma como a carne é vendida na feira livre. É naquelas bancas de madeira, a gente sabe que não pode. Mas ainda existem muitas, não é fácil de resolver esse problema” **(inspetor de saneamento, 20 anos na função).**

Apesar desses relatos, a maioria deles (75%) fez também relatos de situações em que se sentiam gratificados em relação a sua atuação. Como experiências positivas lembradas naquele momento (porque segundo eles são muitas) relataram:

“Ainda essa semana em inspeção à Delegacia, fomos desrespeitados pela delegada que quis usar do seu poder diante das irregularidades que apontamos durante inspeção de rotina. Houve até reunião com a gente aqui na Secretaria por causa disso. Tudo bem que ela ficou estressada mas ainda bem que dessa vez nosso trabalho foi respeitado” **(inspetor de saneamento, 20 anos na função).**

“Se pelos menos a gente tivesse fotografado o bar do Josias, para mostrar o antes e o depois. Nosso trabalho não é só punir, a gente aqui tem que ter muito jeito, saber conversar... Não adianta ir com grosseria. Só a gente que conheceu o bar do Josias antes e depois de uns trinta dias que fomos lá, a mudança que ele fez. Tudo direitinho como a gente ensinou” **(agente sanitário, 10 anos na função).**

4.8.2 Da Vigilância Epidemiológica

Quadro 14. Dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores de nível médio da vigilância epidemiológica.

Deficiência de transporte exclusivo (33%).
Falta de investimento em treinamentos (100%).
Muitos dados incompletos nas fichas de investigação (100%).
Endereços incompletos nas fichas e sem ponto de referência (50%).

Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa.

4.8.3 Dificuldades de Natureza Pedagógica

Dentre todos os entrevistados, independente do campo da vigilância em que trabalham, algumas falas sobre suas dificuldades pedagógicas foram:

“Sinto dificuldade às vezes de abordar a comunidade, é muito difícil” **(agente de vigilância epidemiológica, 8 anos na função).**

“Gostaria de saber melhor sobre legislação, embora tem tudo escrito na lei” **(fiscal sanitário, 6 meses na função).**

“Poderia estudar melhor sobre prevenção, ‘se fala’ tanto em prevenção e promoção” **(agente de endemias, 7 anos na função).**

“‘Me sinto’ limitada quando as pessoas me perguntam coisas, sinto necessidade de aprender tudo” **(agente de endemias, 5 anos na função).**

“Eu não deixo de fazer as coisas, o serviço não fica prejudicado, quando não sei peço aos colegas e eles explicam, mas treinamento sempre é muito bom” **(agente sanitário, 10 anos na função).**

“Gostaria de saber coisas para explicar as pessoas na comunidade, o que elas me perguntam. ‘Me sinto’ pequena, às vezes” **(agente de endemias, 5 anos na função).**

Analisando-se as falas percebe-se que existe muito empenho pessoal no desenvolvimento das atividades, mas as dificuldades apresentadas e necessidades de aprendizagens que os trabalhadores conseguiram expressar só solidifica a importância de implantar a formação técnica para esses trabalhadores. Confirma-se, então, que os trabalhadores quando não são oportunizados a processos formativos cidadãos, são transformados em cumpridores de ordens, normas e regras determinadas por outros atores, o que leva a uma divisão intelectual e de classe social.²⁴

4.9 A PERCEPÇÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE SOBRE O TRABALHO DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO NO CAMPO DAS VIGILÂNCIAS

Enquanto política, um novo modelo de gestão do trabalho no SUS deve possibilitar: satisfação com o trabalho, diminuição da rotatividade, aprofundamento da gestão na dimensão do microprocesso de trabalho, educação permanente no trabalho e reconhecimento das mesas de negociação como espaço democrático de equacionamento dos conflitos nas relações de trabalho.⁴⁴

4.9.1 Dificuldades Relatadas

Ao serem interrogados sobre as dificuldades enfrentadas, solicitou-se que os gestores as pontuassem por ordem de importância (numa escala de 0 a 4) o que se apresenta no Quadro 15.

Quadro 15. Situações que obstaculizam o cotidiano das práticas das vigilâncias, por ordem de importância, na percepção dos gestores municipais de saúde.

Municípios	Insatisfação Salarial	Desempenho Técnico	Baixa Qualificação	Aspectos Administrativos	Aspectos Relacionais
Maceió	3	1	0	2	0
Arapiraca	3	2	2	1	0
Palmeira dos Índios	2	2	2	2	2
Marechal Deodoro	4	4	0	0	4
Flexeiras	4	2	4	3	1
Messias	3	3	4	2	1
Total	19	14	12	10	08

Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa.

Observa-se que após a questão “insatisfação salarial”, a 2ª maior dificuldade para os gestores é referente ao desempenho técnico dos trabalhadores, que serão mais explícitos abaixo:

4.9.2 Problemas de Desempenho

Eles se expressaram através das seguintes falas:

- *“Deveria haver mais compromisso com o trabalho como um todo” (2 anos na função).*
- *“Eles atrasam o envio de dados para a Secretaria Estadual” (6 anos na função).*
- *“Iniciam as atividades e demoram a terminar” (6 anos na função).*
- *“Alguns não respeitam a hierarquia das funções” (1 ano na função).*
- *“Não acompanham os indicadores pactuados” (um com 4 anos na função e outro com seis meses).*
- *“Não têm alcance da importância do trabalho deles” (um com dois anos na função, ex-coordenador do CCZ, e dois com 4 e 6 anos respectivamente).*
- *“Não compreendem o processo de trabalho” (2 anos na função).*
- *“Não têm habilidade ao lidar com a população” (dois gestores, um com 2 anos de função e outro com 6).*
- *“São indisciplinados no trabalho” (2 anos na função).*
- *“Deveriam ser qualificados em informática” (2 anos na função).*
- *“Fazem o concurso sem ter formação específica e a formação em serviço é um horror” (2 anos na função).*

Com as inúmeras propostas de mudança advindas das normatizações e dos pactos federativos na área de saúde, vive-se a procurar os culpados pela não efetivação de algumas propostas, mas muito se têm a caminhar para efetivação das reais mudanças que o sistema precisa. Mudanças não serão possíveis caso não consiga, readequar a gestão e qualificar e valorizar os trabalhadores que são os responsáveis pela execução dessas políticas.

Um ponto que chamou atenção nas falas com os quatro representantes dos gestores, quando interrogados sobre o financiamento das vigilâncias, foi o fato de três deles não souberem informar no ato da entrevista qual a fonte de financiamento das vigilâncias.

Esse registro torna-se pertinente porque nota-se também por parte dos outros componentes, nas próprias equipes de gestão, que é real a fragmentação de saberes quanto ao processo de trabalho. De fato transformar a realidade é um processo lento que exige tomada de consciência, objetividade e persistência.

Essa foi uma observação trazida enquanto registro, mas não aprofundada na discussão, apesar de precisar ser levada em consideração quando da discussão sobre a coletivização do trabalho, da necessidade de práticas ampliadas e quando se pensa em delineamento de perfil de competências para uma determinada profissão. (o que saber, quem saber, por quê saber e para quê) .

Observou-se um tensionamento entre as falas dos trabalhadores e as dos gestores, comentadas nos seguintes pontos:

- 1) Após constatação de que de uma forma geral a deficiência de transporte para o trabalho de campo, leva a alguns trabalhadores a usarem o seu próprio meio de transporte (bicicletas, motos), como afirmar que esses trabalhadores não têm compromisso ou não estão preocupados em cumprir as suas atividades?
- 2) Se a esses trabalhadores só foi possível se oferecer capacitações pontuais, curtas, e a alguns nenhuma capacitação, como querer que ele entenda o processo de trabalho, que ele conheça a importância da sua função?
- 3) Se o estado nunca ofereceu a formação específica em vigilância, como esperar que se inscrevam nos concursos candidatos já com essa formação?
- 4) Se em alguns municípios só os coordenadores das vigilâncias têm acesso a computador com internet, e não há reuniões para avaliação e planejamento, como os trabalhadores podem ter acesso às informações de uma forma globalizante? Talvez perdue a compreensão ainda de que o acesso às informações não faz parte do processo de trabalho do nível médio.

Abaixo, algumas falas dos trabalhadores, não para contrapor a fala dos gestores, mas para reforçar a importância de mudar efetivamente os processos de comunicação e articulação entre os diversos atores envolvidos no mesmo processo de trabalho, vislumbrando-se o reordenamento das práticas de saúde:

“Quando tenho que ir para inspeção em localidades distantes, o jeito é ‘ir na’ minha moto porque senão não dá tempo, porque, por exemplo, hoje, dos cinco carros que tem

aqui, quatro estão quebrados. È por causa da burocracia, eu sei que a burocracia é horrível” (fiscal sanitário, 10 anos na função).

“Às vezes a gente aqui no setor de medicamentos tem algumas dúvidas e precisa falar com a ANVISA, ler documentos, mas como fazer isso aqui se não tem computador?” (fiscal sanitário, setor de medicamentos, 5 anos na função).

“Estou aqui desde que fiz o concurso, há 12 anos, me formei em técnico em contabilidade de nível médio, mas já eram serviços prestados na saúde. Praticamente eu vi nascer a VISA aqui no município, faço o que posso, mas tem coisas que a gente não dá conta, precisa de decisões políticas que são difíceis de acontecer, aí a gente vai aprendendo a usar o bom senso. Na maioria das vezes realmente é muito difícil aplicar a lei e a gente precisa mais é conversar com as pessoas” (fiscal sanitário, 12 anos na função).

“Aqui no birô tem esse monte de processo, são pedidos de licenciamento, não tem carro para essas visitas e para as inspeções de rotina. Quando tiver, nós vamos ter que priorizar o que fazer. Alguns pedidos de renovação, nós temos que dar sem ir ao estabelecimento” (fiscal de medicamentos, 4 anos na função).

O trabalho exige do homem e da mulher uma mobilização de inteligência, de invenção, que só os conhecimentos transmitidos nos programas de capacitação, são insuficientes, pois na prática, ou seja, na atividade real, esses trabalhadores aplicam saberes próprios para se “desenroscarem” das dificuldades, onde muitos gestores e formadores ainda resistem em enxergar esses ajustes empreendidos pelos trabalhadores nas atividades.⁴⁵

4.9.3 Quanto à Implantação da Formação Profissional no Campo das Vigilâncias

Quando abordados sobre uma formação específica nesse campo, alguns expressaram:

“Se houvesse pessoal formado em Vigilância como um todo, isso daria uma reviravolta na qualidade das ações de vigilância” (coordenador da VISAU, 2 anos na função).

“Eu queria que todo mundo entendesse que o agente de endemias é antes de tudo um educador. Quando ele entrar no domicílio ele tem que olhar o todo, não apenas para dengue, isso é horrível. Se percebe que existem ratos, ele também é responsável por isso, tem que se responsabilizar e chamar o setor de roedores” (coordenador da VISAU, 2 anos na função).

“A gente percebe a diferença entre aqueles trabalhadores que passam por uma formação boa, para mim o maior exemplo foram os agentes comunitários de saúde (ACS). Eles ficaram melhores após o curso [referindo-se àqueles que realizaram o módulo I, da formação técnica do ACS]” (gestora municipal, 8 anos na função).

“Eu acho que eles já têm essa formação específica, pois o tempo faz com que eles se profissionalizem com a experiência adquirida no dia-a-dia” (coordenador da VISAU, 2 anos na função).

Está presente nesses relatos as diferentes e contraditórias concepções que existem entre gestores, já que algumas delas são expressões de um mesmo entrevistado. Mas evidencia-se que predomina o entendimento de que é muito importante a formação para melhoras as práticas.

4.9.4 Expectativas Sobre o Papel Desses Trabalhadores das Vigilâncias

Sobre situações do cotidiano em que os trabalhadores de nível médio poderiam ajudar a organizar melhor as Vigilâncias, alguns gestores expressaram:

“O trabalhador das vigilâncias que está sempre no campo, poderia estimular, mexer com o gestor, expondo os principais problemas e riscos encontrados na comunidade, cobrar para que os gestores tomem algumas iniciativas. Até com outros setores, porque eu acho que quem deve articular as políticas intersetoriais são os gestores” (6 anos na

função, com experiência anterior em coordenação do programa de hanseníase em nível estadual).

“A Vigilância é o cérebro da Secretaria de Saúde, para auxiliar a organizar a Assistência” (2 anos na função).

“Espero um trabalhador mais preocupado com o todo, que conheça os sistemas de informação, que seja mais resolutivo” (8 meses na função, com vasta experiência na vigilância epidemiológica).

Nesse contexto, onde a atenção à saúde clama por novos espaços de atuação dos trabalhadores em que a formulação de propostas para a educação profissional não pode se limitar à dimensão apenas técnica-operativa, mais uma vez se reforça a necessidade de mudanças nas estratégias pedagógicas e de gestão.

Essa constatação está evidenciada também em Marques (2002) quando defende que a pedagogia das competências diz que ela funciona como uma provocação para a implantação de uma nova forma de pensar a formação, uma vez que defende a valorização do conhecimento significativo, a construção coletiva do conhecimento e de processos de ensino-aprendizagem que estejam motivados nas experiências da realidade do trabalho, transcendendo a perspectiva biológica de modo a não se tornar uma pedagogia tecnicista.

4.9.5 Sugestões dos Gestores Sobre Assuntos a Serem Trabalhados num Curso de Formação Técnica no Campo das Vigilâncias

Quanto aos temas a serem abordados num processo de formação dos trabalhadores de nível médio, as sugestões 50% dos gestores, os outros 50% não opinaram. Os temas estão listados no Quadro 16.

Quadro 16. Temas a serem abordados num de processo de formação técnica no campo das vigilâncias.

“Sistemas de Informação”
“Informática”
“Comunicação”
“Sistema Único de Saúde”
“Financiamento do SUS”
“A importância de um Agente de Vigilância em Saúde”
“Ética”
“Responsabilidade”
“Evolução histórica do conceito de saúde x doença”
“Geopolítica (urbanismo, globalização, transição demográfica, migrações)”
“A influência do meio ambiente no processo saúde x doença”.

Fonte: Produção própria a partir dos dados da pesquisa.

Entendendo a força política da gestão no trabalho do SUS, essas sugestões dos gestores expressando suas percepções a respeito do cotidiano do trabalho se revestem de uma importância singular, uma vez que a qualificação, a regulação, a negociação e a gestão, envolvem os diversos atores sociais, cada um trazendo para esse cotidiano, suas expectativas e intenções.

Todos esses achados, trazidos da realidade objetiva de todos os envolvidos, foram devidamente analisados e interpretados, deverão estar subsidiando a elaboração de um currículo por competências.

4.10 DELINEAMENTO DO PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO TRABALHADOR DE NÍVEL TÉCNICO NO CAMPO DAS VIGILÂNCIAS (UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO)

Discorrendo sobre Competências e práticas sociais, Perrenoud (1999) afirmou que: toda competência está, fundamentalmente, ligada a uma prática social de certa

complexidade. Não há um gesto dado, mas sim um conjunto de gestos, posturas e palavras inscritos na prática que lhes confere sentido e continuidade.⁴⁶

Segundo ele, uma competência não remete, necessariamente, a uma prática profissional e exige ainda menos que quem a ela se dedique seja um profissional completo.

Pensou-se aqui o delineamento do perfil de competência do trabalhador de nível técnico das vigilâncias à luz da compreensão de que competência não é fazer o que deve ser feito “sem pensar”, porque a partir do momento que o trabalhador fizer “o que deve ser feito” sem sequer pensar, pois já o fez, não se fala em competência, mas sim em habilidades ou hábitos.⁴⁵

Tomou-se como base que competência é a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação, valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desenvolvimento eficiente e eficaz de atividades requeridas para o trabalho.³⁴

Observa-se que essas competências deverão ser consideradas dinâmicas, por estarem ligadas às práticas de saúde, que como práticas sociais se articulam entre si no sentido de mobilizar os diversos conhecimentos dos trabalhadores, conhecimentos esses advindos das diversas áreas do conhecimento, das disciplinas já estudadas, dos conhecimentos gerais adquiridos, da cultura, da experiência da vida e do próprio trabalho.

Para cada competência estão listados os conhecimentos necessários “saber – saber” e os desempenho “saber – fazer”. E por fim, o “saber – ser” como competência transversal por que transita em diversos momentos dentro de todas as outras.

Competência 1

Atuar no desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde, através de ações de educação em saúde; de ações de articulação intra e intersetorial; do entendimento da relação existente entre saúde e condições de vida; do estímulo às ações que promovam autonomia dos sujeitos em relação ao seu próprio destino, dentre elas as ações de mobilização e participação social.

Conhecimentos

Processo saúde x doença e seus determinantes; Políticas Sociais e de Saúde; Política de Promoção da Saúde; Reforma Sanitária; SUS - princípios e diretrizes,

legislações, normatizações, pacto pela saúde; Processo de comunicação; Práticas educativas; Cidadania, direitos e deveres; Saúde e Sociedade; Família; Cultura; e tradições; Modelo de Atenção à Saúde.

Desempenhos:

Relacionar as diversas situações encontradas com as condições de vida da população trabalhada; participar das campanhas preventivas promovidas pelos serviços; realizar ações educativas no ato das investigações, inspeções e medidas delas advindas; interagir com a comunidade através das visitas realizadas rotineiramente; realizar visitas de rotina e de retorno aos domicílios a fim de informar sobre resultados de exames; realizar palestras nas escolas e nas unidades de saúde, articular com outros setores para resolução de problemas identificados na sua área de competência; demonstrar compreensão dos direitos da população em relação às políticas sociais e especialmente da saúde; interagir e abordar as famílias respeitando sua cultura e seus costumes; compreender a necessidade de adotar novas práticas de saúde, no sentido de fortalecer o SUS, manter sigilo e discrição diante das situações vivenciadas nos domicílios.

Competência 2

Atuar no desenvolvimento de ações preventivas, considerando as finalidades do trabalho das vigilâncias, através da operacionalização das ações de controle de agravos, de riscos sanitários e ambientais em saúde, incluídos aí o riscos do trabalho.

Conhecimentos:

Demografia; indicadores demográficos; transição demográfica; território; mapeamento sócio-sanitário, epidemiológico, ambiental e do trabalho; Diagnóstico situacional; o enfoque de risco; doenças transmissíveis, doenças do trabalho; doenças crônico-degenerativas; doenças advindas da falta de cuidado com o ambiente; O campo das vigilâncias: vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador (conceitos, objetivos, legislações, atribuições gerais e específicas dos trabalhadores de nível médio, articulação intra e intersetorial).

Desempenhos:

Fazer inspeção sanitária; fazer cadastramento de estabelecimentos sujeitos a VISA coletar amostra para análise (fiscal e de controle); Conceder licença sanitária quando de sua competência; Cancelar licença sanitária; notificar situações de

irregularidades encontradas e determinar prazos para regularização; Recolher alimentos, medicamentos e outras mercadorias sem condições de uso; Interditar estabelecimentos que estejam infringindo a legislação sanitária; Aplicar multas aos infratores ao Código Sanitário; coordenar campanhas de vacinação anti-rábica; participar de campanhas de saúde pública; realizar atividades educativas; proceder ao mapeamento da área a ser trabalhada (por quarteirão e por rua); visitar domicílios e fazer levantamento de índice (LI) tratar focos do mosquito *aedes*; reunir-se para discutir, entregar a produção e avaliar o que foi realizado; atuar no apoio às diversas atividades das vigilâncias entre si; fazer busca ao caramujo (geralmente em beiras de cacimbas de rios e riachos); encaminhar ao laboratório as espécimes encontradas para verificar se estão contaminados; visitar nas áreas endêmicas todos os domicílios anualmente, distribuindo potinhos para coleta de fezes e retornar aos domicílios para receber o material coletado e monitorar para verificar se o indivíduo foi devidamente tratado;.visitar os domicílios a procura de cães suspeitos de leshimaniose, procurar barbeiros e flebotomos; encaminhar vetores encontrados ao laboratório a fim de verificar se estão infectados; em situações de calamidade, a exemplo do período das chuvas, fazer busca de focos de ratos e colocar raticidas; realizar investigações epidemiológicas nas áreas descobertas pelo PSF; completar dados nas fichas de investigação que são preenchidos incompletamente pelos PSF; organizar campanhas, bloqueios vacinais; fazer distribuição de vacinas para os PSFs; fazer recolhimento das coletas (baciloscopias e sorologias nas unidades dos PSF); fazer busca aos faltosos da vacina anti-rábica humana; fazer busca aos faltosos dos programas de tuberculose e hanseníase; realizar buscas de puérperas e recém-nascidos com sífilis não tratada nas áreas descobertas PSF; fazer digitação dos dados nos sistemas de informação e participar da análise de dados produzidos.

Competência 3

Participar da organização do trabalho das vigilâncias através do entendimento do processo de trabalho, do engajamento ao trabalho em equipe, do desenvolvimento de meios para organização do processo de trabalho levando em consideração, o planejamento ampliado e o planejamento local e setorial, assim como o monitoramento das ações definidas nos planos de ação em cada município.

Conhecimentos:

O trabalho na sociedade; o trabalho em saúde e no campo das vigilâncias; o planejamento; plano de ação; o trabalho em equipe e as atribuições específicas de seus

componentes; a gestão em saúde; informática básica; processo decisório; liderança; os sistemas de informação em saúde/os sistemas de informação das vigilâncias (SIM, SINASC, SINAN, SISVAN, SAI-SUS, SIH-SUS, SI-API, SISÁGUA, SISOLO, SISAM; a avaliação enquanto ferramenta do processo de trabalho – o quê, quando, quem avaliar e para quê avaliar.

Desempenhos:

Participar do planejamento das ações de saúde do município; participar do planejamento das ações das vigilâncias e das atividades específicas; alimentar o sistema de informação, acompanhar os indicadores de saúde conforme pactuação entre estado e município, reorganizar e replanejar as atividades de acordo com necessidades de mudança de estratégia, monitorar a aplicação dos recursos financeiros repassados para as ações das vigilâncias.

Competência Transversal

Praticar o respeito e a escuta às queixas da população; respeitar as famílias/pessoas, suas crenças, sua cultura e seus saberes quando das visitas aos domicílios; atuar em equipe: participar das atividades coletivas, promover harmonia entre os componentes das equipes; respeitar os limites de sua atuação; buscar apoio cooperativo em outros colegas e/ outras equipes; demonstrar disposição em manter-se atualizado de forma a desenvolver suas atividades com melhor qualidade; buscar alternativas frente a situações inusitadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação do cotidiano dos trabalhadores das vigilâncias e das percepções e expectativas da gestão municipal em relação a esses trabalhadores apontam que muitos desafios vêm associados às novas Legislações.

Supunha-se por aproximação com a realidade que a força de trabalho das vigilâncias era composta majoritariamente por trabalhadores do nível médio e que a maioria não apresentava formação profissional no campo das vigilâncias. Os resultados encontrados comprovam essa realidade, mas em relação ao aspecto formação específica, não é apenas a maioria que não dispõe dessa formação, é 100% dos trabalhadores.

Evidenciou-se de fato que os trabalhadores vêm sendo preparados através de treinamentos curtos, onde mesmo assim nem todos são contemplados e pelos relatos pôde-se constatar que de fato esses treinamentos representam recortes de uma realidade. Onde a depender do tipo de treinamento cada um aprende um determinado fazer, ficando preparado para realizar “aquela” atividade específica que apenas é parte de um todo, que os trabalhadores desconhecem. Uns são capacitados para trabalhar com a dengue, outros com as investigações epidemiológicas das doenças de notificação compulsória, outros para fazer a vigilância da qualidade da água ou dos saneantes, ou dos medicamentos, outros para trabalhar com esquistosomose, entre outros.

Pode-se perceber também que as atividades de articulação e comunicação entre os próprios trabalhadores das vigilâncias e deles com os outros trabalhadores da saúde, inclusive da atenção básica e com outros setores externos à saúde ocorrem, mas são motivados por iniciativas pessoais voltadas à resolução de problemas pontuais. Será que podem ser chamadas de articulação?

Após estabelecer o diálogo com alguns documentos formais que estão nos anexos e que norteiam as práticas desses trabalhadores, de fato verifica-se que eles vêm desempenhando muitas das atribuições que lhes são cobradas. Realizam procedimentos técnicos contidos nas listagens de atividades criadas por algumas Secretarias Municipais de Saúde contidos nos manuais de normas e rotinas, nas Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle das Endemias do Ministério da Saúde e em outros documentos e legislações ministeriais.

Mas não compreendem o todo do seu processo de trabalho, conforme foi percebido nas falas e isso pareceu fazer o trabalhador se sentir inseguro e em conflito diante das diversas situações enfrentadas no cotidiano de sua vida profissional.

De fato, o processo de trabalho em saúde carece de um trabalhador que realize muito mais do que atribuições e procedimentos técnicos.

No decorrer do estudo, interpretando as falas dos sujeitos em relação ao seu conhecimento sobre o resultado do seu processo de trabalho, alguns questionamentos teimavam em aparecer, quais foram: quando um trabalhador da vigilância não sente-se motivado a saber o que acontece com as questões de ordem inter setorial, encaminhadas por ele, esse trabalhador compreende o conceito de risco? De promoção e de prevenção? Ele entende a centralidade do trabalho das vigilâncias?

Um novo modo de fazer as coisas envolve um novo modo de qualificar os trabalhadores, um novo modo de qualificar os docentes, exige um novo modo de construir os planejamentos curriculares, um novo modo de organizar os serviços, assim como um novo modo de praticar a gestão do trabalho.

As tensões observadas entre as falas de gestores e trabalhadores são pontos muito significativos, que implica a necessidade de revisão urgente das nossas práticas. Como num mesmo local, o gestor interpreta os fatos de um jeito, o trabalhador já pensa de outro e não se encontram para conversar sobre o trabalho? Evidenciado está que se não caminharmos numa nova perspectiva de atuação profissional e de formação em saúde, não estaremos caminhando em direção do que está sendo proposto pelo SUS.

Àqueles que continuam investindo nas qualificações pontuais algumas perguntas sugere-se que se façam: Os treinamentos realizados de forma fragmentada, para trabalhadores que não tiveram acesso a uma formação integral conseguirão algum dia dar conta de formar o trabalhador cidadão? Essa lógica presente nas qualificações pontuais, nos treinamentos introdutórios vem dando resultados? Essa tão antiga prática será capaz de contribuir para a consolidação de um novo modelo de atenção á saúde?

É justo cobrar desses trabalhadores hoje, a prática profissional idealizada na política nacional de saúde e em seus documentos oficiais?

No intuito de fortalecer a Política de Desenvolvimento dos Trabalhadores do SUS, que propõe a formação profissional para uma prática cidadã, considera-se que o objetivo do estudo foi atingido, porque a partir do cotidiano das vigilâncias, envolvidos: o ensino, os gestores e os trabalhadores, foi possível delinear um perfil de competências

para os trabalhadores de nível técnico que integram as equipes das vigilâncias, levando-se em consideração as experiências concretas de todos os sujeitos envolvidos, seus saberes formais adquiridos, os saberes informais advindos da sua inserção na sociedade, da cultura, assim como os saberes acumulados nas atividades de trabalho.

Por serem dinâmicas, novas competências poderão ocorrer por meio dos processos permanentes de educação.

Esse estudo não ficará no campo acadêmico, ele deverá ir para o campo das práticas vislumbrando que através de uma formação bem concebida consiga-se preparar profissionais mais adequados aos enfrentamentos cotidianos e assim, associado a outras estratégias no campo também da gestão, conforme ficou evidenciado, obtenha-se a viabilização de políticas estratégicas no setor saúde.

O perfil aqui delineado deverá em etapas posteriores ser submetido à validação junto aos profissionais e trabalhadores da área para que venha a servir de referência para o desenho curricular e execução do curso de formação técnica no campo das vigilâncias e assim contribuir para a reorganização das práticas no campo das vigilâncias.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. NOB - 96 - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS [legislação na Internet]. Brasília; 1996. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>
- 2 _____. Ministério da Saúde. Portaria n ° 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001, que amplia a regionalização da assistência [legislação na Internet]. Brasília; 2001. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/legislacao/0165/PortariaGM_2001_0095.pdf
- 3 _____. Ministério da Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS. Brasília; 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_NOB_2003.pdf
- 4 _____. Ministério da Saúde. Portaria n ° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília; 2006. Disponível em: http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_399.doc
- 5 _____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB 01/96 no que se refere às competências da União, Estado, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e da outras providências.
- 6 _____. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.996, de 20 de agosto de 2007 que dispõe sobre as Diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Brasília; 2007.
- 7 _____. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa. Brasil, Brasília, 20 set. 1990.
- 8 Marques CMS. As competências crítico-emancipatórias e a formação dos trabalhadores de nível médio em Enfermagem: focalizando as Políticas Ministeriais. São Paulo, 2007. Mestrado [Dissertação em Enfermagem] – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- 9 Manfredi SM. Educação profissional no Brasil. São Paulo: Cortez; 2002.
- 10 Pereira IB, Ramos MN. Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.
- 11 Alves E, org. Modernização produtiva e relações de trabalho: perspectivas de políticas públicas. Petrópolis: Vozes; 1997.
- 12 Brasil. Ministério da Educação. Lei n° 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as

- Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da República Federativa. Brasil, Brasília, 23 dez. 1996.
- 13 _____. Ministério da Educação. Decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o § 2º do art.36 e os arts. 39 a 42 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 17 abr. 1997.
 - 14 Relatório da III Conferência Nacional de Saúde; 1963 dez. 9-14; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Comissão Organizadora da 3ª Conferência Nacional de Saúde, 1963.
 - 15 Anais da IV Conferência Nacional de Saúde; 1967 ago. 30 a set. 4; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1967.
 - 16 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS 25 anos. Brasília: CONASS; 2007.
 - 17 _____. Lei nº 5.962, de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa. Brasil, Brasília, 12 ago. 1971.
 - 18 Scorel S, Nascimento DR do, Edler FC. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima NT, org. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
 - 19 Galvão EA, Campos FE de, Pierantoni CR, Rodrigues EAB, Durães MD. As Escolas Técnicas do SUS: uma abordagem histórica. In: Cadernos RH Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. v.3, p.61-83.
 - 20 Vieira MA. Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde. In: Textos de Apoio em Políticas de Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, org. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
 - 21 Mendes EV. A construção social da vigilância à saúde no Distrito Sanitário. In: A vigilância à saúde no Distrito Sanitário. Brasília: OPS; 1993. p. 7-19. (OPS - Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10).
 - 22 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988.
 - 23 Relatório da IX Conferência Nacional de Saúde; 1992 ago. 9-14; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.
 - 24 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2005.
 - 25 Machado MH. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Cadernos RH Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. v.3, p.13-27.

- 26 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.298, de 28 de novembro 2000. Institui a Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores vinculados às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (RET-SUS). Diário Oficial da República Federativa. Brasília, 29 nov. 2000.
- 27 Sório RER. Educação profissional em saúde: a proposta das Escolas Técnicas de Saúde do Sistema Único de Saúde. Rev Formação. 2002;2(5):45-58.
- 28 Lucchese G. Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil. Brasília: Anvisa; 2008.
- 29 Brasil. Ministério da Educação. Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. Brasília; 2008.
- 30 Czeresnia D, org. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- 31 Costa EA, Rozenfeld S. A constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: Rozenfeld S. Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
- 32 Monken M, Batistella C. Vigilância em Saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde, orgs. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006.
- 33 Reis LGC, De Seta MH. As vigilâncias do campo da saúde: o risco como conceito fundamental e a caracterização dos seus processos do trabalho. In: Oliveria RG de, Graboys V, Mendes VV, orgs. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2009.
- 34 Brasil. Ministério da Educação. Educação profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Brasília; 2000.
- 35 Papini S. Vigilância em Saúde Ambiental: uma nova área da ecologia. São Paulo: Ed. Atheneu; 2009.
- 36 Brasil. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estado, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Brasília; 2004.
- 37 _____. Portaria nº 2.437, de 07 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no Sistema Único de saúde – SUS e dá outras providências. Brasília; 2005.
- 38 Marques CMS. As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional baseada em competências. Rev Formação. 2002;5:17-27.
- 39 Brasil. Ministério da Educação. Parecer nº 16, de 5 de outubro de 1999. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília; 1999.
- 40 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da População 2007. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em: 2 abr. 2009. IBGE; 2007.

- 41 Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Huicitec, 2008.
- 42 Deslandes SF, Minayo CS, orgs. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
- 43 Brasil. Ministério da Educação. Parecer nº 441, de 05 de agosto de 1993. Cria as habilitações de Técnico e Auxiliar de Vigilância Sanitária e Ambiental. Brasília: Conselho Federal de Educação; 1993.
- 44 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes. Brasília: MS, 2002.
- 45 Jobert G. A Inteligência no Trabalho. In: Carré & Gaspar, org. Tratado das Ciências técnicas da formação. p.223-240. Lisboa: Instituto Piaget; 1999.
- 46 Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Tradução Bruno Chalés Magne. Porto Alegre: Artmed; 1999.

ANEXOS

ANEXO 1

DIRETRIZES NACIONAIS PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DE EPIDEMIAS DE DENGUE

Supervisão do controle vetorial

A supervisão é uma atividade que permite o acompanhamento da execução das ações e sua qualidade, maximizando os recursos disponíveis e realizando as adequações necessárias, de maneira a contribuir para que os objetivos traçados sejam alcançados. Por intermédio da supervisão, é possível monitorar aspectos essenciais ao trabalho de campo, tais como a utilização de insumos, o cumprimento do horário e do itinerário, bem como a produtividade do trabalho.

A estrutura de supervisão ao trabalho de campo proposta para o gerenciamento do controle vetorial prevê duas categorias de supervisor: o geral e o de área. Para cada 10 agentes de controle de endemias, está previsto um supervisor de área e, para cada cinco supervisores de área, um supervisor geral (10 → 5 → 1). No entanto, nos municípios onde já existe a integração com as equipes de saúde da família, essa estrutura de supervisão pode ser adequada à nova realidade.

É importante o estabelecimento de fluxos de acompanhamento, planejamento, monitoramento e avaliação sistemática com as ESF que realizam ações de controle vetorial.

Atribuições do supervisor (geral e de área)

As atribuições do profissional responsável pela supervisão são as seguintes:

- conhecer os aspectos técnicos e operacionais do controle da dengue;
- estar informado sobre a situação da dengue em sua área de trabalho, orientando o pessoal sob sua responsabilidade, em especial quanto à presença de casos suspeitos e quanto ao encaminhamento para a unidade de saúde ou serviço de referência;

- participar do planejamento das ações de campo na área sob sua responsabilidade, definindo, caso necessário, estratégias específicas, de acordo com a realidade local;
- participar da avaliação dos resultados e do impacto das ações;
- garantir o fluxo da informação quanto aos resultados da supervisão;
- organizar e distribuir a pessoal sob sua responsabilidade, controlando sua frequência;
- prever, distribuir e controlar os insumos e materiais utilizados no trabalho de campo;
- atuar como facilitador, oferecendo os esclarecimentos sobre cada ação que envolva o controle vetorial;
- atuar como elo entre o pessoal de campo e a gerência técnica;
- melhorar a qualificação dos trabalhadores sob sua responsabilidade;
- estimular o bom desempenho da equipe sob sua responsabilidade;
- acompanhar sistematicamente o desenvolvimento das atividades de campo, por intermédio de supervisões direta e indireta;
- manter organizado e estruturado o posto de apoio e abastecimento (PA);
- garantir, junto ao pessoal sob sua responsabilidade, o registro correto e completo das atividades;
- realizar a consolidação e o encaminhamento à gerência técnica das informações relativas ao trabalho desenvolvido em sua área;
- consolidar os dados do trabalho de campo relativo ao pessoal sob sua responsabilidade; e
- fornecer as equipes de Atenção Primária, especialmente da estratégia de Saúde da Família, as informações entomológicas da área.

Localização dos agentes de controle de endemias no campo

Para facilitar o trabalho da supervisão, podem ser utilizadas bandeirolas em cores fortes, colocadas, de forma visível, na entrada dos locais em que o agente ou supervisor desenvolve suas atividades, permitindo visualização a distancia.

Itinerário de trabalho

A elaboração da programação de trabalho dos agentes e do supervisor é fundamental para o desenvolvimento das atividades. O plano é individual e pode ser diário ou semanal, devendo ficar em local acessível, no ponto de apoio, na unidade de saúde de referência, na equipe de saúde da família ou na secretaria municipal de saúde.

Atribuições do Agente de Controle de Endemias (ACE)

No trabalho de controle vetorial, o ACE: é o profissional responsável pela execução, das atividades de combate ao vetor realizadas nos imóveis, devendo:

- atualizar o cadastro de imóveis, por intermédio do reconhecimento geográfico, e o cadastro de pontos estratégicos (PE);
- realizar a pesquisa larvária em imóveis, para levantamento de índices e descobrimento de focos, bem como em armadilhas e em PE, conforme orientação técnica;
- identificar criadouros contendo formas imaturas do mosquito;
- orientar moradores e responsáveis para a eliminação e/ou proteção de possíveis criadouros;
- executar a aplicação local e residual, quando indicado, como medida complementar ao controle mecânico, aplicando os larvicidas indicados, conforme orientação técnica;
- registrar nos formulários específicos, de forma correta e completa, as informações referentes às atividades executadas;
- vistoriar e tratar os imóveis cadastrados e informados pelo ACS que necessitem do uso de larvicida, bem como vistoriar depósitos de difícil acesso informado pelo ACS;
- encaminhar os casos suspeitos de dengue à unidade de Atenção Primária em Saúde, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde;
- atuar junto aos domicílios, informando os seus moradores sobre a doença, seus sintomas e riscos, o agente transmissor e medidas de prevenção;

- promover reuniões com a comunidade com o objetivo de mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue, sempre que possível em conjunto com a equipe de APS da sua área;
- reunir-se sistematicamente com a equipe de Atenção Primária em Saúde, para trocar informações sobre febris suspeitos de dengue, a evolução dos índices de infestação por *aedes aegypti* da área de abrangência, os índices de pendências e as medidas que estão sendo, ou deverão ser, adotadas para melhorar a situação;
- comunicar ao supervisor os obstáculos para a execução de sua rotina de trabalho, durante as visitas domiciliares;
- Registrar, sistematicamente, as ações realizadas nos formulários apropriados, conforme já referido, com o objetivo de alimentar o sistema de informações vetoriais.

Parâmetros para estruturação das equipes de ACE

As diretrizes nacionais preconizam como ideal a disponibilidade de um agente para cada 800 a 1.000 imóveis, correspondendo a um rendimento diário de 20 a 25 imóveis/dia.

O rendimento médio de 20 a 25 imóveis por dia somente será alcançado com carga horária de oito horas diárias. A adoção do horário corrido não é recomendada, por trazer prejuízos à qualidade do serviço.

Situações peculiares, que dificultam ou impossibilitam a inspeção de 100% dos imóveis, devem ser tratadas, também, de forma diferenciada, cabendo ao supervisor e ao responsável técnico pelo controle vetorial avaliar a necessidade de montar equipes específicas, devidamente motorizadas e munidas de equipamentos apropriados (como escada), para intervir diretamente, como é o caso dos depósitos suspensos de difícil acesso.

ANEXO 2



PREFEITURA DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA
**ATRIBUIÇÕES DOS AGENTES DE SAÚDE DA EPIDEMIOLOGIA
NOS DISTRITOS SANTINÁRIOS**

ASSUNTO	ATIVIDADES
1. Tuberculose e Hanseníase.	-Busca ativa dos faltosos e abandono.
2. Atendimento anti-rábico.	-Divulgação dos sinais e sintomas da doença na comunidade.
3. Doenças de Notificação compulsória.	- Busca ativa dos pacientes com tratamento incompleto (A.A.R).
4. Cólera.	-Informações sobre o animal com indicação de observação.
5. Vacinação.	-Busca ativa da notificação compulsória nas U.S. através da produção diária.
6. Acompanhamento dos recém-nascimentos e crianças < 1 ano com risco de adoecer e chegar a óbito.	-Acompanhamento das notificações e recolhimento nas Unidades de Saúde.
7. Citologia.	-Distribuição de material. Educativo e hipoclorito nos bairros de maior incidência.
8. M.D.D.A. Medida de Prevenção de Diarréia.	-Avaliação do Cartão de Vacinação (visita domiciliar).
9. Sífilis congênita.	-Acompanhamento do calendário de vacinação da criança no 1º ano de vida.
10. Informação. (Oficina, Educação Continuada e Reuniões).	-Localizar as crianças através das DN e encaminhar a Unidade de Saúde (Acompanhamento Pediátrico).
11. Eventos datas comemorativas.	-Busca ativa dos faltosos.
12. Acompanhamento Gestantes/vinculação ao parto.	- Medidas de prevenção das diarreias (educação e saúde).
13. Acompanhamento das informações do SISVAN.	-Acompanhamento nos primeiros dois anos de vida as crianças portadoras de Sífilis Congênita (acompanhamento pediátrico).
14. Verificar se a rotina está sendo cumprida pela pesagem e investigação dos casos de Desnutrição grave.	-Divulgação para os Distritos Sanitários.
	-Verificar as gestantes faltosas e realizar busca ativamente.
	-Recolher e enviar ao DS informações do SISVAN registradas pela auxiliar de enfermagem.
	-Recolher a investigação dos casos de desnutrição grave.

APÊNDICES

ROTEIRO 1 - ENTREVISTA COM O GESTOR MUNICIPAL

MUNICÍPIO:

DADOS SOBRE O GESTOR

Cargo	Função	Sexo
Grau de Escolaridade	Tempo de serviço	
Tempo na Função		
Experiência anterior na Gestão		

QUANTO À FORÇA DE TRABALHO (NÍVEL MÉDIO):

Total de trabalhadores da Vigilância _____

Nível superior _____ Nível médio _____

Na epidemiologia

Nível superior _____ nível médio _____

Na Vigilância Sanitária

Nível superior _____ nível médio _____

Na Vigilância Ambiental em Saúde

Nível superior _____ nível médio _____

Na Vigilância da Saúde do Trabalhador

Nível superior _____ nível médio _____

Dificuldade vivenciadas em relação aos trabalhadores de nível médio, de 0 (zero) a 4 (quatro) sendo quatro para maior grau de dificuldade na execução das vigilâncias

Desempenho técnico ()

Desempenho administrativo ()

Desempenho relacional ()

Baixa qualificação ()

Insatisfação salarial ()

Outros ()

Continuação Roteiro 1

Se visualiza dificuldades quanto ao desempenho dos trabalhadores, quais considera as mais importantes?

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Em que situações, uma formação técnica no campo das vigilâncias influirá na organização das Vigilâncias no seu município?

Diante da sua realidade, que temas acha indispensáveis no planejamento curricular de um curso de formação técnica para o campo das vigilâncias?

ROTEIRO 2 - ENTREVISTA COM TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO

ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS ATIVIDADES REALIZADAS EDUCAÇÃO NA SAÚDE

MUNICÍPIO _____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1 Cargo: Função: Sexo:
Grau de Escolaridade: Formação:
Tempo de serviço: Tempo na função:
Como chegou a trabalhar na Vigilância ?

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E FUNCIONAMENTO

A quem está ligada a Vigilância na estrutura da Secretaria?
Há quanto tempo conversou com o gestor municipal sobre trabalho?
Existe estrutura física para cada uma das vigilâncias ou elas funcionam juntas?
As pessoas da Vigilância, elas opinam uns nas atividades do outro?
Na estrutura de equipamentos existe
Computador () Fax () Telefone ()
São compartilhados ou individuais para cada vigilância?
Se compartilha, com quem compartilha? Possui internet?
Tem veículo disponível? () sim () não É exclusivo? Qual o tipo?
Quantas vezes pediu carro e não teve? Muitas () poucas () nunca
Tem laboratório de Referência? () sim () não
Já usou? () Sim não () Se usou, para que foi?
A resposta do Laboratório foi satisfatória? () sim () não
Existe equipe para cada uma das Vigilâncias ? () sim () não

Continuação Roteiro 2

Quanto a distribuição de atividades entre as vigilâncias, como ela é realizada?

- () cada um faz a sua vigilância
- () a mesma pessoa desenvolve todas as ações
- () quem faz epidemiológica faz ambiental
- () quem faz epidemiológica faz sanitária
- () quem faz sanitária faz ambiental
- () quem faz epidemiológica faz saúde do trabalhador
- () outra distribuição

Como você planeja as suas atividades ?

Se planeja , a frequência desse planejamento ?

Quem faz com você esse planejamento?

Existem instrumentos específicos para operacionalizar as suas atividades? Quais?

(manuais, impressos de campo, não esquecer de especificar)

Quais são as atividades que você mais realiza no seu dia-a-dia?

Quais são os fatores que mais dificultam?

QUANTO AO ENVOLVIMENTO COM OUTROS ATORES

Tem contato com juiz, setor de Educação, Secretaria do Meio-Ambiente,

Legislativo?Relate um fato ocorrido.

Procura quem, quando surge alguma situação nova?

Quando procura outras pessoas para ajudar a resolver os problemas, estes são resolvidos?

Já foi procurado pela Atenção Básica? Por quem?

E você, já procurou a Atenção Básica? Para que?

E outros serviços de Saúde? Se sim quais?

Participa de reuniões com os coordenadores ou com o gestor municipal de saúde?

Você acha que deveria ser chamado para participar de reuniões?

Continuação Roteiro 2

Em que situações?

Quando você foi chamado para uma reunião ? Por quê?

Alguma vez procurou a SMS por iniciativa própria?

Quando? Atendeu a sua expectativa?

Quando isso aconteceu nos últimos três meses?(relatar)

Solicita apoio de outros colegas? De quem?

Pode relatar um fato?

QUANTO ÀS ATIVIDADES EDUCATIVAS

Realiza sempre () Já realizou () nunca realizou () Por quê?

Usa algum material? Qual?

Quando foi realizada pela última vez?

Sobre o que foi abordado?

Quem participou?

Tem dificuldade em realizar?

Se sim, por que acha que tem dificuldade?

ATIVIDADES REALIZADAS PELOS TRABALHADORES

A) VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Quanto à Inspeção Sanitária faz para:

Alimentos () Medicamentos () Serviços de interesses da saúde ()

Quais?

Possui roteiro para inspeção?

Continuação Roteiro 2

Quanto às Notificações, as faz? quais as mais freqüentes?

Quanto às Autuações, as faz? se não, quem faz?

Quais as mais freqüentes? (nos últimos 3 meses)

E Recolhimento, faz? Quais os mais freqüentes? (nos últimos 3 meses)

Realiza cadastramento? Usa quais instrumentos? Quais? (ver)

Realiza Investigações? Quais as últimas que realizou?

Quanto a Monitoramento, realiza para:

Qual a periodicidade? Onde registra? (manuais, impressos, pedir para ver)

Faz coleta de amostra para análise?

Para que?

É rotina, ou realiza quando chamam?

Manda para onde? De posse dos resultados, toma alguma medida? Encaminha?
Para quem? Quando foi a última ocorrência? Qual a providência?

Emite alvará sanitário ?

Quem faz a programação do trabalho de campo?

B) VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Faz notificação? Encaminha dados notificados Analisa esses dados?

Discute-os? (quando, com quem, para que)

O que é notificado mais no seu campo de atuação?

Faz Investigação? caso() surto () óbito ()

de quem? menor de 1 ano () morte materna ()

Quantas vezes já investigou? O que mais investigou?

Busca ativa: quantas vezes já fez ? para que?

Continuação Roteiro 2

Já participou de Bloqueio? vacinal ou quimioprofilaxia ?

Nas ações específicas de vacinação trabalhou em:

Rotina bloqueios intensificações campanhas

Quanto à monitorização de agravos:

Acompanha as doenças diarréicas? Tem incidência grande?

Acompanha: desnutrição em menores de cinco anos?

Hipertensos? diabéticos?

Quem planeja as suas atividades de campo?

Quais outras atividades que você faz que não estão listadas aqui?

VIGILÂNCIA AMBIENTAL EM SAÚDE

Atividade de controle da água

Você faz coleta de amostra ? quem encaminha?

Colhe rotineiramente () atende às solicitações ()

Se atende solicitações, de quem as recebe ?

Encaminhou para onde? Recebeu o resultado em tempo adequado?

Quais as providências tomadas?

Atividade de monitoramento do ar

O que realiza? Como?

Atividade de monitoramento do solo

O que realiza? Como?

ATIVIDADES REALIZADAS VIGILÂNCIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Quais são as atividades que você realiza na vigilância da Saúde do Trabalhador?

Continuação Roteiro 2

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Quando sente alguma dúvida, recorre a quem?

Quando foi a última vez que isso aconteceu?

Treinamentos que participou: Quais?

O que colocou em prática depois dos treinamentos?

Existem dificuldades para colocar em prática o que é aprendido?

Em que sente dúvidas na sua prática?

O que gostaria que fosse abordado num processo educativo?

Atividades que deixa de fazer por deficiências pedagógicas?

Pode relatar o fato?

Sabe o que fazem as outras vigilâncias?

Num curso de formação profissional em Vigilâncias, acha que deveria estudar ?

Quadro síntese - Atribuições realizadas pelos trabalhadores das vigilâncias

Vigilância Epidemiológica	Vigilância Sanitária	Vigilância Ambiental
fazem o mapeamento da área, (por quarteirão e por rua);	Atendem aos reclamos da população (em relação a esgotamento de águas servidas, acúmulo de lixo nos logradouros, criadouros de galinhas e porcos no perímetro urbanos em condições precárias de higiene, armazenamento de ferro velho em áreas inadequadas);	
visitam em média de 28 a 31 domicílios por dia fazendo levantamento de índice (LI) ou tratamento de focos do mosquito <i>aedes</i> ;	Fazem inspeção sanitária ao setor regulado ;	
reúnem-se semanalmente para entregar a produção e avaliar o que foi realizado;	Fazem cadastramento de estabelecimentos sujeitos a VISA ;	
ajudam com transporte nas campanhas de vacinação;	Coleta de amostra para análise (fiscal e de controle);	
reorganizam as atividades de acordo com necessidades de mudança de estratégia ;	Concedem licença sanitária (Um município não licencia);	
fazem busca ao caramujo (geralmente em beiras de cacimbas de rios e riachos);	Cancelamento de licença sanitária;	
encaminham ao laboratório as espécimes encontradas para verificar se estão contaminados;	Notificam situações de irregularidades encontradas e dão prazos para regularização;	
nas áreas endêmicas visitam por ano todos os domicílios, distribuindo potinhos para coleta de fezes, retornam aos domicílios para receber o material coletado e encaminhar ao laboratório;	Recolhem alimentos, medicamentos e outras mercadorias sem condições de uso;	
encaminham resultados a USF para tratamento, voltando depois para verificar se o indivíduo foi devidamente tratado;.	Interditam estabelecimentos;	
visitam os domicílios a procura de cães suspeitos, barbeiros e flebotomos;	Aplicam multas aos infratores ao Código Sanitário;	
encaminham vetores ao laboratório, a fim de verificar se estão infectados;	Participam das campanhas de vacinação anti-rábica;	
em situações de calamidade, a exemplo do período das chuvas, fazem busca de focos de ratos e colocam raticidas	Realizam atividades educativas no ato das inspeções.	
realizam investigações epidemiológicas nas áreas descobertas pelo PSF;		
preenchem dados nas fichas de investigação preenchidos incompletamente pelos PSF;		
organizam campanhas, bloqueios vacinais;		
fazem distribuição de vacinas para os PSF;		
fazem recolhimento das coletas (baciloscopias e sorologias nas unidades dos PSF);		
fazem busca aos faltosos da vacina anti-rábica humana;		
fazem busca aos faltosos dos programas de tuberculose e hanseníase;		
realizam buscas de puérperas e recém-nascidos com sífilis não tratada nas áreas descobertas PSF;		
fazem digitação dos dados nos sistemas de informação, participam da análise de dados.		