

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

Juliana Beltrão Mulatinho

TÉCNICOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE PERNAMBUCO:
construção da identidade profissional

Rio de Janeiro

2016

Juliana Beltrão Mulatinho

TÉCNICOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE PERNAMBUCO:
construção da identidade profissional

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no Mestrado Profissional de Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Grácia Maria de Miranda
Gondim

Co-orientadora: Andréia Ferreira de Barros

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

M954t Mulatinho, Juliana Beltrão
 Técnicos em Vigilância em Saúde de Pernambuco:
 construção da identidade profissional / Juliana
 Beltrão Mulatinho. - Rio de Janeiro, 2016.

139 f.

Orientador: Grácia Maria de Miranda Gondim
Co-orientadora: Andréia Ferreira de Barros

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

1. Vigilância em Saúde. 2. Formação Técnica.
3. Identidade Profissional. 4. Regulamentação
Profissional. I. Gondim, Grácia Maria de Miranda.
II. Barros, Andréia Ferreira de. III. Título.

CDD 362.10425

Juliana Beltrão Mulatinho

TÉCNICOS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE PERNAMBUCO:
construção da identidade profissional

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no Mestrado Profissional de Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 30/09/2016

BANCA EXAMINADORA

Mônica Vieira (FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS)

Maria Jalila Vieira de Figueiredo Leite (UFRN)

Mauricio Monken (FIOCRUZ / EPSJV / LAVSA)

Regina Fernandes Flauzino (UFF)

Dedico este trabalho ao meu eterno e verdadeiro amor, minha filha Iracema.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me dar forças a continuar quando já não tinha mais coragem para estudar e trabalhar.

À minha mãe que sempre deu apoio para meus estudos, trabalho e criar minha filha. Tornou possível a minha inscrição para seleção dos alunos, pagando o envio dos meus documentos e me apoiando durante todo o período do mestrado.

À minha filha, que perdeu parte do tempo livre que tinha para ela, e nesse período teve que ser dividido com os estudos e trabalho. Não foi fácil para nenhuma das duas, pode ter certeza.

À minha irmã que sempre me ajudou e me motivou a crescer.

À minha orientadora Grácia Gondim, por fazer de mim uma pesquisadora, incentivar nos estudos, leituras e seguir em frente quando já não tinha mais forças.

À minha coorientadora pelo apoio e atenção dada desde o início da construção do pré-projeto e aceitar continuar contribuindo com meus estudos e o desafio de trabalhar com um tema que não tinha muita proximidade.

À equipe e amigas da ESPPE, principalmente Jamila Moura e Marcella Monteiro que muito me ajudaram e apoiaram nos estudos e em tudo sempre que precisei.

Aos alunos do Curso Técnico em Vigilância em Saúde que participaram da pesquisa, outros que ajudaram para conseguir as cartas de anuência dos municípios e com palavras de incentivo para prosseguir os estudos.

À Vigilância em Saúde dos municípios de Recife, Olinda e Paulista, Diretoria Geral de Educação em Saúde do governo do estado de Pernambuco e Diretoria da Agência Pernambucana da Vigilância Sanitária por contribuir com a pesquisa.

À todos os professores do mestrado profissional pelas leituras e discussões em sala que me despertaram para o mundo real. Este trabalho é fruto de do conhecimento que adquiri com todos vocês, cada disciplina está contida nessa dissertação.

Ao grupo de trabalho do laboratório de vigilância da EPSJV (Edilene, Maurício Monken e Felipe) por ter me ensinado sobre o território, o uso do território para o trabalho na saúde e educação.

À Mônica Vieira por seus ensinamentos, estimular minha participação nas aulas e leituras de textos e contribuições na pesquisa.

Ao Professor Júlio e Patrícia Moço que sempre foram maravilhosos comigo e com a turma do Mestrado RETSUS Nordeste.

Aos amigos da turma de Mestrado RETSUS Nordeste que apesar de todas as dificuldades que muitos tiveram se mostrou forte, unida e solidária ao outro, sempre com palavras de força e motivadoras a todos.

RESUMO

Após a criação do Sistema Único de Saúde, suscitou aos sistemas nacional, estaduais e municipais de saúde uma redefinição de seus modelos de atenção à saúde e a vigilância em saúde surge como proposta de modelo alternativo e possibilidade de superação da dicotomia entre as práticas coletivas e individuais. Para melhorar os serviços das vigilâncias, demandou-se a necessidade de formação dos trabalhadores de nível técnico que atuavam nessa área. Para atender essa necessidade em Pernambuco (PE), a Escola de Governo em Saúde Pública do estado iniciou em 2011 duas turmas do Curso Técnico em Vigilância em Saúde na I Gerência regional de Saúde (GERES) e concluiu este processo de formação em dezembro de 2013 formando 42 trabalhadores. Devido à proximidade com os alunos formados foi possível perceber a dificuldade a cerca do reconhecimento de sua identidade profissional no seu espaço de trabalho e impossibilidade de construção de carreira. A identidade profissional é um produto social da relação entre formação, trabalho e carreira, permitindo ao trabalhador o reconhecimento de si e o reconhecimento pelos outros. Diante desse contexto, o objetivo geral do estudo foi analisar o processo de construção da identidade profissional dos TVS formados nas primeiras turmas da I GERES, enfocando três dimensões fundamentais: formação, reconhecimento de si como técnico dessa área, reconhecimento como sujeito das práticas de vigilância pela gestão dos serviços e lançar luzes sobre a regulamentação da profissão. A pesquisa foi um estudo de caso com as turmas formadas da I GERES de abordagem qualitativa e descritiva. Foram utilizados como sujeitos da pesquisa os 6 alunos e 4 gerentes da vigilância e a Diretora Geral de Educação em Saúde do estado. A coleta de dados utilizou análise de documentos, entrevistas e grupo focal. A análise dos dados foi feita através da triangulação de métodos. A análise dos dados coletados foram sistematizados por meio da técnica de análise do discurso do sujeito coletivo que resgata a representação social, onde as opiniões individuais e ideias presentes nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa formou um discurso na primeira pessoa do singular como se fosse do coletivo. Os resultados encontrados evidenciam no processo de formação dificuldades com a docência, estrutura física, gestão dos serviços e da coordenação do curso, aumento na duração do curso, no plano de curso, entre outras. Evidencia que existe reconhecimento de si enquanto Técnico em Vigilância em Saúde, porém não existe o reconhecimento pela gestão. O estudo demonstra a necessidade da regulamentação e/ou criação do cargo nos serviços como forma de permitir a construção da identidade social da profissão.

Palavras-chave: Identidade profissional; Técnicos em vigilância em saúde; Regulamentação profissional.

ABSTRACT

After the creation of the Unified Health System, a redefinition for the national, state and municipal health systems was originated, of their models of health care and health surveillance emerges as a proposal for an alternative model and the possibility of overcoming the dichotomy between collective practices and Individuals. In order to improve surveillance services, was necessary to train the technical level workers who worked in the area. To meet this need in Pernambuco (PE), a State School of Public Health started in 2011 two classes of the Technical Course in Health Surveillance in the Regional Health Management (GERES) and concluded this training process in December 2013 with 42 workers. Due to the proximity with the students trained it was possible to realize the difficulty surrounding recognition of their professional identity in their work space and impossibility of career building. Professional identity is a social product of the relationship between training, work and career, allowing the worker recognition of yourself and others. Against this background, the general purpose of the study was to analyze the process of building the professional identity of the TVS trained in the first classes of I GERES focusing on the three main dimensions: training, recognition of yourself as a technician, recognition as subject of surveillance practices for the management of services and shed light on the regulation of the profession. The research was a case study with the classes formed from the I GERES of qualitative and descriptive approach. Subjects were used as research subjects in 6 students and 4 surveillance managers and a General Directorate of Health Education in the state. Data collection uses document analysis, interviews, and a focus group. Data analysis was performed by triangulation of methods. The analysis of the collected data has systematized through the discourse analysis technique of the collective subject that rescues a social representation, where the individual opinions and ideas present in the testimonies of the subjects of the research form a discourse in the first person of the singular as if it were of the whole. The results show in process of formation difficulties with teaching, physical structure, service management and coordination of the course, an increase in the course of the course, course plan, among others. It evidences that there is a recognition of yourself as a Technician of Health Surveillance, but there is no recognition by the management. The study demonstrates the need for regulation and / or the creation of services as a way of building the social identity of the profession.

Key word: Professional identity; Technicians in health surveillance; Professional regulation.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1- Descrição da Situação dos discentes quanto a sua participação nas turmas da I GERES. Pernambuco (2016)	48
Tabela 2 - Descrição dos discentes egressos por local de trabalho e turma. Pernambuco (2016)	65
Tabela 3 - Faixa etária dos discentes matriculados no CTVS. Pernambuco (2016)	71
Tabela 04 - Escolaridade dos discentes matriculados no CTVS. Pernambuco (2016)	72
Tabela 5 - Cargos que os TVS ocupavam. Pernambuco (2016).	72
Tabela 6 - Tempo de serviços dos discentes matriculados. Pernambuco (2016)	73
Tabela 7 - Principais interesses dos discentes em realizar o curso. Pernambuco (2016).	73
Tabela 8- Consolidado de avaliação do CTVS. Pernambuco (2016).	74
Tabela 9 - Consolidado de avaliação docentes do IV módulo CTVS. Pernambuco (2016).	75
Tabela 10- Consolidado da auto avaliação do aluno. Pernambuco (2016).	76
Tabela 11- Descrição das críticas e sugestões feitas pelos alunos em relação ao CTVS. Pernambuco (2016).	76

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Realização da Qualificação Profissional de nível Técnico de Auxiliar de Enfermagem pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco.	37
Figura 1 - Divisão do Estado de Pernambuco por GERES	45
Quadro 2- Categorias e significados quanto à avaliação da formação Técnica em Vigilância em Saúde	77
Quadro 3- Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Curso (A). Pernambuco (2016).	78
Quadro 4 - Descrição das subcategorias e DSC referente à Formação (B). Pernambuco (2016).	78
Quadro 5 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Duração do Curso (C). Pernambuco (2016).	79
Quadro 6 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Conteúdos (D). Pernambuco (2016).	80
Quadro 7 - Descrição das subcategorias e DCS referente à categoria Metodologia (E). Pernambuco (2016).	81
Quadro 8 - Descrição das subcategorias e DCS referente à categoria Docentes (F). Pernambuco (2016).	82
Quadro 9 - Descrição das subcategorias e DCS referente à categoria Formação para o trabalho (G). Pernambuco (2016).	83
Quadro 10 - Categorias e significados quanto à identidade profissional dos TVS a partir da formação. Pernambuco (2016).	85
Quadro 11 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Formação não permitiu a construção da identidade profissional (A). Pernambuco (2016).	86
Quadro 12 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Formação contribuiu para a construção da identidade profissional (B). Pernambuco (2016).	87
Quadro 13 - Categorias e significados quanto à identidade de enquanto TVS	87

Quadro 14 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Se identifica como TVS (A). Pernambuco (2016).	88
Quadro 15 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Não se identifica como TVS (B). Pernambuco (2016).	88
Quadro 16 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Desenvolve função de TVS (A).	89
Quadro 17 - Categorias e significados, quanto ao reconhecimento dos TVS pela gestão. Pernambuco (2016).	89
Quadro 18 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Não sabe (A). Pernambuco (2016).	90
Quadro 19 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria não reconhece (B). Pernambuco (2016).	90
Quadro 20 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Reconhece (C). Pernambuco (2016).	91
Quadro 21 - Categorias e significados, quanto ao reconhecimento dos TVS por colegas de trabalho e outros profissionais. Pernambuco (2016).	92
Quadro 22 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Não sabe (A). Pernambuco (2016)	92
Quadro 23 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Não reconhece (B). Pernambuco (2016).	93
Quadro 24 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Reconhece (C). Pernambuco (2016).	93
Quadro 25 - Categorias e significados, quanto ao reconhecimento dos TVS pela população. Pernambuco (2016).	94
Quadro 26 - Descrição das subcategorias e DSC referido a categoria Reconhece em situação específica (A). Pernambuco (2016).	94
Quadro 27 - Descrição das subcategorias e DSC referida a categoria Não reconhece (B). Pernambuco (2016).	95
Quadro 28 - Descrição das subcategorias e DSC referido a categoria Reconhece (C). Pernambuco (2016).	96

Quadro 29 - Categorias e significados, quanto à perspectiva de carreira do TVS nos serviços de vigilância em saúde. Pernambuco (2016)	97
Quadro 30 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Pode ser estruturada (A). Pernambuco (2016).	98
Quadro 31 - Descrição das subcategorias e DSC referido à categoria Depende de questões políticas (B). Pernambuco (2016).	99
Quadro 32 - Categorias e significado, quanto a regulamentação da profissão de TVS. Pernambuco (2016).	99
Quadro 33 - Descrição das subcategorias e DSC referido à categoria construção da identidade profissional (A). Pernambuco (2016).	100
Quadro 34 - Descrição das subcategorias e DSC referido à categoria Valorização do profissional (B). Pernambuco (2016).	101
Quadro 35 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Discussão ampla (C). Pernambuco (2016).	101

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACE - Agente de Combate à Endemia

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APEVISA - Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária da Saúde

CEFOR - Centros Formadores de Recursos Humanos da Saúde

CGR - Colegiados de Gestão Regional

CIES - Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço

CRTS- Câmara de Regulação de Trabalho de Saúde

CTVS- Curso Técnico em Vigilância em Saúde

DEGERTS - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DGES- Diretora Geral de Educação em Saúde

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

DS - Distritos Sanitários

EPSJV - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ESPPE- Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco

ETSUS- Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

GERES - Gerência Regional de Saúde

GF - Grupo Focal

GVS - Gerentes de Vigilância em Saúde

LDB - Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC - Ministério da Educação

MS -Ministério da Saúde

NESCON - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PPI-VS - Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde

PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SINAVISA - Sistema Nacional de Informação em Vigilância em Saúde

SNVS- Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TVS - Técnicos em Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. JUSTIFICATIVA	18
3. REFERENCIAL TEÓRICO	
3.1 Histórico da Vigilância em Saúde no Brasil	20
3.2 Construção Histórica da Educação Profissional Técnica de Nível Médio e dos Trabalhadores Técnicos em Vigilância em Saúde no Brasil e em Pernambuco	27
3.3 Identidade Profissional	49
3.4 Regulamentação Profissional	57
4. OBJETIVOS	
4.1 Objetivo Geral	63
4.2 Objetivos Específicos	63
5. METODOLOGIA	
5.1 Tipo de Estudo	64
5.2 Questões Éticas	64
5.3 Amostra da Pesquisa	64
5.4 Coleta de Dados	66
5.5 Análise dos Dados	67
6. RESULTADOS	71
7. DISCUSSÃO	102
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
9. REFERÊNCIAS	127
ANEXOS	134
APÊNDICES	138

1. INTRODUÇÃO

A construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil suscitou aos sistemas nacional, estaduais e municipais de saúde uma redefinição de seus modelos de atenção à saúde que durante décadas, seguiu os modelos hegemônicos assistencialista, com ênfase na relação médico-hospitalar, e o modelo sanitarista-campanhista, pautado em campanhas e medidas de saneamento básico (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998).

A vigilância em saúde surge como proposta de modelo alternativo, no bojo da crise do sistema nacional de saúde (1960-1970) como possibilidade de superação da dicotomia entre as práticas coletivas e individuais, por meio da incorporação da geografia, planejamento urbano, epidemiologia, administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998).

Durante muito tempo as ações de vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis eram organizadas, executadas e coordenadas pelo governo federal, sob a forma de campanhas e os serviços de saúde escassos se concentravam em sua maioria nos centros urbanos, quando a maior parte da população se localizava em zonas rurais (BRASIL, 2011b). Em 1975, após a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e em seguida com a instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças e Óbitos, as secretarias estaduais de saúde começaram a exercer o seu papel de gestores do sistema de saúde, mantendo-se ainda excluídos os municípios. (BRASIL, 2011b).

O processo de descentralização das ações de vigilância para estados e municípios e definição do financiamento na área de epidemiologia e controle de doenças se iniciou a partir da publicação da portaria 1.399 de 1999 do Ministério da Saúde, como forma de regulamentar o processo de elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde (PPI-VS) (BRASIL, 2011b).

Diante da responsabilidade de estruturar a vigilância em saúde nos municípios e estados, conforme disposto no Pacto de Gestão de 2006, o Ministério da Saúde percebeu a necessidade de ordenar e orientar a formação técnica dos trabalhadores de nível médio, que atuam nessa área (BRASIL, 2011a).

De acordo com o artigo 1º da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, a Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a

controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como a coletiva dos problemas de saúde.

Em 2011 a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS) elaborou as Diretrizes e Normas de Orientação para a formação dos profissionais Técnicos em Vigilância em Saúde, como forma de orientar os planos de cursos de instituições de ensino que viessem a oferecer curso técnico nessa área (BRASIL, 2011a).

Em Pernambuco (PE) a formação dos Técnicos em Vigilância em Saúde (TVS) foi iniciada em 2011 e desenvolvida pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), por meio de curso técnico instituído formalmente em plano de curso.

O curso tem como objetivo formar trabalhadores vinculados ao SUS que atuam na rede de atenção básica ou em qualquer Unidade de Serviço do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) ou do Sistema Nacional de Informação em Vigilância em Saúde (SINAVISA) nas esferas públicas municipal, estadual e federal levando em consideração a situação e o contexto da área da vigilância em saúde, como também o perfil epidemiológico local. O curso possui três eixos e quatro módulos, com carga horária total de 1560 horas, destas 1300 horas são teóricas/práticas e 260 horas de estágio.

Em Recife/PE, no ano de 2011, foram iniciadas duas turmas na I Gerência Regional de Saúde (GERES). Em 2012, mais duas turmas foram iniciadas na II GERES (Limoeiro/PE), uma turma aconteceu na sede da II GERES e outra no município de Timbaúba. Em 2014, mais duas turmas foram iniciadas, uma na III GERES (Palmares/PE) e na IV GERES (Caruaru/PE). Após a conclusão das primeiras turmas da I GERES, em dezembro de 2013, que formou 42 técnicos, surgiu o interesse de analisar os resultados e a influência da formação técnica em vigilância em saúde no âmbito da identidade profissional, no nível individual e coletivo.

A identidade profissional é um produto social da relação entre formação, trabalho e carreira, permitindo ao trabalhador o reconhecimento de si e o reconhecimento pelos outros (DUBAR, 2010). Quando este reconhecimento não acontece o trabalhador vivencia uma crise de identidade (DUBAR, 2012). Tendo em vista os vários fatores que interferem para a construção da identidade profissional dos Técnicos em Vigilância em Saúde (TVS), a pesquisa em tela enseja realizar um resgate histórico da vigilância em saúde no Brasil, desde sua origem à institucionalização, como forma de compreender a construção da identidade

profissional dos trabalhadores em um campo de atuação fragmentado por áreas distintas de vigilância.

Para Batistella (2013, p.372) “[...] essas distinções implicam, por sua vez, disputas sobre o que é o trabalho na vigilância, a formação e a qualificação profissionais, impactando a organização e o processo de construção da identidade desses trabalhadores”. Por isso, é importante conhecer os antecedentes da ordenação da formação do TVS no interior do SUS, para situar os processos e os contextos que forjaram a necessidade de orientação direta do Ministério da Saúde para estruturação de currículos e planos de curso nessa área.

Desta forma, a pesquisa em seu referencial teórico buscará, sistematicamente, resgatar o histórico da vigilância em saúde no Brasil, trajetória da Educação Profissional Técnica de Nível Médio e dos TVS no Brasil e Pernambuco nos contextos onde se materializou como forma de conhecer as mudanças nos processos formativos e de regulamentação profissional vinculadas aos interesses econômicos do país e, principalmente, no capitalismo após a década de 1990, influenciado pela teoria do capital humano que deslocou a noção de qualificação para a de competência, demandando novos atributos ao trabalhador que nem sempre estavam diretamente ligados aos saberes profissionais. E também compreender a Identidade profissional dentro do contexto individual e coletivo no processo de trabalho, como forma de compreender a construção identitária dos Técnicos em Vigilância em Saúde.

Este estudo tem como objetivo geral analisar o processo de construção da identidade profissional dos TVS formados nas primeiras turmas da I GERES, enfocando três dimensões fundamentais: formação, reconhecimento de si como técnico dessa área, reconhecimento como sujeito das práticas de vigilância pela gestão dos serviços e lançar luzes sobre a regulamentação da profissão.

2. JUSTIFICATIVA

O interesse pela pesquisa se deve à necessidade permanente de analisar os processos formativos da educação profissional, no recorte do CTVS, por ser curso pioneiro em Pernambuco, ofertado em decorrência da implantação e implementação da vigilância em saúde nos municípios e estados brasileiros.

Desta forma, o estudo torna-se relevante para os setores saúde e educação, seja por desvelar um objeto ainda pouco estudado, seja pela importância das informações que irá produzir por meio da coleta, sistematização e divulgação dos resultados, possibilitando a resolução de problemas identificados e a formulação de novas estratégias de outras problemáticas evidenciadas durante o estudo relacionadas ao tema.

O interesse pelo referido estudo foi motivado por minha atuação como supervisora do CTVS, desde agosto de 2013, onde, após a conclusão das primeiras turmas da I GERES, em dezembro deste mesmo ano, com a formação de 42 técnicos, foi possível perceber, após relatos de alguns formandos inúmeras dificuldades e frustrações dentro do seu local de trabalho, tendo como principais dificuldade de se reconhecer como TVS e, por conseguinte, de desenvolver atividades profissionais pertinentes, demonstrando impossibilidade de construir uma carreira/trajetória profissional como Técnicos em Vigilância em Saúde.

Outro grande motivador para o desenvolvimento da pesquisa foram as aulas do curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que aportaram inquietações, relacionadas ao trabalho e as profundas modificações no capitalismo, dentre elas os movimentos de desregulamentação criação de diferentes vínculos trabalhistas e a singularidade da história da educação profissional no Brasil, em particular dos trabalhadores técnicos de nível médio. Nesse contexto geral do trabalho, soma-se ainda a especificidade das práticas de vigilância em saúde, com grande fragmentação por áreas específicas e pouca aderência ao processo de trabalho dos TVS.

Ainda durante o mestrado a leitura do texto *“Qualificação e Identidade Profissional dos Trabalhadores Técnicos em Vigilância em Saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos”* de Carlos Eduardo Colpo Batistella, que trata de forma crítica sobre a qualificação profissional como importante ferramenta de construção de identidade profissional com interesses coletivos, ampliou a inquietação por compreender como e o quê motiva essa construção, inclusive por meio de processos formativos.

O conjunto de temas e discussões erigidos no mestrado, ao juntar-se com as queixas e demandas argumentativas dos discentes egressos do CTVS sobre profissão, práticas,

valorização, suscitou perguntar: que dispositivos possibilitam no trabalho e na formação, a construção da identidade profissional do trabalhador técnico em vigilância em saúde?

Pretende-se que os achados deste estudo, à luz dos referenciais teóricos estudados, possam evidenciar elementos argumentativos (quantitativos e qualitativos) acerca da formação, do trabalho e do trabalhador, na perspectiva de contribuir para melhorar os processos formativos e de trabalho da vigilância em saúde. Do mesmo modo realçar a necessidade de regulamentação da profissão de TVS como forma de pertencimento ao SUS e para a organização profissional, bem como para oferecer elementos técnico-organizacionais que orientem a regulação do mercado de serviços de saúde, em especial no recorte da vigilância em saúde, cujo acesso está determinado pelo credenciamento educativo.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Histórico da Vigilância em Saúde no Brasil

Desde o período colonial, o Brasil foi acometido por muitas doenças, zoonóticas, arboviróticas e ecoparasitárias que promoveram graves problemas de saúde pública. Nesse período as políticas públicas voltadas ao campo da saúde, eram praticamente inexistentes, restringindo, apenas, a emissão de licenças para a arte da cura aos diversos tipos de praticantes (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

As primeiras ações de vigilância foram iniciadas no século XIX, quando o Brasil enfrentava sérios problemas de saúde, sendo considerado um país insalubre, com risco constante a saúde da população, em virtude das precárias condições sanitárias de seus centros urbanos e dos diversos surtos epidêmicos que eram rotineiros em sua população (PONTE, 2010). “Nesse contexto, surgiu a febre amarela que de forma epidêmica em Pernambuco e na Bahia, transformou-se em grave problema para população desses estados, devido a alta mortalidade proporcionada por essa doença” (SCOREL; TEIXEIRA, 2012, p. 281).

Na tentativa de resolver ou minimizar essa problemática nos grandes centros urbanos e portos marítimos, foi estabelecida uma comissão para controle e vigilância através de campanhas sanitárias temporárias, trazendo na época, resultados positivos para a saúde que se tornou modelo de intervenção estratégico, de importância fundamental para a reprodução das organizações sociais, naquele momento (SABROSA, 2005).

Pasteur, ao provar a existência de microorganismos e sua relação no processo de adoecimento, possibilitou, pela primeira vez, o combate mais eficaz das doenças infecciosas (PONTE, 2010). Após a descoberta da microbiologia muitos médicos deixaram de buscar a causa do adoecimento nos miasmas e no clima, e passaram a utilizar o microscópio óptico como ferramenta de identificação do agente causador das doenças e compreender sua forma de transmissão (PONTE, 2010).

Dentre os pesquisadores que utilizaram o microscópio para investigar a existência de agente etiológico de doenças, destacam-se Emílio Ribas, Adolfo Lutz, Vital Brazil e Oswaldo Cruz, que em 1889 iniciaram as pesquisas a respeito de uma estranha doença na cidade portuária de Santos, no litoral paulista, identificada como a peste bubônica (PONTE, 2010). Com o diagnóstico dessa doença, os líderes locais ficaram muito preocupados com a repercussão da imagem comercial do Porto de Santos (PONTE, 2010). Mas, com a descoberta do soro antipestoso por Alexandre Yersin, produzido na época apenas no Instituto

Pasteur em Paris, dificultando assim o seu acesso. Para contornar o problema o governo Federal e o governo do estado de São Paulo criaram, respectivamente, o Instituto Soroterápico de Manguinhos e o Instituto Butantan, com o objetivo de produção dos soros como também promover a saúde, desenvolvimento social, gerar e difundir conhecimentos científicos (PONTE, 2010).

No início do século XX os problemas de saúde extrapolavam o porto de Santos atingindo todo o território nacional, entre eles estavam a varíola, a febre amarela e a peste bubônica, prejudicando o comércio e a imigração para trabalhar nas indústrias e nas plantações de café (PONTE, 2010).

O presidente Rodrigues Alves em 1902 possuía como meta principal do seu governo o embelezamento da cidade do Rio de Janeiro, a melhoria do porto e o combate às epidemias que o país enfrentava (PONTE, 2010). As ações governamentais alteraram o modo de vida da população, tais como demolição de prédios, proibição da criação de suínos no quintal e principalmente a lei da vacinação obrigatória contra a varíola proposta por Oswaldo Cruz (PONTE, 2010).

O médico Oswaldo Cruz foi convidado em março de 1903 por Rodrigues Alves para assumir o cargo de diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), e prometia erradicar as principais doenças que assolavam o país (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). A preocupação maior nesse período era o entendimento da cadeia de transmissão das doenças, para posterior interrupção por meio de instrumentos como vacina ou destruição do vetor ou agente causador da doença, com a higienização e limpeza urbana (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

No entanto, a população tornara-se insatisfeita com os métodos de erradicação e prevenção das doenças. Um clássico exemplo de crítica e insatisfação da população foi a lei da vacinação obrigatória proposta por Oswaldo Cruz culminando na “Revolta da Vacina”. Essa manifestação promoveu a morte e prisão de vários atores sociais dessa época. Após esse período a vacinação tornou-se opcional e a varíola voltou a acometer a população de forma drástica, promovendo, assim, uma procura em massa da população pela vacinação (SEVCENKO, 1993 apud PONTE, 2010).

Em 1906, a varíola e a peste estavam sob controle, porém outras doenças como a tuberculose, infecções intestinais ainda faziam muitas vítimas e Oswaldo Cruz tentou realizar uma campanha com ações de proteção contra a tuberculose, mas não conseguiu sair do papel, pois naquele período o consenso político era de apenas realizar a assistência aos doentes

necessitados enquanto que as medidas preventivas de educação e sanatórios caberiam à iniciativa privada e serviços filantrópicos (BENCHIMOL, 1990).

No século XX, os centros urbanos tornavam-se mais populosos que as áreas rurais, provocando o esquecimento das populações do campo. Porém, em 1910 cientistas, como Arthur Neiva e Belisário Penna, começam a estudá-las iniciando um ciclo de descobertas de vários tipos de doenças que assolavam a área rural (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

É dessa época o famoso pronunciamento de Miguel Pereira na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde afirmou: “*O Brasil é um imenso hospital*”, expressando a grande quantidade de doentes e indicando a necessidade de intervenção na saúde pública (KROPF; LIMA, 2010). Dois anos após esse discurso, a gripe espanhola chegou ao Brasil deixando muitos mortos, e em 1916, Carlos Chagas, descobre a doença tireoidite parasitária chamada de doença de Chagas, que juntamente com o discurso de Miguel Pereira tornam-se marcos do movimento pelo saneamento no Brasil (KROPF; LIMA, 2010).

Nesse contexto de grandes problemas de saúde pública em todo o país, foi criada a Liga Pró-Saneamento, dirigida por Oswaldo Cruz e Belisário Penna e outros intelectuais, com o objetivo de levar saúde para os sertões, com a criação dos postos de Serviço de Profilaxia Rural, pioneiro no estado do Rio de Janeiro e em seguida no Distrito Federal (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Embora o movimento em prol do saneamento tenha obtido resultados satisfatórios, o objetivo prioritário não foi alcançado, a criação do ministério para saúde. No entanto uma grandiosa reforma na saúde ocorreu entre 1919 e 1920 com a substituição do DGSP pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em 1923 entra em vigor o Regulamento Sanitário Federal, considerado o primeiro código sanitário nacional, no qual o termo “vigilância sanitária é utilizado para expressar controle de pessoas (doentes ou suspeitos), estabelecimentos e locais” (BATISTELLA, 2013, p.366). Em seguida, criam-se várias estruturas para atuar sobre doenças específicas, em 1937 o Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), em 1939 o Serviço de Malária do Nordeste (SMN) e posteriormente a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Em 1966 foi instituída no país a campanha de erradicação da varíola, como parte de um programa mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e em 1969 foi criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) (PONTE, 2010).

As ações de controle por vacinação foram orientadas diretamente pelas informações das unidades de vigilância, distribuídas por todo o território brasileiro. As práticas de saúde instituídas possuíam qualidade, oportunidade e cobertura adequadas, e que se mostraram indispensáveis para a consolidação da interrupção da transmissão da varíola em grandes populações, onde apenas a vacinação em massa não havia atingido os resultados esperados. Embora com o sucesso da campanha e erradicação da varíola, a rede nacional de unidades de vigilância da varíola não sobreviveu. Mas, a experiência profissional adquirida foi fundamental para a elaboração de proposta de vigilância que viria superá-la no período seguinte (SABROSA 2005).

Em 1968 é criado o Centro de Investigação Epidemiológica (CIE), na Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), local para onde eram encaminhados os casos suspeitos e realização de bloqueio vacinal. Em 1973, foi instituído o Programa Nacional de Imunizações (PNI), e em 1975, diante da epidemia de doença meningocócica, aumento da mortalidade infantil e dos acidentes de trabalho, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, estratégia que visava articular as ações curativas, que até então estava sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e preventivas, executadas pelo Ministério da Saúde (MS).

Por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, o Ministério da Saúde, neste mesmo ano, institui o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e em 1976 o Sistema de Notificação Compulsória de Doenças e Óbitos, abrangendo 14 doenças para todo o território nacional. Em 1976, institui-se a Secretaria Nacional de Vigilância (SNVS), consolidando a separação entre a vigilância epidemiológica, para o controle de doenças e a vigilância sanitária, para fiscalização de portos, aeroportos e fronteiras, da produção, distribuição e consumo de medicamentos, alimentos, cosméticos, bens e serviços de interesse à saúde (BATISTELLA, 2013).

Em 1988, com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) diversas ações de vigilância em saúde são indicadas na Constituição Federal:

[...]controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substância de interesse para saúde e participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, participação da formulação da política e na execução das ações de saneamento básico; fiscalização e inspeção de alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano; participação no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, tóxicos e radioativos; colaboração

na proteção do meio ambiente, nele compreendendo o trabalho (BRASIL, 1988, Art 200).

Em 1990, foi criada a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e nela o Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), responsável por diversos programas de controle de doenças, como tuberculose, hanseníase e doenças imunopreveníveis. A FUNASA acompanhou as doenças de transmissão vetorial e as endemias rurais e incorporou as atividades da Secretaria Nacional de Atenção Básica em Saúde (SNABS) e da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES) (BATISTELLA, 2013).

Embora as ações de epidemiologia e controle de doenças continuassem centralizadas na esfera da gestão federal, ficava evidente, nesse momento, a preocupação com a descentralização da gestão da rede de serviços de prestação direta a população, onde se buscava induzir o município a assumir ações de vigilância epidemiológica e sanitária, predominantemente sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e da FUNASA (TEIXEIRA, PAIM, VILABOAS, 1998).

A partir da promulgação da Lei N° 8.080 de 19 de setembro de 1990, ficou definido as competências do governo federal, estadual e municipal das ações e serviços de saúde, incluindo as de vigilância (BRASIL, 1990), mas foi apenas em 1999, após a publicação de Portaria Ministerial nº 1.399, que ocorreu a sua regulamentação na área de epidemiologia e no controle de doenças, induzindo a efetiva descentralização de ações para estados e municípios por meio de transferência do teto financeiro fundo a fundo de recursos do governo federal para estados e municípios, descentralizando as atividades de controle de doenças com uma maior participação dos municípios (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Após 23 anos da instituição da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, no ano de 1999 foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como instância coordenadora do sistema, com autonomia administrativa e orientada para regulamentação de produtos industrializados e procedimentos de saúde, capazes de incorporar inovações tecnológicas de grande interesse para o capital nacional e internacional, atendendo, essencialmente, aos interesses de setores envolvidos na expansão e regulamentação do comércio internacional (TEIXEIRA; PAIM; VILABOAS, 1998).

Para Oliveira e Cruz (2015), a ANVISA deu outro rumo para as atividades desenvolvidas pela vigilância sanitária nos municípios e estados, os quais passaram a se

organizar em estrutura diferente, adequada para cuidar de todas as áreas de atuação da VISA atribuídas aos serviços sob sua responsabilidade.

Em 2003, durante o governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), passando a desenvolver atividades antes realizadas pelo CENEPI/FUNASA e ações de vigilância sanitária pela ANVISA. Essa alteração correspondeu a importante mudança institucional - unir todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças em uma mesma estrutura, demonstrando indícios de superação das dicotomias preventivo e curativo, individual e coletivo e das fragmentações entre práticas que dificultavam a construção da integralidade do modelo assistencial vigente (BRASIL, 2006).

Em 2004 foi publicada a Portaria Ministerial nº 1.172, que incorporou ações de vigilância sanitária na PPI-VS, sendo depois substituída pela Portaria nº 1.378 de 2013, que regulamentou as responsabilidades e definiu diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Nessa portaria é fortalecido o papel dos gestores da vigilância, nas três esferas de gestão, bem como se ampliam as ações denominadas de Vigilância em Saúde, abrangendo diversos tipos de vigilância com diferentes atribuições (BRASIL, 2009a):

- Vigilância Epidemiológica tem como objetivo controlar doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam conhecimento, detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos;
- Promoção da Saúde é conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde;
- Vigilância da situação de saúde tem como papel primordial, desenvolve ações de monitoramento agravos e doenças, de forma contínua em todo o país, em estados, em regiões, em municípios ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por meio de estudos e análises que identifiquem e expliquem problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para o planejamento de saúde abrangente;

- Vigilância em Saúde Ambiental é responsável pelo conjunto de ações que propiciam conhecimento e detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde;
- Vigilância da Saúde do Trabalhador visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos;
- Vigilância Sanitária é conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo controle de bens de consumo, que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Ainda em 2008 a Portaria nº 3.252, na seção III, trata sobre a integralidade das ações de saúde, ressalta a necessidade de integrar a vigilância com a atenção primária da saúde (APS) e incorpora o Agente de Combate a Endemia (ACE) às equipes de saúde da família de forma integrada e complementar (BRASIL, 2009a).

Além da integração com a APS o planejamento das ações deve ser pautado pela análise da situação de saúde, na identificação das condições, dos determinantes e dos condicionantes de saúde da população, dos riscos sanitários na organização de serviços e na gestão em saúde, estabelecendo condições para a integração entre as diversas áreas vigilância, promoção e assistência em saúde (BRASIL, 2011b).

3.2 Construção Histórica da Educação Profissional Técnica de Nível Médio e dos Trabalhadores Técnicos em Vigilância em Saúde no Brasil e em Pernambuco.

A formação para o trabalho em saúde durante os séculos XVI-XVIII da colonização brasileira ocorreu principalmente nos próprios locais de trabalho e/ou pela tradição oral. O uso da mão de obra escrava (índios e negros) em atividades manuais, exigiam esforço físico durante o período colonial e afastava os homens livres do trabalho manual, por ser considerado desqualificado ou coisa de escravo. (LIMA, 2013a).

Para Cunha (2000, p.90), “aí está a base do preconceito contra o trabalho manual, inclusive e principalmente daqueles que estavam socialmente mais próximos dos escravos: mestiços e brancos pobres” . Desta forma o trabalho manual, pesado e sujo era destinado aos escravos, e ao mesmo tempo suscitou normas rigorosas para que algumas atividades manuais fossem exclusivos dos brancos livres, procurando desta forma branquear esses ofícios (CUNHA, 2000).

Não havia escolas formais para habilitar uma pessoa nos diversos ofícios existentes. A formação se realizava pelo sistema mestre-aprendiz, no local de trabalho, com instrumentos próprios, onde o aprendiz ajuda o seu mestre em pequenas tarefas que lhe são atribuídas até dominar o ofício de acordo com a lógica da produção e formação prática (CUNHA, 2000).

Em 1875, foi criado no Rio de Janeiro, o Asilo dos Meninos Desvalidos, que recebia crianças de 6 a 12 anos de idade que se encontravam em áreas de alta vulnerabilidade social, e quando encaminhadas por policiais, recebiam instrução primária e de um ofício. Ao concluir sua aprendizagem o aluno permanecia por mais três anos no local trabalhando, na oficina, com a obrigação de pagar seus estudos e fazer uma poupança que lhe era entregue ao final (CUNHA, 2000).

No século XX, o Brasil passa por intenso processo de industrialização com muitas lutas dos trabalhadores imigrantes em busca de melhores condições de trabalho e salários. Nesse contexto o ensino profissional passa a ser visto pelas classes dirigentes como “um poderoso instrumento para a solução da questão social” (CUNHA, 2000, p.94). Em 1906, o presidente do estado do Rio de Janeiro, Nilo Peçanha, decretou a criação de cinco escolas profissionais: “três para o ensino manufatureiro (Campos, Petrópolis e Niterói) e duas para o ensino agrícola (Paraíba do Sul e Resende)” (CUNHA, 2000, p.94).

Em 1909, Nilo Peçanha, já presidente da república, mediante o decreto nº 7.566, criou as Escolas de Aprendizes Artífices, destinadas aos pobres e humildes, uma em cada estado da

federação. Esse decreto originou à dualidade educacional no Brasil, por oferecer um ensino aos pertencentes a classe operária, entendidos como “desfavorecidos da fortuna, para vencer as dificuldades da vida, mediante o preparo técnico para o trabalho, afastando-os da ociosidade, da ignorância e do crime, ou seja, tornando-os cidadãos úteis a nação” (AZEVEDO; SHIROMA; COAN, 2012, p.28).

De acordo com Lima (2013a), nos anos 20 cresceu o nível de reivindicações por vários segmentos da sociedade, e tanto saúde como educação são elevadas ao primeiro plano das políticas sociais, resultando na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), pelo decreto nº 14.189 em maio de 1920, incorporando em suas atividades os serviços de saúde coletiva e regulamentação do exercício profissional na área de saúde.

Com a criação do DNSP, no que tange a educação profissional em saúde, o estado assume pela primeira vez a formação dos profissionais de enfermagem devido a necessidade de técnicos de nível médio para área sanitária, criando em 1923 o Serviço de Enfermeiras subordinado à Diretoria Geral do DNSP, também vinculado a Escola de Enfermeiras organizada por enfermeiras norte-americanas e com financiamento da Fundação Rockefeller. Da mesma forma, o departamento passa a ser oficialmente responsável pela fiscalização da profissão e exige o registro do título para fins de exercício profissional (LIMA, 2013a).

A Escola de Enfermeiras do DNSP, em 1923 passou a ser denominada Escola de Enfermagem Anna Nery, com cursos de formação de 36 meses, para atender a demanda da saúde pública e depois, com o tempo, foi flexibilizada para 18 meses, para formar os trabalhadores da assistência hospitalar (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Nas décadas de 1930, no governo Getúlio Vargas (1937-1945), foi promulgada Lei nº 378 de 1937, que transformou a escola de aprendizes e artífices, bem como a escola de artes e ofício em Liceus Profissionais, com o objetivo de difundir o ensino profissional. Em 10 de novembro de 1937, foi publicada a nova Constituição dos Estados Unidos do Brasil, que definia a educação profissional como o “ensino destinado as classes menos favorecidas da sociedade” (AZEVEDO; SHIROMA; COAN, 2012, p.28).

Em decorrência do grande processo de industrialização durante a década de 30, e conseqüentemente de profissionais especializados para as indústrias, serviços e comércios, foi promulgada a constituição da Republica Federativa do Brasil (CF) de 1937 trazendo algumas determinações sobre o ensino profissional no capítulo da educação e da cultura, no artigo 129, que tratou da formação profissional das classes menos favorecidas, como um “dever do Estado com a colaboração das indústrias e dos sindicatos econômicos, que deveriam criar, na

esfera de sua especialidade, escolas de aprendizes destinadas aos filhos de seus operários ou de seus associados” (BRASIL, 2001, p.63).

Conseqüentemente foram promulgados diversos Decretos–Leis para normatizar a educação nacional, que ficaram conhecidos como as Leis Orgânicas da Educação Nacional – a Reforma Capanema. Os principais decretos foram: Decreto nº. 4.244/42 – Lei Orgânica do Ensino Secundário; Decreto nº. 4.073/42 – Lei Orgânica do Ensino Industrial; Decreto nº. 6.141/43 – Lei Orgânica do Ensino Comercial; Decreto nº. 8.529/46 – Lei Orgânica do Ensino Primário; Decreto nº. 8.530/46 – Lei Orgânica do Ensino Normal e; Decreto nº. 9.613/46 – Lei Orgânica do Ensino Agrícola (BRASIL, 2007).

Lima (2013a), diz que a educação nesse período se configurava dicotômica, devido à existência de dois tipos de objetivos educacionais, um propedêutico para o ensino acadêmico das elites e o outro para a massa populacional, o ensino profissionalizante. E esta última, ainda se divide de duas formas: a formação técnica e tecnológica e a formação garantida pelo Estado e a formação oferecida pelos empresários aos seus trabalhadores das indústrias e serviços (LIMA, 2013a).

Foi nesse contexto que se iniciou a discussão da necessidade de mão de obra especializada para a saúde e seu atraso em relação à mão de obra para o trabalho industrial, que estava associado à falta de mercado de trabalho para os profissionais da área, que se altera após a queda do Estado Novo e início da medicina previdenciária (LIMA, 2013a).

Em 1946, com o final da ditadura Vargas, foi promulgada nova Constituição no país, durante o governo Dutra (1946- 1950), que no recorte da educação garantiu percentual mínimo de recursos por parte da União e dos estados e estabelece que a “União deve legislar sobre as diretrizes e bases da educação nacional” (PEREIRA, RAMOS, 2006, p. 29).

Na presidência de Juscelino Kubitschek (1956-1961) foi criada a Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 4.024 em 13 de dezembro de 1961, que equiparou o ensino profissional, do ponto de vista da equivalência da continuidade de estudos, para todos os efeitos, ao ensino acadêmico. Do ponto de vista formal continuava a velha dualidade entre ensino para “elites condutoras do país” e ensino para “desvalidos da sorte”. Todos os ramos e modalidades de ensino passaram a ser equivalentes, para fins de continuidade de estudos em níveis subsequentes (BRASIL, 2001).

O Artigo 47 dessa LDB trata da educação profissional e dispõe que “o ensino técnico de grau médio, abrange os seguintes cursos: a) industrial; b) agrícola; c) comercial. E no parágrafo único menciona que os cursos técnicos de nível médio não especificados, nessa lei

serão regulamentados nos diferentes sistemas de ensino”. Tornando possível a criação de cursos técnicos médios em saúde (LIMA, 2013a, p.96).

No campo da saúde, em 1967, a IV Conferência Nacional de Saúde, teve como meta a política permanente de recursos humanos e capacitação dos trabalhadores de nível médio e elementar da saúde. Porém, a preocupação com a formação técnica, nesse momento, se devia ao fato da necessidade de substituição do profissional nível superior por um de nível médio técnico, em regiões onde faltavam médicos e trabalhadores de nível superior (BRASIL, 1967).

No âmbito da educação profissional, pós-golpe militar de 1964, destaca-se a lei nº 5.692 de 1971 (Diretrizes e Bases da Educação para o ensino de 1º e 2º graus), que determina obrigatoriedade da formação de cultura geral e profissional, que ocorrem concomitante ao 2º grau, atual ensino médio. Consta nessa lei que de acordo com a carga horária do currículo, as habilitações de 2º grau poderão formar técnicos e auxiliares. Para a formação dos técnicos é exigida carga horária mínima de 2.200 horas, das quais 1.200 de conteúdos profissionalizantes. E para os cursos de auxiliares exigidas 2.200 horas, com mínimo de 300 horas de conteúdos profissionalizantes (PEREIRA, RAMOS, 2006).

A Lei nº 5.692/71 permitiu que a formação do 2º grau pudesse ser adquirida por meio de exame de suplência profissionalizante, que conferia diploma a quem tivesse pelo menos dois anos de trabalho em instituição de saúde, ter cumprido a educação geral (ensino fundamental completo) por via regular ou supletiva, além de depender de autorização e reconhecimento por parte do sistema educacional (PEREIRA, RAMOS, 2006).

Um aspecto relevante da obrigatoriedade do ensino de 2º grau, concomitante ao ensino profissionalizante, foi o interesse do governo em manter-se com aceitação satisfatória da população, com isso, oferecer acesso a níveis mais elevados e rápidos de escolarização garantindo a entrada de trabalhadores de nível médio no mercado de trabalho (BRASIL, 2007). A compulsoriedade se restringia ao âmbito público, notadamente, nos sistemas de ensino dos estados e no federal. Enquanto isso, as escolas privadas continuaram, em sua absoluta maioria, com os currículos propedêuticos voltados para as ciências, letras e artes visando o atendimento às elites (BRASIL, 2007).

Nos sistemas estaduais de ensino, a profissionalização compulsória foi problemática e não foi implantada completamente, uma vez que, a concepção curricular emanada da lei empobrecia a formação geral do estudante em favor da profissionalização instrumental para o “mercado de trabalho”. Não houve aumento da carga horária curricular para inclusão dos conteúdos da formação profissional, o que ocorreu foi redução dos conteúdos da formação

geral para ajustar aqueles da formação profissional, sob a alegação da importância da relação entre teoria e prática para a formação integral do cidadão (BRASIL, 2007).

Para Kuenzer (2007a) esta lei faz com que todos tenham uma única trajetória profissional e contém o fluxo de discentes para as universidades. Para Lima (2013b, p.9), a lei 5.692/71 tinha o interesse de “tecnificar a educação, ou seja, conceber o sistema educacional como uma empresa de ensino, transformando-o numa ‘máquina de ensinar’ por meio de técnicas e máquinas que haviam produzido bons resultados na indústria”.

Em 1980, o Brasil passa por momento de redemocratização, com ascensão dos movimentos sociais na cena política do país, entre eles, e mais importante, o da Reforma Sanitária. Ao mesmo tempo, ocorria forte desaceleração do crescimento e aumento da dívida externa causando grave crise econômica social com reflexos profundos nos sistemas educacionais em seus diferentes níveis de escolarização (VIEIRA; DURÃO; LOPES, 2011).

Sob a influência desses movimentos, é realizada em 1980 a VII Conferência Nacional de Saúde que apresenta, em documentos, reflexões sobre a formação dos trabalhadores de nível médio e elementar da saúde para os serviços básicos de saúde, devido ao aumento crescente da oferta de serviços de saúde pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões, voltadas para a integração das atividades curativas e preventivas, individuais e coletivas para uma melhor qualidade na assistência (VIEIRA; DURÃO; LOPES, 2011).

Em decorrência da grande necessidade de formação dos trabalhadores de nível médio e elementar da saúde, a enfermeira Isabel dos Santos, juntamente com a professora Ena Galvão buscaram na lei nº 5.692 de 1971 precedente que permitisse a formulação de projeto de formação profissional que aproveitando o próprio espaço de trabalho criasse a possibilidade para ação educacional. A lei junto com o parecer do Conselho Federal de Educação nº 699/72, ao definir a modalidade de ensino supletivo para a educação de jovens e adultos para a promoção da qualificação profissional, torna possível a formação dos trabalhadores da saúde, sendo reconhecida e aceita pela área da educação (PEREIRA, RAMOS, 2006).

Nesse contexto, se institucionaliza o Projeto Larga Escala, com a criação dos Centros Formadores de Recursos Humanos da Saúde (CEFOR) em todos os estados brasileiros (VIEIRA; DURÃO; LOPES, 2011). No período de 1982 a 1984, foram criados os primeiros centros formadores criados do estado do Piauí, Alagoas, Rio Grande do Norte e Minas Gerais. Em seguida foram criadas no estado do Maranhão, Pernambuco, Bahia, Goiás, Rio de Janeiro e São Paulo (LIMA, 2013b). O Larga Escala passou a ser a estratégia prioritária de formação

dos profissionais de nível médio e elementar da saúde que, à época, representavam cerca de 70% da força de trabalho do setor, e não possuía formação específica para o desempenho seguro de suas funções. (BRASIL, 1987).

O CEFOR de Pernambuco foi criado pelo Decreto Estadual nº 1309 de 03/10/89 e em 05/01/90 foi autorizado a funcionar como Escola de Ensino Supletivo Profissionalizante, vinculada à Diretoria de Recursos Humanos da SES, e passou a ser reconhecida pela Secretaria Estadual de Educação – SEE pelas Portarias nº 65 e 549/93 (Plano Político Pedagógico, 2011). Os cursos realizados pelo CEFOR Pernambuco formaram 3278 auxiliares de enfermagem, 557 auxiliares de consultório dentário, 21 citotécnicos e 31 técnicos em patologia clínica (PERNAMBUCO, 2016).

Em março de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, com tema central Democracia e Saúde foi marco para a saúde pública no Brasil. Entre as principais conquistas pode-se citar: ampliação do conceito de saúde, sendo considerado “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, e, portanto, “resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”, (BRASIL, 1986b, p.4). Outra conquista importante foi a recomendação de se criar o sistema único de saúde, com princípios e diretrizes para sua efetivação, que posteriormente foram incorporados à Constituição de 1988 (VIEIRA; DURÃO; LOPES, 2011).

A primeira Conferência de Recursos Humanos para a Saúde também ocorreu em 1986, teve como tema central a "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária" e se constituiu em fórum privilegiado de debate da problemática específica dessa área, em continuidade à 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986a). Em seu relatório final, no recorte da educação profissional, é possível destacar: “a necessidade de uma articulação mais estreita entre as instituições que prestam serviços e aquelas que formam pessoal de saúde e a grande importância ao preparo do pessoal para que sua capacitação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira” (BRASIL, 1986a, p.9).

A década de 90 foi pautada por profundas mudanças no Estado brasileiro, de doutrina neoliberal, que tinha como principais metas “abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado, com a privatização das empresas estatais proporcionando demissões em massa” (PRONKO, 2011, p.74).

No plano das políticas sociais nesse período, o que se pode perceber é redução de gastos com ações focalizadas para população mais carente de recursos financeiro. Essas medidas têm início com os governos de Fernando Collor de Mello (1990-1992) e de Itamar Franco (1993-1994) e aprofundam-se nos governos Fernando Henrique Cardoso (PRONKO, 2011).

Nesse período a lei Orgânica da Saúde nº 8.080 que definiu como atribuição do SUS ordenar a formação dos profissionais em todos os níveis de ensino e aperfeiçoamento dos recursos humanos da saúde não foi regulamentada. Isso ocorreu após propostas aprovadas nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) realizadas desde 1992, que, com iniciativas voltadas para a profissionalização e/ou requalificação dos trabalhadores inseridos nos serviços, apontava para perspectiva mais ampla de construção de um sistema de formação comprometido com mudanças no modo de produzir saúde, cumprindo assim as leis 8.080 e 8.142 de 1990 (LIMA; RAMOS; LOBO NETO, 2013).

As CNS de 1992, 1996 e 2000 indicaram em primeiro lugar, a importância da formação dos trabalhadores de saúde, engajadas técnica e politicamente com os princípios do SUS. Em segundo lugar, ressaltaram a necessidade de autonomia e reafirmaram a importância do financiamento da esfera pública em relação às escolas técnicas, inclusive definindo percentual mínimo obrigatório. Por último, exigiram ordenação da formação em saúde de acordo com as necessidades da população e do SUS (LIMA; RAMOS; LOBO NETO, 2013).

Pari e passu aos avanços democráticos na área da saúde, na educação a segunda lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei nº 9.394/96 marcou o início do movimento de reformas educacionais no Brasil ao alargar o conceito de educação para além da escola e ampliando o conceito de educação básica com a inclusão do ensino médio (Art. 24) considerado como etapa final dessa modalidade educacional (Art. 35) (BRASIL, 1996).

Com isso, possibilitou o prosseguimento dos estudos, a inserção no mundo do trabalho e o exercício da cidadania. No Art. 39 da LDB “A educação profissional deve ser integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, conduz ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva” (BRASIL, 1996, p.14).

A educação brasileira fica estruturada na nova LDB da educação em dois níveis: educação básica e educação superior, a educação profissional não está inserida em nenhum dos dois níveis, sendo considerada apenas como um apêndice, consolidando-se a dualidade (BRASIL, 2007).

O decreto n° 2.208/97 regulamenta a educação profissional e sua relação com ensino médio. Assim, o ensino médio retoma legalmente um sentido puramente propedêutico, enquanto os cursos técnicos, agora obrigatoriamente separados do ensino médio, passam a ser oferecidos de duas formas: concomitante ao ensino médio, mas com matrículas e currículos distintos, podendo ser concomitante na mesma instituição ou em diferentes instituições, como também de forma sequencial, destinada aos estudantes que concluíram o ensino médio, ou seja, após a educação básica (BRASIL, 2007).

No art. 8º do decreto n. 2.208/97, parágrafo 1º, a organização curricular do Ensino Técnico pode ser em forma de módulos, com caráter de terminalidade para qualificação profissional, dando direito, nesse caso, à certificado de qualificação profissional” (BRASIL, 1997). As habilitações técnicas profissionais passaram a ter as suas competências estabelecidas e as instituições formadoras autonomia para construir os seus currículos desde que cadastradas no cadastro nacional de cursos do MEC (LIMA, RAMOS, LOBO NETO, 2013).

Para Lima, Ramos e Lobo Neto (2013) a modularização permite aos alunos receber o certificado de qualificação profissional para realizar alguma atividade profissional antes da conclusão de todos os módulos, quando todos são cumpridos o aluno adquire a habilitação profissional. O novo modelo de flexibilidade curricular permite a construção de vários caminhos, permitindo ao indivíduo exercer uma profissão antes da conclusão da habilitação.

Na área da vigilância em saúde, reconhecida como conjunto de ações importantes para os serviços de saúde pública, a formação dos trabalhadores, durante muito tempo, ficou sob a responsabilidade dos próprios serviços, através de cursos de curta duração, organizados pela FUNASA, que se baseavam, principalmente, nos manuais técnicos do Ministério da Saúde (BATISTELLA, 2013).

Em 2000, foi solicitada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a qualificação de cerca de 24.000 trabalhadores da FUNASA, vinculados a ações de campo no controle de vetores denominados guardas sanitários, mata mosquitos ou agentes de saúde pública, com o intuito de oferecer conteúdos ampliados para a compreensão do processo saúde-doença em seus territórios de atuação. Essa iniciativa foi reflexo do avanço da descentralização das ações de saúde no SUS, com a transferência de atribuições do nível federal para Estados e Municípios, em especial, aquelas vinculadas a atividades de campo no controle de doenças e em epidemiologia citadas na portaria n.1.399 de 1999 (GONDIM; MONKEN, 2003).

Neste mesmo ano o Ministério da Saúde (MS) lançou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), desenvolvido com apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em parceria com a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). O objetivo do projeto era qualificar e capacitar trabalhadores da área de enfermagem para melhor inserção e desenvolvimento no mercado de trabalho. Para tanto, teve como eixos a educação profissional voltada à formação de auxiliares e técnicos de enfermagem (FERREIRA et al, 2007).

Pereira e Ramos (2006, p. 91) afirmam que “o PROFAE, contribuiu para a difusão de uma das principais referências para os currículos de educação profissional afinada como os valores e com a epistemologia da fase de acumulação flexível do capital com a adoção da pedagogia das competências”.

As competências chegam ao campo da educação como consequência de muitos questionamentos feitos ao campo educacional para atender às exigências de competitividade, produtividade e de inovação do sistema produtivo. No auge da crise econômica e de restrições na esfera social, surge forte pressão pela eficiência, cujo foco é o melhor uso dos recursos escassos e controle dos sistemas educacionais para moldá-los em seus objetivos, conteúdos e resultados às solicitações dominantes do mundo do emprego (DELUIZ, 2001).

Ao centralizar os processos educativos para o desenvolvimento de competências, entendendo que os conhecimentos estejam integrados às competências, mas existe uma diferença que dialeticamente, se relacionam ao conceito de práxis: a teoria e a ação. E só a partir desta diferenciação, será possível compreender a especificidade do trabalho educativo da escola no desenvolvimento de competências (KUENZER, 2002). “A escola desta forma passa a ser espaço para a aquisição dos conhecimentos que permitam o desenvolvimento das competências requeridas para a inclusão na vida social e produtiva” (KUENZER, 2002, p.2).

A lógica das competências no âmbito da gestão do trabalho e no processo de trabalho acarreta a responsabilização dos trabalhadores para sua empregabilidade, sem, no entanto garantir segurança, estabilidade no emprego e inserção no mercado de trabalho, priorizando dessa forma o livre mercado na oferta e procura de mão de obra (FIDALGO; FIDALGO, 2010).

A valorização de características subjetivas no processo de trabalho permite ao capital sobrevalorização do processo, sem tão pouco o reconhecimento acontecer da mesma maneira para o trabalhador que executa as atividades, permitindo controle sobre os conhecimentos

adquiridos seja pela experiência prática/tácita seja por vias formais da educação (FIDALGO; FIDALGO, 2010).

As competências demandam dos trabalhadores não apenas conhecimentos formais, mas também amplas habilidades cognitivas e comportamentais, tais como iniciativa, responsabilidade, autonomia, criatividade, cooperação, liderança, flexibilidade etc., para lidar com tarefas cada vez mais abstratas e complexas, colocando em xeque o posto de trabalho e o trabalhador especializado e exigindo um trabalhador polivalente (TARTUCE, 2004, p.7).

Assim, o trabalhador deverá mobilizar conhecimentos de forma individualizada para a gerência do seu posto de trabalho provocando a desestabilização, quebra da identidade profissional e aumento da competitividade revestido do discurso dominante de pretensão autonomia para atender a demanda do mercado, sob o controle do capital (FIDALGO; FIDALGO, 2010).

O uso das competências centraliza o poder de avaliar os saberes profissionais e mobilização de saberes para o interior das empresas, se transformando desta forma em “organizações qualificantes”, provocando o arrefecimento das lutas coletivas de uma classe profissional conduzindo-as ao isolamento emocional, social e profissional para a lógica da individualização das relações de trabalho e formação (FIDALGO; FIDALGO, 2010).

Kuenzer (2007b) afirma que o discurso pedagógico e formação profissional no modelo de acumulação flexível ora inclui e exclui os trabalhadores com diferentes qualificações, segundo a necessidade do regime de acumulação, com diferentes formas de contratação para a extração da mais valia. Os trabalhadores qualificados que estão incluídos em determinado momento pode não estar em outro, ou seja, a qualificação não garante inclusão no sistema produtivo, mas apenas a partir da inserção no mercado de trabalho, com o reconhecimento de competências, de conhecimentos, como também de características subjetivas, comportamentais desejados para determinada atividade.

Ainda a autora considera que a educação de um número cada vez maior de trabalhadores dentro do modelo flexível de produção, forma trabalhadores multitarefas no sentido de adaptar a várias situações e tornando o capital menos dependente em relação ao trabalho qualificado (KUENZER, 2007b).

O modelo das competências como práxis aponta para a necessidade de integrar conhecimentos práticos e teóricos. Para Vasquez (1968) a competência não é suficiente para práxis posto que, “é atividade teórica e prática que transforma a natureza e a sociedade; prática, na medida em que a teoria, como guia da ação, orienta a atividade humana; teórica, na medida em que esta ação é consciente” (p.117).

A relação entre teoria e prática no modelo das competências, se trata de um fazer refletido e pensado. A prática se aproxima do conceito de práxis, posto que depende cada vez mais de conhecimento teórico para transformação e enfrentamentos dos imprevistos (KUENZER, 2004).

Kuenzer (2004), afirma que a constituição de identidade é construída na relação entre conhecimento teórico e prático, bem como entre do trabalho prescrito e trabalho real, onde a teoria é interpretação parcial de dada “realidade” em determinado tempo e espaço, e esta nunca será completa, pois a realidade do trabalho é muito mais complexa.

Não há, portanto, como promover através de um curso, esta identidade, posto que a realidade não se deixa aprisionar pelo conhecimento teórico, o qual questiona, nega e supera permanentemente, através do pensamento que se move entre os polos do abstrato e do concreto (VASQUEZ, 1968, p. 211) .

Vieira e Chinelli (2013) apresenta o retorno ao uso do termo qualificação como mais adequada para organização do trabalho, superando a autoconstrução das subjetividades e “remete à qualificação do emprego, do posto de trabalho, à qualificação do indivíduo, à relação social capital/trabalho, etc” (p.5).

Em Pernambuco, a ESPPE, participou como instituição executora do PROFAE para Qualificação Profissional de nível Técnico de Auxiliar de Enfermagem, no período de 2001 a 2005, de forma descentralizada para o interior do estado, em três etapas conforme quadro 1 abaixo (PERNAMBUCO, 2016).

Quadro 1: Realização da Qualificação Profissional de nível Técnico de Auxiliar de Enfermagem pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco.

ETAPAS	ALUNOS MATRICULADOS	ALUNOS FORMADOS	ALUNOS DESISTENTES
PROFAE I	1449	1397	52
PROFAE II	708	680	28
PROFAE III	861	832	29
TOTAL	3018	2909	109

Fonte: PERNAMBUCO (2016).

Em 2002 a EPSJV discute e critica o modelo das competências, na perspectiva de resignificá-lo à luz da concepção de politecnia, de modo a iniciar processo de qualificação de trabalhadores da FUNASA, demandado desde 1999, com a descentralização das ações de controle de doenças e epidemiologia da União para Estados e Municípios.

Com essa finalidade, foi instituído e implementado sob a coordenação nacional da EPSJV o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR), inspirado nos resultados do PROFAE, que qualificou, em todo território nacional, cerca de 32.000 trabalhadores do SUS, das três esferas de gestão do sistema. O Programa tinha por base a problematização e a significação das situações de aprendizagem por meio de um trabalho de campo. Ofertado nas modalidades presencial e à distância em 320 Núcleos de Apoio a Docência que receberam discentes de 4.200 municípios para as atividades presenciais, sob a orientação de 1200 tutores locais como dinamizadores da aprendizagem e um conjunto de 10 livros, elaborados exclusivamente para apoiar as atividades didático-pedagógicas (GONDIM; MONKEN, 2003).

Essa experiência pioneira, em escala nacional, no âmbito da qualificação profissional em Vigilância em Saúde, apontava para a estruturação de um itinerário formativo para os trabalhadores das áreas da vigilância, que aportou elementos importantes para formulação de novos cursos e programas para o SUS, inclusive as orientações para formação nessa área sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2006, com participação de várias instituições da área da vigilância e da educação técnica de nível médio – ANVISA, SVS, FUNASA, EPSJV, Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e serviços de saúde.

No início do mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva em 2003, ocorreram novas discussões acerca do Decreto no. 2.208/97, em especial no tocante à separação obrigatória entre o ensino médio e a educação profissional e sobre a educação politécnica, compreendendo-a como uma educação unitária e universal destinada à superação da dualidade entre cultura geral e cultura técnica e voltada para “o domínio dos conhecimentos científicos das diferentes técnicas que caracterizam o processo de trabalho produtivo moderno” (SAVIANI, 2003, p. 140).

A partir da convergência entre os principais sujeitos envolvidos nessa discussão é elaborado o decreto n°. 5.154/04 que além de manter as ofertas dos cursos técnicos concomitantes e subsequentes trazidas pelo decreto no. 2.208/97 obteve o grande mérito de revogá-lo e de trazer de volta a possibilidade de integrar o ensino médio à educação profissional técnica, numa perspectiva que não se confunde totalmente com a educação tecnológica ou politécnica, mas que aponta em sua direção porque contém os princípios de sua construção (BRASIL, 2007).

Ainda em 2003, foi criada, no âmbito do Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), cujo objetivo principal foi de implementar uma política de valorização do trabalho no SUS e dos trabalhadores de saúde em conformidade com os seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2005).

A SGTES é formada por dois departamentos: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho (DEGERTS) e Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). Ao último cabe a responsabilidade de formulação de políticas relativas: à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade; à capacitação de profissionais de outras áreas da saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor saúde. O DEGERTS é responsável, pela proposição, pelo incentivo, pelo acompanhamento e pela elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde (BRASIL, 2012).

O DEGES adotou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, pois vai ao encontro desse novo modelo de gestão com o intuito de ampliar as concepções de trabalho e educação, “estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas, e controle social no setor saúde” (BRASIL, 2004, p.7).

A gestão da Educação Permanente em Saúde é feita por meio de instâncias de diálogo e negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e as instituições formadoras e funcionam como dispositivos para promover mudanças, tanto nas práticas de saúde quanto nas práticas de educação na saúde levando em consideração, a territorialização sociopolítica das necessidades em saúde, bem como as particularidades epidemiológicas e demográficas de cada população (BRASIL, 2004).

O processo de organização e planejamento do SUS deve então ser discutido do nível municipal ao governo federal, compatibilizando as necessidades de saúde com os recursos financeiros, exigindo a necessidade de cogestão de forma regionalizada. Através do decreto N° 7.508 de 2011, as Comissões Intergestoras Regionais (CIR), passam a ser instâncias de pactuação entre o estado e municípios, de forma regionalizada para deliberar questões necessárias sobre questões financeiras, saúde, do trabalho e planejamento integrado. A Comissão Intergestora Tripartite é responsável pelas discussões no âmbito nacional, enquanto que as Comissões Intergestoras Bipartite vinculadas às secretarias estaduais (BRASIL, 2011c).

Desta forma como o SUS tem como responsabilidade de formar seus profissionais que atuam nas redes de serviços, ele também se torna uma grande escola de formação profissional e a educação permanente faz a interface do trabalho com o ensino. A política estadual de educação permanente em Pernambuco tem como proposta o Programa de Formação para o SUS (Forma SUS) e a Comissão de Integração de Ensino- Serviço (CIES) (PERNAMBUCO, 2016).

O Forma SUS foi instituído pela Lei Estadual nº 15.065 de 2013, que define diretrizes para as instituições de ensino privado e a SES, disponibilizando espaço de prática e estágios na rede SUS estadual em contrapartida disponibilizar 10 % das suas vagas com bolsas integrais para alunos da rede pública realizar cursos técnicos e de graduação, com o objetivo de ampliar a oferta de profissionais para o SUS e democratizar a oferta do acesso ao ensino superior e técnico (PERNAMBUCO, 2016).

As CIES são instâncias deliberativas compostas por gestores, trabalhadores, instituições de ensino, estudantes, movimentos sociais e controle social que participam da formulação e condução da Política de Estadual de Educação Permanente em Saúde. O estado de Pernambuco tem 12 CIES Regionais e 1 CIES Estadual (PERNAMBUCO, 2016).

Desde então, a orientação para a formação profissional do técnico de vigilância é fruto de estudos e pesquisas sob a coordenação da SGTES e em parceria com a SVS, Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS), EPSJV/FIOCRUZ, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (BRASIL, 2011a). Em diferentes etapas desse processo contou-se com a efetiva e fundamental participação do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASSEMS), do Ministério da Educação (MEC), membros da Câmara de Educação Básica (CEB), representantes do Fórum Nacional dos Conselhos Estaduais de Educação (FNCEE) e de professores de Universidades (BRASIL, 2011a).

Em 2008, por solicitação da SGTES, foi coordenado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON/UFMG) com a participação de pesquisadores de várias instituições de ensino e pesquisa, estudo objetivando investigar quais e com que frequência as atribuições contidas na PPI-VS/2005 são realizadas nos diferentes municípios e quem são os trabalhadores que as desenvolve, com o intuito de promover a ordenação da formação profissional dos trabalhadores da área de vigilância no país (NESCON, 2008).

No estudo da NESCON (2008), foi desenvolvida pesquisa com trabalhadores de nível médio e coordenadores de vigilância. Estes últimos afirmaram, por meio de instrumentos de

coleta de dados, ser importante formar profissional com perfil amplo, sugerindo a oferta de curso técnico em vigilância em saúde, de forma regionalizada, com formação básica geral para todos os profissionais de nível médio, com noções de integralidade e intersectorialidade, com estágio obrigatório acompanhado por preceptor, articulando a teoria com a prática e duração mínima de um ano. Ainda, os coordenadores mencionam a importância de formar os trabalhadores de nível elementar, os incentivando a completar a sua escolaridade básica.

Os trabalhadores de nível médio consultados na pesquisa sobre a formação, ressaltaram a necessidade de conhecimentos gerais, mas também conteúdos específicos da área de vigilância, destacando peculiaridades e reconhecendo os conhecimentos tácitos prévios dos trabalhadores, para construção de novo olhar sobre o processo saúde-doença e o território de atuação. Em contrapartida, alguns trabalhadores, de municípios maiores alegaram que o curso devia ser direcionado para cada área específica do campo da vigilância em saúde (NESCON, 2008).

Em 18 de dezembro de 2009, a Portaria nº 3.189 dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), em que a educação profissional poderá se desenvolver por meio de cursos de formação inicial, subsequente, integrada, aperfeiçoamento para todos os níveis de escolaridade, enquanto que a formação técnica deverá ser articulada com ensino médio. A formação técnica deverá se conduzida pelas CIES e CIR considerando as necessidades da região e considera algumas áreas técnicas como prioritárias para educação profissional técnica de nível médio na saúde são: Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, **Vigilância em Saúde** e Enfermagem (BRASIL, 2009b).

A formação de recursos humanos na área de vigilância fundamenta-se nos princípios do SUS e tem como premissa atender as responsabilidades e competências do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em consonância com os objetivos do PROFAPS e a Política Nacional de Educação (BRASIL, 2011a).

A ampliação da oferta qualitativa e quantitativa da formação profissional técnica em vigilância em saúde tem como perspectivas superar a fragmentação das ações do processo de trabalho que são próprias da vigilância em saúde, a definição de recursos para a organização e operacionalização de intervenções na área de vigilância, qualificar a força de trabalho de nível técnico da área principalmente nas grandes capitais e municípios de grande porte onde existe

uma maior concentração de profissionais graduados enquanto que em municípios menores de 200.000 habitantes existe um maior número de trabalhadores sem qualificação específica para área (BRASIL, 2011a).

O plano curricular dos cursos técnicos de nível médio da saúde, são construídos no modelo de competência, como vem sendo indicado pela DEGES /SGTES/MS, e está apoiada no conceito de Zarifian por possibilitar e permitir que a abrangência e a transversalidade das múltiplas dimensões do trabalho em saúde sejam contempladas (BRASIL, 2011a).

Nessa perspectiva, a proposta pedagógica da formação dos TVS deve ter o trabalho como princípio educativo, o que possibilitará a integração das bases educativas com a prática social concreta da vigilância em saúde na perspectiva do proposto pelo SUS (BRASIL, 2011 a).

O Ministério da Educação e Cultura (MEC) nomeia as ações que conformam a atuação do técnico em vigilância em saúde como aquelas que lhes conferem habilidades e competências para: desenvolver ações de inspeção e fiscalização sanitárias, aplicar normatização relacionada a produtos, processos, ambientes, inclusive o do trabalho e serviços de interesse da saúde. Investigar, monitorar e avaliar riscos e os determinantes dos agravos e danos à saúde e ao meio ambiente. Compor equipes multidisciplinares de planejamento, execução e avaliação do processo de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador. Atuar no controle do fluxo de pessoas, animais, plantas e produtos em portos, aeroportos e fronteiras. Desenvolver ações de controle e monitoramento de doenças, endemias e de vetores (BRASIL, 2014).

O exercício profissional dos TVS é regulado e fiscalizado diretamente por organismos de Estado, dos quais se destaca no SUS, o Sistema Nacional de Vigilância na Saúde (SNVS) e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SINAvisa) (BRASIL, 2011 a).

A Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde da DEGES estabeleceu marco de orientação contemplando aspectos relevantes para o plano do Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVS) a ser formulado, gerenciado, executado e avaliado pelas escolas técnicas do SUS. Recomenda que o currículo seja realizado em módulos, considerando o princípio da interlocução dos conteúdos que deverão ser relacionados com os eixos estruturantes (BRASIL, 2011a).

O CTVS está delimitado em três eixos norteadores de ações distintas e indissociáveis que se articulam e se efetivam em habilidades, conhecimento, atitudes e valores (BRASIL, 2011a): Organização e gestão do processo de trabalho da vigilância em saúde, Execução de

ações e procedimentos técnico-operacionais e Educação e comunicação. A organização curricular consubstanciada nos planos dos cursos é prerrogativa e atribuição das Escolas. As ETSUS cumprem papel fundamental na efetivação de tais processos (BRASIL, 2011a).

O curso deverá ser presencial, com carga horária mínima de 1200 horas e os estágios supervisionados com carga horária acrescida conforme determinações locais. Os requisitos de acesso exigem que o candidato tenha concluído o ensino médio e preferencialmente, estar inserido em serviços do SUS, na rede de atenção básica ou em qualquer unidade do SNVS ou SINAVISA (BRASIL, 2011a).

Considerando a multidisciplinaridade da vigilância em saúde, a escola deverá dispor de docentes com formação e qualificação correspondente a tal identidade. Em termos gerais deve compor com profissionais graduados em cursos de diferentes campos do conhecimento com experiência em saúde pública e que tenham licenciatura ou capacitação pedagógica. A coordenação do curso deve ser exercida por profissionais com experiência em docência e que atendam às bases científicas, técnicas e éticas requeridas pelos módulos curriculares (BRASIL, 2011a).

Nessa perspectiva, a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), que é vinculada à Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e Diretoria Geral de Educação em Saúde (DEGES), da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2012), tem como missão promover, preparar e executar programas de formação, treinamentos, aperfeiçoamentos e profissionalização de pessoal para o SUS e, ainda, programar ações com o objetivo de incentivar a pesquisa, a formação e o desenvolvimento da educação profissional no estado de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2010).

A ESPPE tem ainda em sua missão a luta por uma educação integral que promova a formação de sujeitos autônomos e construtores de sua própria história, adotando um modelo de escola democrática, caracterizada pela socialização do saber (PERNAMBUCO, 2011).

A proposta pedagógica da ESPPE é fundamentada na pedagogia da problematização e integração ensino-serviço, priorizando abordagem crítica da realidade objetiva, por meio da construção de leitura do mundo, valorizando o processo educacional, no qual o sujeito torna-se capaz de apreender a unidade dialética entre ele e o objeto de ensino. Tem como princípio preparar o discente para tomar consciência de seu mundo e atuar como um agente transformador, através de uma reflexão frente aos princípios éticos e de cidadania (PERNAMBUCO, 2011).

A pedagogia da problematização surge nas práticas educativas como forma de superar o modelo bancário da educação em que o educador transmite os conhecimentos de forma desconectada da realidade para os educandos, tornando a educação ato de depositar, guardar e arquivar, e por isso definida como educação bancária (FREIRE, 2005).

Na educação bancária o professor é o detentor do saber e os educandos os que não sabem nada. Ideologia baseada na opressão, que mantém e estimula a alienação, a ignorância, manutenção das contradições e dicotomia entre seus elementos constituintes (FREIRE, 2005). Para o autor “a educação autêntica não se faz de A para B ou de A sobre B, mas de A com B, mediatizados pelo mundo. Mundo que impressiona e desafia uns e a outros, originando visões ou pontos diferentes sobre ele” (FREIRE, 2005, p. 97).

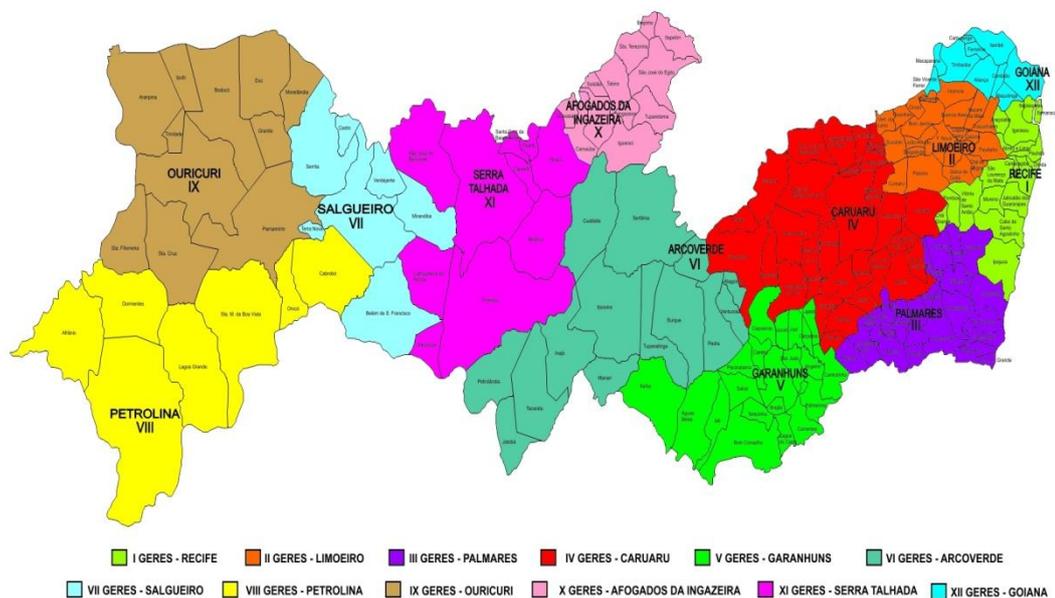
A pedagogia da problematização tem como proposta o diálogo na educação, reflexão, práxis e transformação da realidade, solidariza refletir e agir entre os sujeitos, se tornando caminho para que os homens ganhem significação enquanto homens (FREIRE, 2005).

Freire (1996) traz algumas informações para a prática docente, a saber: necessidade do docente estar sempre se atualizando bem como incentivando seus educandos a buscarem mais conhecimentos; respeitar os conhecimentos prévios dos alunos, visão de mundo e senso comum; o educador também aprende com o aluno e o estimula da mesma forma, valoriza a troca de saberes; comprometimento com a educação de qualidade e igualitária, visando a inserção de indivíduos em uma sociedade desigual e excludente, pois, considerando este o meio para a inclusão dos sujeitos na sociedade atual; a fala do professor não é considerada como a única verdade e a ética como prática essencial para a educação.

Além disso, considera que: “Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (FREIRE, 1996, p. 21). O docente é mediador, tanto ao transmitir conhecimento bem como ao proporcionar ao discente compreensão do que foi exposto e, a partir de suas reflexões o mesmo dê novo sentido, criar possibilidades, abrir oportunidades de indagações e sugestões, de raciocínio e opiniões diversas.

A ESSPE em seu projeto inicial para formação dos Técnicos em Vigilância em Saúde, apresentado em agosto de 2011, teve como proposta formar 330 alunos, sendo uma turma para cada regional, contendo 30 alunos cada, neste período o estado de Pernambuco possuía 11 GERES e posteriormente em 2012 passou a ter a 12 GERES, esta última com sede no município de Goiana conforme figura 1.

Figura 1: Divisão do Estado de Pernambuco por GERES



Fonte: <http://portal.saude.pe.gov.br/noticias/governador-instaura-xii-geres-em-pernambuco>

O Curso no projeto tem carga horária total de 1480 horas, sendo 1200 horas teóricas e 280 horas de estágio, com previsão de duração de 18 meses e carga horária semanal de 24 horas (PERNAMBUCO, 2011).

O plano do CTVS ofertado pela ESPPE foi formulado com base nas diretrizes e orientações para a formação do MS, para os trabalhadores do SUS com a finalidade de suprir a carência de profissionais com formação específica na área de vigilância em saúde, objetivando contribuir qualitativamente na oferta de serviços à população, influenciando diretamente na melhoria das condições de saúde do Estado (PERNAMBUCO, 2012). Foi reformulado em dezembro de 2012 com o propósito de abranger os 184 municípios e o Distrito de Fernando de Noronha que compõem as 12 GERES e também aumentou sua carga horária total para 1560 horas. O número médio de vagas foi definido baseado na população de cada município e no quantitativo de profissionais instalados em cada um deles (PERNAMBUCO, 2012).

O CTVS possui os três eixos estruturantes e competências conforme a orientação do MS. É estruturado em quatro módulos progressivos e integrados, com carga horária de 1.300 horas teórico/práticas e 260 horas de estágio, orientados e supervisionados pelos docentes, totalizando uma matriz de 1.560 horas. O referido curso visa possibilitar a integração teoria-

prática, colocando o aluno (profissional de saúde) frente a ações reais de vida e de trabalho, com visão técnico-científica (PERNAMBUCO, 2011).

A formação profissional dos técnicos em vigilância em saúde apresenta estrutura fundamentada em sua prática de trabalho, com currículo integrado que, quando da sua elaboração, consideraram-se as atividades, habilidades e competências específicas as quais norteiam seu perfil profissional (PERNAMBUCO, 2012). A abordagem dos conteúdos programáticos nas bases tecnológicas pelo docente, em sala de aula ou laboratórios (aulas teóricas e práticas), será utilizada, como ferramenta de ensino aprendizagem, a pedagogia da problematização (PERNAMBUCO, 2012).

A avaliação dos discentes no curso é feita por meio de verificação das competências adquiridas, avanços e dificuldades na aprendizagem. A frequência deverá ser conforme a LDB, não podendo ultrapassar 25% de faltas, e, em caso de déficit de aprendizagem o discente deverá ser submetido a uma recuperação paralela (PERNAMBUCO, 2012).

A avaliação dos conhecimentos é atribuída por meio de conceitos: Satisfatório (A), Pouco Satisfatório (B) e Insatisfatório (C). A verificação final do desempenho alcançado pelo aluno é realizada pela consolidação das avaliações parciais obtidas em cada área do conhecimento, sendo emitido o conceito final de APTO ou NÃO APTO (PERNAMBUCO, 2012).

Para os estudantes, é possível realizar aproveitamento de estudos, em que conhecimentos e experiências anteriores poderão ser compatibilizados e incorporados à carga horária do curso, desde que estes conhecimentos e competências sejam devidamente comprovados por certificação válida pelo Sistema Nacional de Certificação Profissional (PERNAMBUCO, 2012). Porém, para todas as turmas do Curso Técnico em Vigilância em Saúde concluídas e em andamento não foi realizado o aproveitamento dos conhecimentos e experiências.

Os docentes do curso foram selecionados por meio de processo seletivo simplificado de cadastro de reserva através do Edital ESPPE Nº 03/2011 de 02 de Agosto de 2011, para docentes que iriam prestar serviços no CTVS na I e II GERES (Recife e Limoeiro), para serem convocados de acordo com a necessidade. O curso seria no total de 1480 horas aula, sendo 1200 de teoria e 280 de estágio obrigatório, contendo quatro módulos e 35 disciplinas. Os docentes do CTVS deveriam ter formação superior na saúde, prioritariamente nas áreas de Ciências Biológicas, Biomedicina, Medicina Veterinária, Enfermagem, Nutrição e Farmácia.

A seleção foi realizada em três etapas, a primeira etapa foi a inscrição e escolha obrigatória de qual (is) disciplina (s) pretende ministrar, até no máximo três, informar dados pessoais e profissionais, a segunda foi a comprovação dos dados informados na inscrição e a última etapa, também obrigatória, foi a participação na formação pedagógica para os cinco primeiros colocados por disciplina, em que também foi uma avaliação do desempenho dos docentes, observando os seguintes critérios: locução, expressão oral, domínio dos conteúdos trabalhados, sequência lógica, experiência cognoscitiva, postura ética, capacidade de síntese e pontualidade. Após o resultado final, os docentes foram convocados conforme a necessidade da ESPPE (PERNAMBUCO, 2011).

Após a classificação, os profissionais foram submetidos à realização de formação pedagógica com carga horária mínima de 88 horas, sendo o módulo inicial de 40 horas antes do início das aulas. (PERNAMBUCO, 2012).

O material didático do aluno é um caderno apostilado, elaborado pelos docentes selecionados, que após participarem de oficina técnica são orientados a exercitar a interdisciplinaridade para correlacionar os conteúdos, considerando a realidade local e adequando estes conteúdos à disponibilidade das cargas horárias e teóricas e práticas (PERNAMBUCO, 2012). Os conteudistas foram escolhidos/indicados pela coordenação do curso ou pela gerência da ESPPE, apenas alguns docentes participaram da construção do material didático.

O processo seletivo que a ESPPE empreendeu para realização do CTVS em 2011 teve o intuito de identificar e selecionar trabalhadores que atuam na área de vigilância em saúde e efetivos do SUS, com vínculos públicos federais, estaduais e municipais do estado de Pernambuco, com formação mínima de nível médio. Assim, foi publicado em página oficial da Secretaria de Saúde o Edital ESPPE N°2/2011 de 26 de julho de 2011 para uma turma da I GERES e outra na II GERES (Limoeiro), com 30 vagas para cada, com carga horária de 1480 horas e duração de 17 meses.

As inscrições foram realizadas em duas etapas, a primeira, por meio de formulário padrão, enviado via correio eletrônico pelos candidatos, conforme item 2.7 do referido edital, deveriam ser prioritariamente destinados aos trabalhadores/servidores que não tinham concluído qualquer curso de nível técnico pela ESPPE, visto que a proposta da instituição era qualificar profissionais de saúde que ainda não possuem formação técnica. O item 2.8 do edital referia não aceitar inscrição de agentes comunitários de saúde. A segunda etapa foi de comprovação dos dados fornecidos no formulário na primeira etapa, sendo realizada a análise

documental, exigindo declaração de dispensa do candidato pelo gestor, de sua disponibilidade e comprovação de tempo de experiência profissional na área de Vigilância em Saúde.

As duas primeiras turmas (A e B) do Estado de realizaram a formação Técnica de Vigilância em Saúde durante o período de 2011 a 2013 foram da I GERES, com 20 municípios, porém apenas 10 aderiram ao curso (Recife, Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, São Lourenço da Mata, Ipojuca e Goiana). Também compõe as turmas estudantes dos serviços do Governo estadual que realizam ações de vigilância, dois hospitais de referência, e a Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA).

É importante ressaltar que Goiana fazia parte da I GERES no período em que foi iniciado o curso, e em 2012 foi nomeada sede da XII GERES.

Foram matriculados no CTVS 55 discentes, sendo destes 28 discentes da Turma A e 27 na Turma B. Na Turma A houve 3 discentes desistentes, 2 transferidos para a turma do CTVS na II GERES que acontecia em Timbaúba e 2 discentes reprovados. Na Turma B houve 5 discentes desistentes e 1 transferido também para a turma de Timbaúba.

Tabela 1: Descrição da Situação dos discentes quanto a sua participação nas turmas da I GERES. Pernambuco (2016)

Turmas I GERES	Inscritos (N)	Desistentes (N)	Transferidos para Turma da II GERES (N)	Reprovados (N)	Concluintes (N)
Turma A	28	3	2	2	21
Turma B	27	5	1	0	21
Total	55	8	3	2	42

Fonte: PERNAMBUCO (2016).

A ESPPE concluiu cinco turmas até setembro de 2016, formando no total 115 TVS no estado e atualmente encontra-se sem turmas em andamento, com previsão de iniciar mais sete turmas em 2017, na V GERES (Garanhuns), VI GERES (Arcoverde), VII GERES (Salgueiro), VIII GERS (Petrolina), IX GERES (Ouricuri), X GERES (Afogados da Ingazeira) e XI GERES (Serra Talhada).

3.3. Identidade Profissional

Para avaliar a construção da identidade profissional do TVS, se faz necessário resgatar alguns conceitos centrais que embasam essa formação, bem como conhecer e identificar os elementos que compõem o processo de estruturação de identidade profissional ou formas identitárias conforme os estudos de Dubar.

Segundo Santos (2005), a identidade é característica individual que distingue um indivíduo dos demais, propiciando uma dualidade: “a identidade pessoal (ou a identidade para si) e a identidade para os outros”. Ao definir identidade como processo de reconhecimento de si e pelos outros, podemos dizer também que ela é construída socialmente, dentro do espaço e do tempo, conforme as expectativas e valores do grupo social a que pertença.

Sociólogos funcionalistas afirmam que as profissões são atividades de trabalho que possuem fontes de identificação positiva, e ocupações seriam os excluídos de qualquer reconhecimento social, seriam os não qualificados e não profissionais (DUBAR, 2012).

A sociologia funcionalista possui postura mais conservadora, mesmo que prevaleça a preocupação com questões sociais, solidariedade e importância de valores e de orientações culturais para a integração da vida social. Esta abordagem jamais colocou em questão a ordem estabelecida, tomando implicitamente posição francamente favorável à sua preservação e aperfeiçoamento (MARTINS, 1994). Uma atividade só é considerada profissão se ela possuir um conjunto específico e preciso de atributos distinguindo as profissões das ocupações (ANGELIN, 2010).

Dubar e outros sociólogos em seus estudos ampliaram a noção de profissão utilizada pela sociologia das profissões de origem anglo-saxã, adequada apenas às “profissões sábias”, estendem o conceito a trabalhadores inseridos em empresas, em diferentes níveis hierárquicos, bem como os desempregados (FRANZOI, 2003).

A teoria dos sociólogos interacionistas e críticos marxistas, weberianos, contestam a teoria funcionalista, definindo a profissionalização como processo geral a todas as ocupações e não reservado a alguns trabalhadores, a partir do postulado de que todo trabalhador deseja ser reconhecido e protegido por um estatuto e que toda ocupação tende a se organizar e lutar para se tornar profissão (ABOTT apud DUBAR, 2012).

O que os sociólogos chamam de ‘profissionalização’ consiste precisamente no processo pelo qual ocupações adquirem o *status* de profissão. [...] Nestes termos, nem todas as profissões liberais, na sua acepção corrente, são profissões no sentido sociológico convencional. Por outro lado, nem todas as ocupações que sociologicamente são hoje profissões, tinham tal estatuto no passado (COELHO, 1999, p. 26).

O interacionismo, ao invés de se preocupar com proposição de listagem de atributos que definisse uma profissão e a distinguisse de uma ocupação como enfatizam os funcionalistas, procurou privilegiar a lógica do processo, a possibilidade de uma ocupação passar a ser uma profissão como forma de atender a necessidades sociais (ANGELIN, 2010).

Segundo Dubar (2012), o trabalho pode ou não possibilitar identificação positiva. As profissões são ao mesmo tempo escolhidas, autônomas, abertas para carreiras, produtoras de serviços úteis a outros e permite o sentido de existência individual e coletivo. Essas atividades não se reduzem à troca econômica, do trabalho pelo salário, da venda de força de trabalho apenas, mas possuem dimensão simbólica de realização de si e reconhecimento social.

Um dos principais sociólogos interacionistas foi Everett Hughes, da escola de Chicago. Baseado em diversas pesquisas empíricas afirmou que não se trata de acumulação de conhecimentos de determinada profissão, mas da incorporação de definição de si e de projeção no futuro, envolvendo compartilhamento de uma cultura de trabalho, ou seja, o ingresso em um segmento organizado de atos específicos controlados pelos colegas (DUBAR, 2012).

Ramos (2001) destaca que o conceito de profissão possui sentido social na medida em que:

(...) o sujeito desenvolve em si um sentimento de pertencimento a uma organização profissional, cuja identidade coletiva configura-se pelo compartilhamento de parâmetros classificatórios comuns e realidades de trabalho equivalentes, configurando uma estrutura corporativa. Portanto, a profissão tem uma dimensão sociológica, caracterizada pela construção histórica de laços corporativos de autorregulação e proteção coletiva, bem como de regulação do mercado de prestação de serviços, cujo acesso costuma estar determinado pelo credenciamento educativo (RAMOS, 2001, p.239).

Batistella (2013, p.376) refere que para construção de identidade profissional é necessário o sentido de coletividade e “estabilidade identitária fundada no compartilhamento de práticas, conhecimentos, técnicas e linguagens comuns”, o que no recorte da vigilância parece ser um dos pontos de maior fragilidade devido a sua fragmentação e por sua forma de organização do trabalho em áreas aumenta o grau de diferenciação de seus trabalhadores.

Para o estudo da identidade profissional faz-se necessário então se afastar do conceito de profissão anglo saxã, se aproximando dos sociólogos interacionistas, baseados em Dubar (1997), que considera que o termo ofício e profissão são semelhantes. Essa distinção trata-se

de disputa de poder na sociedade que se configura como luta política e ideológica pela distinção e pela classificação das profissões e ofícios (DUBAR, 1997).

Franzoi (2003) esclarece que para os sociólogos funcionalistas as profissões eram consideradas grupos de semelhantes que possuíam mesmos conhecimentos, valores e código de ética tomado como absoluto e dado, sem se preocupar com a relação entre os grupos profissionais e tinha o médico como o modelo simbólico das profissões.

Tartuce (2004) explica que a origem das classificações profissionais surgiu após a segunda guerra mundial, devido à grande disparidade de salários em uma mesma profissão ou não, tendo como tema central das reivindicações o slogan “para qualificações iguais, salários iguais”.

Esse movimento foi forma de organizar diferentes trabalhos independentes de características individuais, dando origem às classificações profissionais, fundada em normas coletivas, em negociações, em convenções e em acordos, com base na qualificação, ou melhor, os conteúdos requeridos para cada profissão. Uma vez adquiridos os conteúdos de cada profissão não era mais exigido novos conhecimentos, fazendo assim da classificação profissional organização estável e sólida para o trabalhador (TARTUCE, 2004).

A partir da evolução tecnológica entra em crise o modelo fordista de produção e como forma de superar a crise econômica acontece a passagem para o modelo de acumulação flexível, demandando novo modelo de trabalhador, não requerendo apenas conhecimentos formais de uma profissão, mas também características subjetivas, cognitivas e comportamentais do trabalhador, para responder aos problemas e imprevistos no novo modelo de produção flexível (TARTUCE, 2004). É nesse contexto que ocorre a passagem do conceito de qualificação para o de competência, para indicar necessidade gerada pela competitividade, melhores qualidades dos produtos e serviços e novo tipo de trabalhador (CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013).

Com a lógica das competências, a remuneração varia em função dos atributos pessoais, podendo dessa forma dois trabalhadores que executam a mesma atividade serem reconhecidos financeiramente de forma diferenciada, aumentando a competitividade entre os grupos de mesma atividade e entre as diversas profissões, bem como a individualização dos sujeitos e enfraquecimento das classes de trabalhadores, verdadeiro “apartheide socioprofissional” (FIDALGO; FIDALGO, 2010).

A noção de competência e empregabilidade nesse período é utilizada como sinônimo, atribuindo à educação o sentido econômico-ideológico de que o trabalhador para conseguir

inserção no mercado de trabalho, ou mesmo de se manter nele deverá construir capital pessoal, atribuindo a responsabilidade para a manutenção no mercado de trabalho ao desempenho individual de cada trabalhador, tais discursos foram utilizados pela incapacidade de apresentar justificativas para as desigualdades sociais (CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013).

Vieira (2007), afirma que o surgimento do termo competência em substituição ao de qualificação, com o propósito dos trabalhadores alcançarem empregabilidade, suscitou individualização dos comportamentos no trabalho e ruptura de interesses dos trabalhadores, tendendo ao desaparecimento da consciência de classe. A autora constata, de forma inicial, em seu estudo, que no modelo de gestão atual, de avaliação por competência, onde as organizações/serviços de saúde se tornaram os avaliadores dos trabalhadores de forma individualizada, requerendo não apenas o conhecimento profissional, mas também novos atributos subjetivos para a realização de suas atividades profissionais, não contribuem para a construção de identidade profissional.

Conforme Dejours (1993) e Sainsaulieu (2001), os desempregados diante de tal situação não podem mais se identificar a uma posição socioprofissional de um emprego. Não contam mais com os sindicatos para se opor às demissões e suas trajetórias profissionais dependentes das políticas flexíveis e de reconhecimento social, agora nas mãos do capital. Dessa forma as competências substituí a política do pleno emprego e futuro profissional.

A partir do momento que as empresas se tornam qualificantes, ao avaliar as competências dos trabalhadores, pode-se dizer que deixa de ser o espaço apenas de trabalho, passando a ser “lugar de valorização, de relações sociais e de expressão do modo como os trabalhadores aí se inserem, percorrem e exprimem capacidade e a partir daí se hierarquizam” (SILVESTRE apud OLIVEIRA, 1988, p. 236).

O conceito de profissão é resultado da articulação entre um conhecimento adquirido e o reconhecimento social da utilidade da atividade que esse indivíduo é capaz de desempenhar, decorrente do conhecimento adquirido. Esse reconhecimento social da utilidade dessa atividade se dá através da inserção do indivíduo no mercado de trabalho, correspondente ao conhecimento adquirido (FRANZOI, 2003, p.20-21).

Para Dubar (1997), a profissionalidade é construção coletiva de grupo, que implica articulação de três processos:

processo de formação inicial e contínua das competências pela articulação das suas diversas origens: saber formalizado, saber-fazer, experiência; o processo de construção e de evolução dos empregos e da sua codificação nos sistemas de emprego; o processo de reconhecimento das competências, resultado do jogo das relações profissionais (DUBAR, 1997, p.156).

As atividades reconhecidas socialmente e que possuem um nome coletivo, permite aos trabalhadores uma identidade profissional que possibilita a construção de carreira profissional. É por e em processo específico de socialização, ligando educação, trabalho e carreira, que essas identidades se constroem no interior de instituições e de coletivos que organizam as interações e asseguram o reconhecimento de seus membros como “profissionais”. Ainda de acordo com o autor, a falta de reconhecimento das competências profissionais constitui um dos elementos mais preocupantes para crise de identidade, visto que muitos trabalhadores não conseguem ingressar no mercado de trabalho, construir carreira, vínculos precários e baixos salários. (DUBAR, apud DUBAR 2012).

Dubar (2010) traz como proposta para a construção do eu-nós da identidade, a relação de classe, de união de grupo e conflito de classe, se fazendo reconhecida a identidade coletiva para a superação do isolamento profissional causado pelo modo de produção e possibilitando a construção de novas identidades ao mesmo tempo pessoal e sociais.

O conceito de identidade para Jacques (1997, p.127) “é uma expressão subjetiva que se refere a tudo aquilo que é vivenciado como eu em resposta à pergunta ‘quem és’, sendo aprendida através da representação de si mesmo”. Identificando dessa forma o papel social para a construção da identidade e de seu “caráter inter-relacional entre identidade pessoal e social pressupõe que não haja identidade pessoal que não seja, ao mesmo tempo e da mesma forma, identidade social” (p. 130).

Dubar (2009) demonstra que “não há identidade do eu sem a identidade do nós” (p. 28) superando diferenças entre indivíduo e sociedade de forma individualizada para a construção das identidades profissionais.

Desta forma, o trabalho é o espaço fundamental para a construção da identidade profissional de determinado grupo profissional e de reconstrução, ao longo da vida, na medida em que é fruto de muitas socializações (FRANZOI, 2003).

O espaço de reconhecimento das identidades é inseparável dos espaços de legitimação dos saberes e competências associados às identidades. A transação objetiva entre os indivíduos e as instituições é, antes de mais nada, aquela que se organiza à volta do reconhecimento e do não reconhecimento das competências, dos saberes e das imagens de si que constituem os núcleos duros das identidades reivindicadas. (DUBAR, 1997, p. 118).

Dubar (2012) compara as atividades de trabalho dos médicos clínicos gerais e a dos auxiliares de enfermagem enfatizando o processo de socialização e trajetória profissional. O referido estudo demonstra que as auxiliares de enfermagem ocupam posição intermediária na

hierarquia dessa profissão, subordinadas aos enfermeiros, e superiores aos serventes ou agentes de serviços hospitalares, desenvolvem atividades múltiplas e procuram aprender informalmente atividades exercidas pelos enfermeiros ensinadas por médicos e enfermeiros. Quando o seu trabalho é reconhecido pelo médico, devido ao valor e prestígio que estes possuem, permite que os auxiliares de enfermagem recuperem sua autoestima e permite sua realização profissional. Alguns auxiliares de enfermagem relatam que sua profissão serve como etapa preparatória para a de enfermeiro, passagem para adquirir competências relacionais, muitas vezes de forma oficiosa, aprendendo pela prática os saberes profissionais de enfermagem (DUBAR, 2012).

Segundo Dubar (2012), os médicos da França que não passavam na residência, precisam fazer no 6º ano de curso, o estágio obrigatório durante seis meses, para se tornarem especialistas em clínica geral. O estágio é dividido em três fases: simples observação de consulta do tutor, consulta do estagiário assistida pelo tutor e consulta sozinho, com autonomia do estudante que presta conta ao tutor do que foi realizado. A relação do tutor-estagiário-paciente, também é de fundamental importância para que o estagiário se sinta reconhecido pelos futuros colegas de trabalho como profissional confirmado. A identificação do estagiário com o tutor, quanto a sua formação médica e competência que lhe permite projetar uma carreira. O estágio é considerado o ponto forte de fabricação da identidade médica, do profissional a serviço dos clientes e reconhecimento pelos colegas. Foi constatado que quanto mais longo o período de estágio, mais os estagiários estão satisfeitos.

Dubar (2012) em seu estudo com os médicos e auxiliares de enfermagem permitiu a formulação de três teses: a primeira é de que a socialização profissional, maneira como se aprende o trabalho e conduz a vida ativa, diz respeito a todas as profissões, porém na sociedade contemporânea em razão da concorrência todos devem dotar de competências e formação certificadora para serem reconhecidos como ofícios. A segunda é de que a aprendizagem de atividade profissional torna-se formação ao longo da vida, continuada ao trabalho se torna tão importante quanto a inicial, permitindo compreensão de si pela atividade de trabalho, aquisição de competências relacionais, de aprendizagem e condução de carreira qualificante. A terceira é de que o trabalho pode ser formador de novas competências e de aprendizagem para o futuro, mas está longe de ser o caso do estado atual no mundo do trabalho.

O autor conclui que a socialização profissional possibilita utilização e reconhecimento de competências, o prazer e a progressão no trabalho ao longo da vida, preservando o

trabalhador da monotonia repetitiva. Para concretizar a utopia do acesso à melhor escolarização, bons empregos e construção de carreira profissional se faz necessário ensinar que se pode ter prazer em trabalhar e aos educadores que se aprende trabalhando. Tudo dependerá das regulações do trabalho e das instituições formadoras, para libertar o trabalho de suas correntes, fundada em coletivos e satisfações individuais, para que enfim todos possam construir para si uma identidade pessoal positiva em uma atividade que lhe dá prazer (DUBAR, 2012).

Afirma ainda, que para ser grupo profissional é necessário ter identidade coletiva real. A organização desse coletivo, na medida em que integra saberes escolares como unidade complexa de aprendizagem contribui para construção da identidade profissional e o sentimento de pertencimento (DUBAR, 2012; SANTOS, 2005).

Embora a formação seja processo central no desenvolvimento da profissionalidade, a construção das identidades não pode ser diminuída ao espaço-tempo da educação profissional. Procurando situar este debate no contexto mais amplo das relações sociais de trabalho, o conceito de qualificação fornece caminho mais rico de análise, pois diante das transformações do mercado de trabalho, a “formação profissional deve ser compreendida como uma dimensão da qualificação” (VIEIRA, 2007, p. 13).

A qualificação do trabalhador ganha contornos singulares que devem ser considerados quando analisado a construção das identidades profissionais. Mesmo que seja desejável um nivelamento na projeção de identidades profissionais, a fim de alinhar compromissos ético-políticos necessários às organizações públicas de saúde, os processos formativos não podem estar alheios à diversidade de identidades sócio-profissionais inscritas nas trajetórias pessoais que ‘comparecem’ e se transformam no espaço/tempo do currículo (BATISTELLA, 2009, p.83).

Qualquer que seja o processo formativo, sempre se poderá falar da existência de currículo, como forma de conceber e organizar práticas pedagógicas que subjazem e constituem este processo.

A construção curricular implica, entre outras ações, na seleção e organização de experiências de aprendizagem e de conhecimentos que são considerados integrantes da formação, tendo em vista um perfil desejado de indivíduo, cidadão, profissional etc. A este perfil corresponde uma identidade projetada um modo de perceber e atuar sobre uma realidade específica que se quer desenvolvida em todos os egressos. Assim, pode se afirmar que o currículo participa ativamente na construção das identidades profissionais, ainda que, isoladamente, não seja suficiente para determiná-las (MOREIRA, MACEDO 2002 apud BATISTELLA, 2009, p.111).

O processo de formação para Hughes (1981) é meio e não atributo para se tornar profissional, pois é no trabalho que se consolida o processo de construção da identidade

profissional, pelo processo de socialização com os colegas e gestores do trabalho. A partir da formação, o trabalhador entra em contato com o mundo real do trabalho e inicia o processo de luta pelo controle de suas tarefas, pois é por meio de carreira que se torna possível a projeção de si, condição para construção de identidade profissional (HUGHES, 1981).

A profissão é entendida como o reconhecimento dos conhecimentos adquiridos durante a formação, bem como reconhecimento de atividade desenvolvidas na inserção do trabalho. O reconhecimento pode se apresentar na forma de direitos ou financeiramente apenas para ao indivíduo/profissional e não para a profissão. O reconhecimento de si como profissional implica na identificação com a atividade que desenvolve, ou quando isto não acontece, existe procura por outra atividade que dê mais satisfação, remuneração que considere satisfatória e alguns direitos pela posição que ocupa (FRANZOI, 2003).

3.4 Regulamentação Profissional

O processo de regulamentação é pautado por vários documentos, constituição, leis, decretos, portarias e instruções normativas, e sempre devem ser seguida e respeitada a ordem hierárquica do sistema normativo, esfera federal, estadual e municipal (LIMA; RAMOS LOBO NETO, 2013).

A Constituição de 1988 manteve o poder federativo do nível central, mas também distribuiu e descentralizou, para os estados e municípios, responsabilidades e autonomia por meio de assembleias constituintes, invertendo a centralidade do poder político das regulamentações para os entes federados (LIMA; RAMOS LOBO NETO, 2013).

No caso das profissões da saúde, ao Congresso Nacional compete analisar as reivindicações de regulamentação profissional depois de ouvir o Ministério da saúde, bem como os segmentos interessados da opinião pública, os profissionais para depois decidir se promulgam as leis ou não para o direito à prática de cada profissão e determina o órgão regulador de cada profissão, os conselhos e sua lei profissional (POZ; PIERANTONI; GIRARDI, 2013).

As autoridades administrativas que participam do processo são os ministérios substantivos que regem as suas áreas de trabalho; Ministério do Trabalho e Emprego que decide sobre regulação ocupacional e trabalhista e o Ministério da Educação responsável pelas regras e credenciais para cada profissão (POZ; PIERANTONI; GIRARDI, 2013).

Em análise da situação, identifica-se característica básica do atual regime regulatório brasileiro: a existência de legislação que preserva monopólios corporativistas na regulação do trabalho, os quais, muitas vezes, extrapolam seus próprios limites de atuação, disseminando conflitos que promovem a competição entre as profissões de saúde. Sendo assim, é fundamental um Estado presente e atuante no papel de gestor e regulador do trabalho em saúde (BRASIL, 2006).

É possível identificar dualidade de demandas de regulamentação profissional na área de saúde. Por um lado, as profissões regulamentadas do setor, com prerrogativas de autogoverno, disputam em torno aos atos privativos ou exclusivos, levando a uma concorrência interprofissional. A maior parte dos projetos é relativa à regularização de profissões exercidas de forma ilegal (GIRARDI; SEIXAS, 2002).

A regulamentação de atividade ocupacional ou profissional implica em privilégio na forma de credencialismo educacional, de reserva de mercado ou de direito exclusivo de

propriedade sobre campos de práticas concedidos pelo Estado a partir do reconhecimento da utilidade pública daquela atividade (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000).

Para explicar a obtenção de tal privilégio, as profissões regulamentadas costumam apresentar como argumentos básicos: ideia de que a atividade envolve habilidades complexas, com elevado teor científico e técnico em geral não acessíveis sem o concurso de sistemas de formação profissional complexos como as universidades; ideia de que o exercício afeta profundamente a saúde pública, a segurança e o bem-estar do público e ideia de que qualidade e resultados do trabalho dos profissionais não são passíveis de julgamento espontâneo do público leigo (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000).

O grande desafio no campo profissional é transitar para um sistema regulatório que conferirá proteção a cada área de trabalho, saberes não exclusivos, mas que torne possível transitar de um sistema elitista (de poucos) para um sistema que atenda às demandas de reconhecimento de atividades de trabalho não hegemônicas, acomodando outras profissões menores (POZ; PIERANTONI; GIRARDI, 2013).

Podem-se classificar as ocupações em três grupos: não regulamentadas (ou reguladas pelo mercado); "fracamente" regulamentadas; e "fortemente" regulamentadas. Neste último grupo se encontram as ocupações que detêm auto-regulação e chamadas de profissões (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000).

Quanto às ocupações de nível técnico médio, pode-se agrupá-las no segmento das ocupações fracamente regulamentadas, sendo, a maior parte, regulada tão somente pelos requisitos educacionais, na forma de currículos mínimos que lhes conferem direito a certificados, ou a autorização de praticar determinados atos e de exercer algumas atividades (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000).

No Brasil existem 21 profissões e ocupações de saúde regulamentadas, destas 14 são de nível superior e 7 de nível técnico (técnico em radiologia, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem, técnico em análises clínicas, técnico em prótese dentária, técnico em saúde bucal, e auxiliar de saúde bucal), estas últimas são supervisionadas por profissionais de nível superior exceto o técnico em radiologia. Entre as profissões regulamentadas 14 possuem auto-regulação por intermédio de seus Conselhos de Fiscalização do Exercício Profissional, sendo 13 de nível superior, e apenas um deles de nível técnico, o técnico de radiologia (PIERANTONI, 2014).

O Ministério da Saúde também participa indiretamente da regulamentação profissional no setor saúde, porquanto é constantemente convidado a prestar parecer sobre os pleitos. Por

outro lado, o Conselho Nacional de Saúde, no âmbito do governo federal, e os Conselhos Estaduais de Saúde, possuem atribuição legal de ordenar sobre a formação de Recursos Humanos para o setor (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000).

Esse papel tem sido cumprido de forma assistemática e com altos graus de casuísmo o que favorece as profissões que, detém maior prestígio, poder econômico, recursos organizativos e políticos, e que possui maior capacidade de acompanhar o desenvolvimento de seus pleitos e "bloquear" pleitos rivais, tais como: médico, odontólogos, farmacêutico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, veterinário e nutricionista possuem formalmente instituições de auto regulação e os Conselhos de Fiscalização do exercício profissional. Tais profissões possuem assegurados territórios de prática que se constituem legalmente como campos exclusivos (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000).

Pode-se dizer o fechamento e o controle dos mercados de trabalho e de serviços pelas corporações profissionais é o principal fator determinante da demanda por regulamentação profissional por parte dos grupos ocupacionais. No caso do Brasil, o fato de que historicamente, a obtenção dos direitos sociais de cidadania ter estado atrelado à identidade profissional [...] (GIRARDI; FERNANDES JR; CARVALHO, 2000, p.2).

As novas demandas de regulamentação profissional devem ter como princípio eficiência, equidade, viabilidade e responsabilidade, em nome do interesse da população, necessitando que melhore o sistema que regula os direitos exclusivos da prática profissional e considerar a possibilidade de combinar a auto-regulamentação das profissões com o compartilhar direitos à prática (PIERANTONI, 2014).

Segundo Girardi (2002) atualmente a regulamentação das profissões tornou-se arena de disputas na área da saúde e dualidade nas demandas, onde por um lado existem profissões regulamentadas que reivindicam o monopólio e extensão de suas atividades, citando como exemplo o projeto das Leis do Ato Médico e do Ato de Enfermagem, e do outro lado, profissões e ofícios que buscam o reconhecimento e regulamentação de sua atividade de trabalho.

Essas disputas levaram o MS a criar em 2004, a Câmara de Regulação de Trabalho de Saúde (CRTS), com o objetivo de abrir o diálogo entre o governo, gestores de saúde, grupos profissionais e a população sobre a regulação profissional na área da saúde (POZ; PIERANTONI; GIRARDI, 2013).

A CRTS é uma instância colegiada criada no âmbito da SGTES e vinculada ao Degerts para discussão entre gestores do SUS e representações profissionais com vistas debater ações de regulação profissional para as profissões e ocupações da área de saúde; sugerir mecanismos de regulação profissional da área de saúde e sugerir iniciativas legislativas visando regular o exercício de novas profissões e ocupações na área de saúde, (BRASIL, 2006).

As propostas de ação da CRTS são de:

Discutir questões ligadas ao reconhecimento de profissões e ocupações na área da Saúde, os limites e as competências de cada categoria; Subsidiar a atuação do Ministério da Saúde sobre questões ligadas à regulação do trabalho em saúde; Realizar audiências públicas como meio de disseminar o debate com as representações profissionais, os técnicos e especialistas sobre os temas de sua pauta de trabalho; Formular políticas de regulação do trabalho em articulação com as demais instâncias governamentais participantes, que detêm prerrogativas nesta área; Articular políticas de regulação profissional junto ao Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde [...] (BRASIL, 2006, p.10).

A CRTS tem a seguinte composição (BRASIL, 2006):

I - oito representantes do Ministério da Saúde: Diretor do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, que a coordenará; Coordenador-Geral de Regulação e Negociação do Trabalho em Saúde, que atuará como Coordenador Adjunto; dois representantes do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, sendo: um da Coordenação-Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde; e um da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde; um representante da Secretaria de Atenção à Saúde; e um representante da Secretaria de Vigilância em Saúde.

II - dois representantes do Ministério da Educação: um representante da Secretaria de Educação Média e Tecnológica; um representante da Secretaria de Educação Superior;

III - um representante do Ministério do Trabalho e Emprego;

IV - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);

V - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);

VI - um representante da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

VII - um representante de cada um dos Conselhos integrantes do Fórum Nacional dos Conselhos Federais da Área da Saúde;

VIII - quatro representantes de entidades científicas das profissões da área de saúde, sendo: um representante da Associação Médica Brasileira; um representante da Associação Brasileira de Enfermagem; e dois representantes por designação das entidades nacionais dos trabalhadores da área de saúde que integram o Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área de Saúde (FENTAS);

IX - dois representantes da bancada dos trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

Os Projetos de Lei referentes à regulamentação das profissões passam, via de regra, por quatro Comissões na Câmara e uma no Senado. Na Câmara, a *Comissão de Seguridade Social e Família*, que tem função de examinar, se tal demanda é essencial para resguardar a saúde da população; a *Comissão de Educação, Cultura e Desportos*, que deve apreciar o mérito dos aspectos educacionais contidos nas proposições; a *Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público*, que tem a função de considerar o mérito concernente à regulamentação do exercício profissional; e, por fim, a *Comissão de Constituição e Justiça e de Redação* que examina sob a ótica da constitucionalidade. No Senado os projetos são examinados pela *Comissão de Assuntos Sociais*, que engloba todas estas funções (GIRARDI, FERNANDES JR, CARVALHO, 2000).

A *Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público*, em face da crescente demanda por regulamentação, especialmente das categorias profissionais de nível secundário, adotou recomendações para elaboração dos projetos destinados a regulamentar o exercício profissional que devem atender aos seguintes requisitos:

imprescindibilidade de que a atividade profissional a ser regulamentada se exercida por pessoa desprovida das qualificações adequadas possa oferecer riscos à saúde, ao bem-estar, à segurança ou aos interesses patrimoniais da população; real necessidade de conhecimentos técnico-científicos para o desenvolvimento da atividade profissional, os quais tornem indispensável a regulamentação; exigência de ser a atividade exercida exclusivamente por profissionais de nível superior, formados em curso reconhecido pelo Ministério da Educação (GIRARDI, FERNANDES JR, CARVALHO, 2000, p.15).

Lima, Ramos e Lobo Neto (2013) afirmam que o ensino técnico foi tardiamente regulamentado e sua relação com as políticas de regulação do trabalho no Brasil são contraditórios e tortuosos, como forma de atender à demanda do capital de reproduzir força de trabalho e aumentar a sua produção.

As regulamentações e regulações profissionais produzidos pelo Estado podem não ser construídas em benefício do povo, mas também contra o povo, mesmo que sejam enunciadas

em nome do povo. Estas podem ser produzidas também pela sociedade civil e por qualquer grupo profissional para estabelecer os critérios de ingresso ou permanência em um mesmo grupo e ser reconhecido pelos outros membros (LIMA; RAMOS LOBO NETO, 2013). “Tais regulações e restrições valem também para a construção de identidades profissionais, por referência ao pertencimento de um grupo” (LIMA; RAMOS LOBO NETO, 2013, p.114).

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Analisar o processo de construção da identidade profissional dos técnicos em vigilância em saúde do Estado de Pernambuco.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar no processo formativo do CTVS elementos e/ou dispositivos que contribuíram para a construção da identidade profissional dos TVS.
- Analisar a percepção que os técnicos formados pelo CTVS têm de si como profissionais dessa área.
- Verificar junto à gestão quais os meios e estratégias utilizadas para o reconhecimento do técnico formado em vigilância em saúde.
- Verificar o que pensam os sujeitos da pesquisa sobre a regulamentação da profissão de TVS.

5. METODOLOGIA

A pesquisa terá abordagem qualitativa e descritiva.

5.1. Tipo de Estudo:

Foi desenvolvido um estudo de caso (EC) como delineamento adequado a esse tipo de problemática. Esse tipo de estudo possui características centrais que o torna viável em pesquisas no campo da educação – por sua praticidade e objetividade.

O EC apresenta 1) uma situação bem focalizada, um fato particular que exige investigação prática; 2) uma descrição detalhada da situação investigada; 3) lança luzes a compreensão do leitor sobre o fenômeno estudado, revela novos significados, amplia a experiência do leitor ou simplesmente confirma o já conhecido, e 4) utiliza a lógica indutiva, parte da experiência ou do fato para formular a teoria (YIN, 2005; ANDRÉ, 2005; MARTINS, 2008; RICHARDSON, 2009; MINAYO, 2010).

5.2. Questões Éticas

O projeto desta pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da EPSJV/FIOCRUZ, através do parecer 1.465.910, cumprindo todas as exigências estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

5.3. Amostra da Pesquisa

Conforme a **Tabela 2**, pode-se perceber que os discentes formados foram advindos de 8 municípios (Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes, Paulista, Camaragibe, Abreu e Lima e São Lourenço da Mata) e 2 serviços de vigilância em saúde do estado (APEVISA e Hospitais). O município de Recife em sua organização territorial era dividido em 6 Distritos Sanitários (DS) no período em que o curso foi realizado, atualmente este município está dividido em 8 DS, onde cada um destes possui sua gerência de vigilância em saúde .

Tabela 2: Descrição dos discentes egressos por local de trabalho e turma. Pernambuco (2016)

Local de Trabalho	Turma A	Turma B	Total
Abreu e Lima	02	01	03
Camaragibe	01	02	03
Cabo de Santo Agostinho	02	02	04
Paulista	01	04	05
Olinda	02	01	03
Recife (DS I)	01	00	01
Recife (DSII)	00	03	03
Recife (DSIII)	01	01	02
Recife (DSIV)	03	01	04
Recife (DSV)	01	01	02
Recife (DSVI)	02	00	02
Recife (Secretaria Municipal de Saúde)	01	00	01
São Lourenço da Mata	00	01	01
Jaboatão dos Guararapes	01	00	01
Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA)	02	03	05
Hospitais do Estado	01	01	02
TOTAL	21	21	42

Fonte: Fichas de inscrição dos discentes (2011)

Para a investigação de campo foram selecionados seis trabalhadores TVS oriundos do CTVS, um de cada local de trabalho escolhidos por meio de sorteio dos municípios do Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes, Paulista, Cabo de Santo Agostinho e APEVISA.

A pesquisa conta ainda com a participação de quatro gerentes dos serviços de vigilância em saúde, dos municípios de Paulista, Olinda, Recife (DSII) e da APEVISA.

Por último foi incorporada a amostra dos sujeitos da pesquisa a chefe do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES).

Os sujeitos da pesquisa foram identificados da seguinte forma:

- Técnicos em Vigilância em Saúde: TVS1, TVS2, TVS3, TVS4, TVS5, TVS6, sendo um de cada local de trabalho.
- Gerentes de Vigilância em Saúde (GVS): GVS1, GVS2, GVS3, GVS4, um por local de trabalho.
- Diretora Geral de Educação em Saúde: (DGES).

Os TVS 1, 2 3 e 4 são trabalhadores que estão diretamente ligados a GVS1, 2, 3 e 4 respectivamente. Apenas os TVS 5 e 6 não tiveram os gerentes correspondentes entrevistados.

5.4 Coleta de Dados

Foram utilizadas 03 técnicas como instrumentos de coleta de dados específicos para cada sujeito de estudo:

5.4.1 Análise Documental

Nos estudos de caso, a análise de documento se constitui, simultaneamente, método e instrumento de coleta de dados, pois oferece elementos para conhecer e coletar informações acerca da dimensão político-institucional do objeto a ser estudado. Consiste na busca de documentos técnicos, publicações, informações e trabalhos realizados e relacionados ao objeto de estudo, subsidiando as etapas seguintes de coleta de dados sobre o tema em questão.

Neste estudo foram utilizados os seguintes documentos: as diretrizes e orientação para a formação; Plano de Curso do CTVS-PE; Plano Político Pedagógico da escola; fichas de inscrição dos discentes; questionário de avaliação do curso, docentes e auto avaliação realizado pelo aluno durante o IV módulo. Esse questionário possuía questões fechadas referentes à avaliação do curso, auto avaliação e avaliação dos docentes e espaço para o aluno fazer críticas e sugestões conforme modelo em Anexo B e C. Este instrumento foi aplicado nas duas turmas selecionada neste estudo, contendo total de 31 respondentes, sendo 18 da turma A e 13 da turma B.

5.4.2 Grupo Focal

Grupo Focal (GF) “é um tipo de entrevista em profundidade realizada em grupo, que privilegia a observação e o registro de experiências e reações dos participantes” (GIL, 2009, p.83). Para o autor, o grupo focal “constitui um método apropriado para obtenção de dados em pesquisas que tenham como objetivo obter informações não apenas do que as pessoas pensam, mas também a relação ao que sentem e como agem” (p.84).

Esta técnica de pesquisa aprofunda e esclarecer a temática sobre o objeto e permite também a observação das reações dos participantes.

O Grupo focal foi desenvolvido com quatro TVS, orientado por meio de roteiro de perguntas norteadoras da discussão conforme apêndice A. Foi realizada uma única rodada com a utilização de gravador e filmagem. O GF foi realizado no auditório da ESPPE com duração de 1 hora e 30 minutos.

5.4.3 Entrevistas

Foram feitas entrevistas com quatro Gerentes da Vigilância em Saúde (GVS) e Diretora Geral de Educação em Saúde (DGES) utilizando-se de roteiro por blocos temáticos (Formação Profissional, Processo de Trabalho e Identidade Profissional) conforme apêndice B.

Utilizou-se o mesmo roteiro de perguntas aplicado no grupo focal com os TVS para as entrevistas individuais com dois TVS, para suprir a ausência de seis TVS ao grupo focal e aumentar amostra desses sujeitos na pesquisa.

Todas as entrevistas foram gravadas, sendo posteriormente transcritas de forma fidedigna, a fim de responder aos objetivos da pesquisa.

As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos com os gerentes e diretora geral de educação em saúde. Já as individuais com os TVS levaram em média 40 minutos.

Para melhor compreensão o quadro 1 abaixo, demonstra de forma sintética qual a amostra e o instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa de campo.

Quadro 1- Amostra do estudo por instrumento de coleta de dados. Pernambuco (2016).

COLETA DE DADOS	AMOSTRA DO ESTUDO			
	TVS	GVS	DES	TOTAL
Grupo Focal	04	00	00	04
Entrevista	02	04	01	07
Total	06	04	01	11

5.5 Análise dos Dados

O Processo de análise foi feito por meio da triangulação de dados, com base nos estudos de Minayo (2005), como forma de tornar mais aprofundada a análise dos mesmos. A triangulação é um método de investigação que utiliza a combinação de métodos e técnicas de coleta de dados, múltiplos pontos de vista que acompanham o trabalho de investigação, proporcionando maior clareza teórica e aprofundamento das discussões interdisciplinares de forma interativa e intersubjetiva (DENZIN, 1973 apud MINAYO e org, 2005).

A análise documental, as entrevistas e o grupo focal foram sistematizados por meio da técnica de análise do discurso (MINAYO, 2006; ORLANDI, 2007) à luz dos elementos teóricos estudados e sistematizados em quadro analítico organizado em dimensões e

categorias, no qual as falas, seus sentidos e significados foram associados de modo a construir a compreensão sobre a construção da identidade profissional do técnico em vigilância.

Para Orlandi (1994), o texto é um objeto linguístico-histórico, ou seja, é a inscrição da história na língua, fazendo com que este signifique um fato e apresenta o lugar específico em que pode ser observada a relação entre linguagem e ideologia. Para a análise de discurso o que importa é colocar a linguística interpelando-a com a historicidade que ela apaga, ao mesmo tempo, trazer questões das ciências sociais, questionando a transparência da linguagem, do sujeito e do sentido.

A análise de discurso permite a construção de novo olhar sobre o objeto de análise, relacionando-o com o contexto social, evitando buscar a mera realidade subjacente a determinadas produções de linguagem, visto que toda produção é a interferência de um pesquisador sobre uma dada realidade (ROCHA, DEUSDARÁ, 2005). O pesquisador é coprodutor dos sentidos produzidos, sendo bem diferente das pesquisas que fazem emergir das profundezas de um discurso uma verdade que se procura cientificamente (ROCHA, DEUSDARÁ, 2005).

Rocha e Deusdará (2005) afirmam que a linguagem do ponto de vista discursivo não pode representar algo já dado, ela é parte de construção social que não se dissocia. A análise do discurso é espaço de articulação entre linguagem e sociedade, onde o pesquisador não descobre nenhuma dimensão oculta do real, mas participa de intervenção social.

Nesse estudo utilizou-se para análise de discurso a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que resgata a representação social, onde as opiniões individuais e ideias presentes nos depoimentos de determinado grupo são agrupadas por categorias, onde cada uma irá formar um discurso na primeira pessoa do singular como se fosse do coletivo. O resultado final do DSC “é um constructo, um artefato, uma descrição sistemática da realidade e uma reconstrução do pensamento coletivo como produto científico” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014, p.504).

Representação social são ideias revestidas de visão de mundo, onde as ideias são juízos de valor que parte da realidade social dos sujeitos. A visão de mundo, as ideologias geralmente são criadas pelo grupo dominante de determinada sociedade, colocadas como ideias gerais e comuns para todos (MARX; ENGELS, 1984).

Marx e Engels (1984) tratam das ideias e consciência como sendo comprometidas pelas relações da base material, da relação de classes, das forças de produção, denominando assim as ideias de real invertido, quando diz que: “Não é a consciência que determina a vida,

é a vida que determina a consciência”. “A consciência é um produto social” (MARX; ENGELS, 1984, p. 228).

O Marxismo também entende que as classes subalternas, no capitalismo, também possuem suas ideias, seus interesses, porém em condições de subordinação. Portanto, todas as representações sociais são marcadas por contradições e luta entre as classes (MINAYO, 2014). Para a autora as representações sociais são importantes para a pesquisa qualitativa, pois se manifestam por meio de falas, atitudes e condutas e portanto, devem ser analisadas, mesmo sabendo que o senso comum se traduz em relação de classes, de contradições e que sua expressão forma o entendimento da realidade com seus pares e com os contrários.

Entender a linguagem como prática social significa entender que ela é historicamente construída como também constrói as identidades sociais, relações sociais e crenças (FAIRCLOUGHT, 1989).

Para a análise dos dados/discurso das entrevistas e grupo focal foi utilizado o Software Qualiquantisoft para a construção do Discurso do Sujeito Coletivo. O Qualiquantisoft é um programa de computador que facilita a realização da pesquisa com o DSC, onde ajuda o pesquisador, sem jamais substituir o papel do pesquisador, aumentando a velocidade para o processamento dos dados, arquivamento das perguntas, entrevistas, elaboração de gráficos, planilhas e permite a construção do DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014).

A utilização do Qualiquantisoft foi feita da seguinte forma. Primeiramente foi cadastrado o título da pesquisa, cadastradas as perguntas e as respostas por sujeitos. Após o cadastro de todas as respostas por sujeito, inicia-se a identificação das Expressões Chave (ECH), estas são trechos literais de cada resposta/discurso dos sujeitos da pesquisa, que foram identificadas pela pesquisadora como relevantes para o estudo.

O próximo passo foi definir as Ideias Centrais das ECH. A Ideia Central (IC) é extraída das ECH de cada um dos discursos analisados, descrita de forma mais sintética e poucas. É importante destacar que cada resposta/discurso do sujeito pode ter mais de uma IC. As IC encontradas podem ser uma das categorias de análise da pergunta. A(s) IC(s) são o que o entrevistado quis dizer e as ECH como isso foi dito.

Finalizado o cadastramento de todas as repostas, identificação das ECH e IC inicia-se a categorização no software que permitiu a obtenção de uma lista de todas as IC encontradas por pergunta. Estas foram copiadas para o Microsoft Word, separadas por sujeitos e analisadas. Após a análise foram definidas as categorias.

As IC semelhantes formam uma categoria de análise da pesquisa, ou seja, cada categoria foi definida a partir de um grupo de IC semelhante dos depoimentos coletados na pesquisa. O próximo passo foi categorizar as ECH, para cada resposta de cada sujeito por pergunta analisada.

A construção do sujeito coletivo (DSC) foi feita a partir das ECH selecionadas para a mesma categoria, que o software os separa e identifica os sujeitos, a partir dessas falas foi construído o DSC constituído da síntese dos conteúdos e argumentos que conformam as opiniões/pensamentos semelhantes do grupo estudado escrito na primeira pessoa do singular, com o objetivo de fazer o leitor entender o efeito de uma opinião coletiva, como se fosse de um único sujeito.

O DSC foi formado por um número de depoimentos de diversos sujeitos da pesquisa (TVS, GVS e DES). Assim sendo, surgiu uma grande variedade de dados qualitativos e quantitativos na pesquisa.

Através do Qualiquantisoft foi possível realizar a análise da síntese das ideias centrais da pesquisa, consolidado das ECH e IC e Categorias, análise qualiquantitativa da pesquisa através de tabelas.

6. RESULTADOS

Os resultados foram divididos em duas etapas. A primeira será apresentada os dados coletados através da análise documental, onde foi possível identificar o perfil dos alunos inscritos no CTVS, faixa etária, sexo, escolaridade, vínculo, seus interesses em realizar a formação técnica e também a avaliação realizada pelos alunos sobre o curso, docentes, auto avaliação e suas críticas e sugestões durante o IV módulo. A segunda etapa será apresentando o resultado da pesquisa de campo, ou seja, entrevistas e grupo focal, apresentando os DSC abordando diversas temáticas, a cerca da formação, trabalho, identidade e carreira profissional.

6.1 Análise documental

6.1.1 Quanto ao sexo dos discentes do CTVS

Quanto ao sexo dos inscritos 21 (38,18%) eram do sexo masculinos e 34(61,8%) eram do sexo feminino, demonstrando a participação maior das mulheres nos serviços de saúde e de vigilância.

6.1.2 Faixa etária dos discentes do CTVS

A faixa etária dos inscritos em 2011 está descrito na tabela 3 abaixo.

Tabela 3: faixa etária dos discentes matriculados no CTVS. Pernambuco (2016).

Faixa Etária	N	%
20 a 25 anos	0	0
26 a 30 anos	6	10,9
31 a 35 anos	8	14,5
36 a 40 anos	13	23,6
41 a 45 anos	8	14,5
46 a 50 anos	13	23,6
51 a 55 anos	4	7,2
56 a 60 anos	2	3,6
+ 61 anos	1	1,8
Total	55	100

Fonte: Fichas de Inscrição discentes (2011)

É possível identificar a faixa etária em que se encontram os alunos é a economicamente ativa, e se apresenta em maior número entre 36 a 50 anos com 61,7%.

6.1.3 Escolaridade dos discentes matriculados no CTVS

A escolaridade dos discentes durante a matrícula no CTVS está descrita na tabela 04 abaixo.

Tabela 4: Escolaridade dos discentes matriculados no CTVS. Pernambuco (2016).

Escolaridade	N	%
Ensino Médio Completo	29	52,7
Curso Técnico	07	12,7
Graduação Completa	12	21,8
Graduação incompleta	07	12,7
TOTAL	55	100

Fonte: Fichas de inscrição discentes (2011).

A escolaridade mínima requerida para a inscrição no CTVS era de ensino médio completo, porém pode-se observar que 12,7% buscavam outra formação de nível técnico enquanto que 21,8% já possuíam formação de nível superior completa e outros 12,7% com a graduação incompleta.

6.1.4 Cargos que os discentes ocupavam

É possível identificar na tabela 05 que a maioria dos TVS inscritos eram Agentes de Combate a Endemias e o restante dos cargos ocupados eram bem diversificados.

Tabela 5: Cargos que os TVS ocupavam. Pernambuco (2016).

CARGOS	N	%
Agente de combate a endemia	20	36,4
Agente de saúde ambiental	05	9,1
Codificadora de causa básica	01	1,8
Técnico de segurança do trabalho	03	5,5
Assistente de suporte a gestão	01	1,8
Técnico de vigilância epidemiológica	01	1,8
Auxiliar sanitário	02	3,6
Auxiliar sanitário II	03	5,5
Inspetor sanitário	01	1,8
Técnico sanitário	03	5,5
Agente de controle sanitário	03	5,5
Agente Epidemiológico	01	1,8
Auxiliar de laboratório	01	1,8
Agente de saúde	02	3,6
Auxiliar em saúde	01	1,8
Auxiliar de enfermagem	02	3,6
Técnico de enfermagem	03	5,5
Assistentes administrativo	02	3,6
TOTAL	55	100

Fonte: Fichas de inscrição do aluno para o CTVS (2011)

6.1.5 Tempo de serviço dos discentes matriculados

É possível identificar na tabela 06 que 69% dos discentes matriculados já exerciam suas atividades no serviço no período entre 6 a 20 anos. Apenas um aluno tinha menos de um ano de exercício profissional.

Tabela 6: Tempo de serviços dos discentes matriculados. Pernambuco (2016)

Tempo de Serviço	N	%
< 1 ano	01	1,8
1 a 5 anos	13	23,6
6 a 10 anos	24	43,6
11- 15 anos	07	12,7
16 a 20 anos	07	12,7
21 a 25 anos	0	0
26 a 30 anos	02	3,6
Não informado	01	1,8
Total	55	100

Fonte: Fichas de Inscrição discentes (2011).

6.1.6 Principais interesses dos discentes em realizar o curso.

Durante a inscrição dos discentes alguns preencheram a carta de interesse para a sua participação no curso, contendo no máximo 500 caracteres. Entre as respostas foram identificados os seguintes interesses, conforme a tabela 7 abaixo.

Tabela 7: Principais interesses dos discentes em realizar o curso. Pernambuco (2016).

Principais Interesses	Quantidade (N)	%
Melhorar suas atividades profissionais	33	46,47
Se tornar apto para exercer sua função	01	1,4
Adquirir conhecimento	28	39,4
Melhorar o currículo	02	2,8
Crescimento Pessoal	02	2,8
Crescimento profissional	02	2,8
Melhor qualificação	02	2,8
Melhorar a interação da vigilância em saúde e a rede de serviços	01	1,4
Total	71	100

Fonte: Fichas de inscrição discentes (2011).

Entre os principais interesses dos discentes foi possível identificar que 46,47% desejavam melhorar suas atividades profissionais e 39,4% adquirir mais conhecimentos, ficando bem distribuído o restante dos interesses para o curso.

6.1.6 Avaliação dos discentes quanto ao CTVS

A avaliação do CTVS foi aplicado nas duas turmas (A e B) da I GERES, com total de 31 discentes respondentes do questionário, conforme modelo em Anexo B.

Tabela 8: Consolidado de avaliação do CTVS. Pernambuco (2016).

ASPECTOS AVALIADOS	CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO								
	Adequado (N)	%	Pouco Adequado (N)	%	Não Adequado (N)	%	Sem Respostas (N)	%	Total
Conteúdo programático cumprido dentro da	17	58	10	32	3	10	1	3	31
Qualidade do material didático	11	35	19	61	1	3	0	0	31
Compatibilidade do espaço e alunos	27	87	4	13	0	0	0	0	31
Ventilação e iluminação da sala de aula	12	39	14	45	5	16	0	0	31
Limpeza, funcionalidade e conforto das	11	35	17	55	3	10	0	0	31
Adequação do mobiliário às	11	35	16	52	3	10	1	3	31
Espaços de laboratórios	4	13	20	65	7	23	0	0	31
Como viu as práticas	9	29	17	55	4	13	1	3	31
Quanto à dinâmica do curso	21	68	9	29	1	3	0	0	31
Apoio administrativo do curso	14	45	13	42	3	10	1	3	31
Coordenação e supervisão do curso	17	55	10	32	3	10	1	3	31

Fonte: CTVS (2013)

6.1.7 Avaliação dos discentes quanto aos docentes do IV Módulo do CTVS

A avaliação deste item foi para todos os docentes do módulo referido, sendo no total de nove, conforme questionário em Anexo C. Estes foram avaliados, tendo como resultado a tabela 9 abaixo.

Tabela 9: Consolidado de avaliação docentes do IV módulo CTVS. Pernambuco (2016).

ASPECTOS AVALIADOS	CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO								Total
	Adequado (N)	%	Pouco Adequado (N)	%	Não Adequado (N)	%	Sem Resposta (N)	%	
Facilidade de integração e respeito aos alunos	252	90	17	6	8	3	2	1	279
Clareza, objetividade, e sequência lógica.	255	91	15	5	6	2	6	2	279
Estímulo à motivação dos alunos	251	90	19	7	8	3	1	0,3	279
Integração e diálogo nas aulas expositivas e prática	257	92	13	5	6	2	3	1	279
Uso de recursos didáticos (data show, slides)	266	95	5	2	5	2	2	1	279
Postura ética	253	91	14	5	10	4	2	1	279
Metodologia adequada	258	92	11	4	7	3	3	1	279
Avaliação da aprendizagem compatível com o curso	259	93	11	4	7	3	2	1	279
Valorização dos conhecimentos prévios	253	91	20	7	6	2	0	0	279

Fonte: CTVS (2013)

Nos questionários foi possível identificar que em todos os nove itens avaliados dos docentes pelos alunos todos consideram que 90% ou mais foram considerados adequados.

6.1.8 Auto avaliação dos alunos

A auto avaliação do aluno foram destacados como relevantes a motivação e aplicação dos conhecimentos abordados, conforme questionário em Anexo B, descartando o que não foi considerado importante para a pesquisa conforme Tabela 10.

Tabela 10: Consolidado da auto avaliação do aluno. Pernambuco (2016).

ASPECTOS AVALIADOS	CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO						Total
	Adequado (N)	%	Pouco Adequado (N)	%	Não Adequado (N)	%	
Motivação para assimilar os conhecimentos abordados	29	94	2	6	0	0	31
Aplicação dos conhecimentos abordados	30	97	1	3	0	0	31

Fonte: CTVS (2013)

6.1.9 Críticas e sugestões dos alunos

No questionário de avaliação do curso conforme modelo no Anexo B, alguns alunos fizeram críticas e sugestões relativas ao seu processo formativo, descritas conforme Tabela 11 abaixo.

Tabela 11: Descrição das críticas e sugestões feitas pelos alunos em relação ao CTVS. Pernambuco (2016).

CRÍTICAS	N
Laboratório de informática pequeno/poucos computadores por aluno	02
Na antiga gestão os monitores eram só imposição e alunos sem direito	01
A interação do grupo foi proveitosa para a aprendizagem	01
SUGESTÕES	N
Melhorar as condições físicas e instalações	05
Melhor higiene	03
Melhorar o mobiliário – cadeiras	04
Viabilizar acesso à internet aos alunos	01
Melhorar a Viabilização das aulas práticas	01
Reposição de água para beber	01
Melhorar a seleção de professores	02
Deveria avaliar os docentes dos primeiros módulos	01
Docentes devem construir o material didático	03
Melhorar a comunicação com os alunos	06
Melhorar a comunicação do curso com os preceptores dos estágios	01
A coordenação respeitar os alunos	01
A coordenação ser mais presente	01
Entrega do material didático no início do módulo	03
Melhorar a qualidade do material didático	02
Estágio intercalado com a teoria	01
Definir cronograma e as atividades a serem realizadas nos estágios	01
Diminuir a carga horária do estágio do módulo IV	01
Cumprir o curso no tempo proposto	06
Cumprir a carga horária do estágio	01
Curso de nível superior de vigilância em saúde ou pós – técnico	01
Transformar o curso em tecnólogo	01
Inserir na matriz curricular a disciplina metodologia científica	01
TOTAL	52

Fonte: CTVS (2013)

6.2 Pesquisa de campo

A apresentação dos resultados encontrados durante a pesquisa de campo será subdividida quanto às temáticas das questões.

6.2.1 Avaliação quanto à formação Técnica em Vigilância em Saúde

Foram definidas as seguintes categorias conforme o quadro 2 abaixo:

Quadro 2: Categorias e significados quanto à avaliação da formação Técnica em Vigilância em Saúde. Pernambuco (2016).

Categoria	Significado	Nº	%
Curso (A)	Forma generalizada de referir o percurso formativo formal	05	13,16
Formação (B)	Conjunto de conhecimentos adquiridos no processo formativo que conformam uma profissão.	04	10,53
Duração do curso (C)	Tempo necessário para a conclusão de percurso formativo formal	06	15,79
Conteúdos (D)	Saberes teóricos e práticos desenvolvidos em processo formativo constantes de grade curricular	05	13,16
Metodologia (E)	Métodos, técnicas e instrumentos de ensino utilizados no processo formativo	04	10,53
Docentes (F)	Professores e convidados que ministram conteúdos de ensino em processo formativo	06	15,79
Formação para o trabalho (G)	Voltada para desenvolver habilidades e competências a serem desenvolvidas e aplicadas no processo de trabalho.	08	21,05
Total		38	100

No total foram 38 respostas dos sujeitos da pesquisa, sendo em sua maioria relacionadas à formação para o trabalho e o trabalhador (categoria G), seguida pelas categorias relacionadas à duração do curso (C) e à docentes (F).

Em cada categoria, foram desdobradas subcategorias, com as quais, é possível atribuir juízo de valor a cada uma delas. Veremos em detalhes o que pensam os sujeitos da pesquisa sobre cada categoria por meio do Discurso do Sujeito Coletivo.

QUADRO 3 – Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Curso (A). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Foi bom • Foi amplo • Visão abrangente • Foi proveitoso • Como especialização • Como de nível superior • Prega a integralidade • Somou conhecimentos • Despertou para realidade nova • Base para o trabalho • Poderia ter sido melhor • Possibilidade de retorno à sala de aula e estudos 	<p>O Curso foi bom, amplo e com uma visão bem mais abrangente. É como uma especialização, eu senti ele muito mais puxado do que um curso técnico, achava ele como um curso de nível superior. Nós tivemos formação em todas as áreas de vigilância em saúde, ele prega a integralidade e ali estávamos todos misturados, no integral mesmo basicamente. Pelo que eu pude apreender das disciplinas, como eu não tinha nenhuma formação em saúde, foi o curso que me deu toda base né sobre a vigilância epidemiológica e a vigilância em saúde em geral. Eu acho que esse curso foi muito proveitoso em termo de somar, somar conhecimento, na minha percepção foi isso, a gente não estava aprendendo do zero, nem o professor ensinando do começo, para uma sala que não sabia de nada, nós já trabalhávamos na área, porque todos já trabalhavam na área, trabalham né, mas realmente era uma coisa que despertava muito para a gente isso, era uma realidade nova para turma, não deixa de ter sido uma troca muito boa. O curso poderia ter sido melhor né, porque muitos dos professores que vieram eles também não tinha tanto conhecimento em determinadas áreas. Me enriqueceu muito e também estimulou também a você estar participando de aula, porque eu estava fora de escola há muito tempo.</p>

QUADRO 4 – Descrição das subcategorias e DSC referente à Formação (B). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Abre a mente • Muito boa • Muito proveitosa • Contribuição do aluno • Positiva • Impactante • Qualifica os técnicos 	<p>É assim uma formação onde abre a nossa mente, nos fez enriquecer, a vivência que a gente teve com os colegas, as experiências vividas, abre um leque imenso na mente. Uma formação muito boa, experiência única que foi muito proveitoso, aprendizado que a gente teve ninguém toma da gente, mesmo que não tenha a utilidade de exercer. A gente já estava com a nossa mente preparada emocionalmente, psicologicamente que era a primeira turma e estava todo mundo querendo se encontrar para chegar no objetivo, de construir algo de muito proveitoso para enriquecer a nossa área de trabalho através do conhecimento, do que o SUS propõe, então a gente tinha essa consciência, então nós sofremos, mas a gente buscava realmente contribuir para que o desenvolvimento acontecesse para todo mundo. Como sempre foi colocado para a gente que nós éramos um projeto piloto, que era a primeira turma, então assim, tanto para a gente era novidade como também para os professores. Eu acho que já tem sido impactante, tem sido positiva, inclusive já vivenciei assim do outro lado em município e que essa oferta chega para qualificar os técnicos.</p>

QUADRO 5 – Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Duração do Curso (C). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Longa • Compatível a de tecnólogo • Em menos horas • Problemas com docentes • Aumentou pela transição da gestão escolar • Três dias por semana • Intermitente por falta de material didático • Início e fim com gestão diferente 	<p>O tempo do curso eu achei muito, apesar de que tinha muito conteúdo, teria que ser longo. Entendo que se dava em menos tempo, o curso era em menos horas, porque teve uns atropelos, a transição de gestão da escola e o curso deu uma parada de dois a três meses, teve o carnaval e depois foi o período de transição da gestão, foi mais ou menos uns dois meses, e por isso prolongou mais, ficou vai não vai, será que vai dar continuidade, depois chamaram a gente para fazer o curso. Isso foi no período de mudança de gestão na escola, prolongou por causa disso e porque não era diário, era só três dias, quinta, sexta e sábado. Inicialmente como eu tinha me programado para um ano e sete meses mais ou menos que seria a carga horária, eu fiquei um pouco agoniada quando ele continuou porque eu tinha outras programações, mas em relação ao aprendizado o tempo foi bom. Aconteceu uma falta de material logo entre o primeiro e o segundo módulo que teve uma demora em sair o material e aí por causa disso a gente passou quase um mês e pouco sem ter aula, material didático, o caderno do aluno e também acho que foi a seleção dos professores que demorou um pouco entre o primeiro módulo e o segundo, mas depois disso transcorreu normal. Teve umas duas paradas durante o curso, a maior foi essa, que foi a que marcou mais para mim, a parada com a mudança de gestão não foi tão prolongada. Com essa carga horária aqui a gente saía com nível de tecnólogo, a gente faz um curso de nível superior. Em relação ao curso poder ser tecnólogo é porque o curso estava muito extenso mesmo. A orientação do projeto de intervenção, isso já foi o final, então o início teve essa questão né dos professores, mas aí a gente conseguiu seguir, depois a gente teve uma parada, e essa parada foi extremamente longa. Seria bom como sugestão para o próximo, que quando começasse o curso se programasse para terminar com a mesma gestão, é bom porque você fez um acordo com uma pessoa e qualquer coisa olha fulaninho, tem referência, eu pactuei isso.</p>

QUADRO 6 – Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Conteúdos (D). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Muito bom • Apostilas muito boa • Teoria suficiente • Pouca prática • Algumas práticas criadas por alunos • Práticas proveitosas • Dificuldade com práticas 	<p>O conteúdo programático foi muito bom, independente das apostilas que a gente teve muito boa, assim não tenho o que falar, foi muito bom mesmo. A teoria foi suficiente, faltou um pouquinho mais de prática. A gente já tinha a vivência da prática no dia a dia e queria buscar bem mais com o curso técnico em vigilância em saúde, aquele ponto específico que não teve a gente até tentou, algumas conseguiu e outras faltou as aulas práticas. As práticas alguns professores deixava a gente livre para criar. Teve algumas disciplinas eu senti um pouco de dificuldade em relação às práticas, mas fora isso eu acho que todas as aulas práticas foram proveitosas.</p>

QUADRO 7 - Descrição das subcategorias e DCS referente à categoria Metodologia (E). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Troca de conhecimento: alunos- alunos; docentes- alunos e alunos-docentes; • Variedade de profissionais ajudou na troca de conhecimentos e discussões • A Experiência prática dos alunos contribuiu • Depende de professor para professor • Não funcionou aos sábados e no final de tarde • Ativa e vibrantes 	<p>Eu acho que a formação foi passada tanto pelos professores como pelos alunos, a troca foi muito boa, tanto de eu passar para eles de algumas coisas que quase ninguém sabia e deles para mim do campo, tanto do professor também que não sabia às vezes, e a gente passava o conhecimento, então foi mais troca de experiência. Foi exatamente essa troca de experiência, a minha turma era mais misturada, então era muito interessante para gente quando os professores chegavam com a ideia de botar a gente para fazer trabalho de campo e depois realmente misturando a gente para discutir, e aí cada um tinha uma ideia, de quem trabalhava no campo, de quem trabalhava interno, essa coisa foi muito proveitosa, era uma realidade nova para turma, não deixa de ter sido uma troca muito boa. Então a nossa prática fez com que a coisa fluísse, porque assim, se fosse ele chegar sem saber e a gente não teria um campo de trabalho em que todo mundo já teria integrado, e um sabendo, tivesse a vivência, talvez a coisa não tivesse construído, mas construiu por causa disso, porque a turma já sabia a prática, então foi uma troca bem maior, no sentido de seguir em frente. No que a gente trazia o que tinha no dia a dia do serviço e a gente podia compartilhar isso e conversar com o colega que era de outro município que tem uma dinâmica diferente de trabalho, e você dizia mas no meu município não é assim, no meu município é assim, não mas no meu é assim, eu digo é a gente aprende ali né, até trazer também para o seu município alguma coisa que seja diferente e que possa também ajudar na sua dinâmica. A metodologia depende de professor para professor, depende muito do professor, tem professor que é mais dinâmico, tem professor que é só exposição. Quando coincidia de se ter um professor que era mais metódico, mais explanação no final da tarde, principalmente no sábado, então era uma coisa que era desgastante, não era nada estimulante algumas, não são todas, mas principalmente no sábado a tarde, nos sábados deveriam ter sido aulas mais dinâmicas, que era para poder depois de uma semana todinha de trabalho e estudo. Ela sempre trazia alguma coisa no slide que fazia com que você parasse para pensar, então esses tipos de aulas assim eles puxam muito pelo aluno né, tinha aulas que não tinha como você realmente ter esse tipo de método assim mais vibrante, usar dinâmicas em sala de aula, então isso aí ajuda o aluno a prestar um pouco mais de atenção, a dinâmica ela da uma adrenalina, agita bem, então ela ajuda muito nisso.</p>

QUADRO 8 - Descrição das subcategorias e DCS referente à categoria Docentes (F). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Alguns não dominavam a área que ensinavam • Achavam difícil ensinar para quem já sabia • Sentiam dificuldade de avaliar sem realizar prova. • Aprendeu com o aluno • O aluno contribuiu no planejamento das práticas. • Se colocava como colaborador; • De modo geral nível muito bom • O carisma é importante. 	<p>Assim tinha professor que tinha especialidade A, dando aula de especialidade B, mas assim não dominavam o conteúdo. Todos os professores que chegavam diziam que era difícil ensinar para quem já sabe, mas a gente nunca sabe tudo, e quem estava ali estava ali realmente para aprender, para somar, sempre aprendia um pouco, então foi mais troca de experiência. Outra coisa que me chamava atenção tinha professor que se incomodava porque não fazia prova, mas assim tem hora que o próprio professor não sabia o que fazer, como é que eu vou avaliar. Muitos deles também aprenderam com a gente por conta da experiência, disseram para gente que nunca tinha visto coisas, assuntos que a gente levantou como aluno no momento das aulas e até alguns teve aprovação em concurso público com um tema que ela fez relativo a um treinamento que a gente fez, pelas aulas que teve com a gente. As aulas práticas também, inclusive alguns professores deixava a gente criar a prática, foi bom, eles deixavam a gente livre para criar. O lado positivo foi justamente dessa questão da mistura da nossa prática, quando aconteceu essa questão de professor A substituir professor B que não tinha nada a ver com a sua área do seu conhecimento, meio que de termo mais popular, meio que caiu de paraquedas, então a nossa prática fez com que a coisa fluísse. E raríssimas exceções eles já chegavam para a gente assim colocando: "olha eu to aqui para contribuir, mas a gente vai ter uma troca de experiência mesmo, porque minha área é essa e eu to dando isso aqui". Alguns professores precisaram ser trocados, e ficava esperando chegar, chama um professor que não tinha domínio do conteúdo para não ficar sem aula. Os professores no geral de todos os professores do curso eu acho que o nível foi muito bom. Dizer assim que o método foi diferente de qualquer outra aula, não, eu acho que tem muito a ver também com o carisma que o professor ele tem quando ele começa a dar a aula dele.</p>

QUADRO 9 - Descrição das subcategorias e DCS referente à categoria Formação para o trabalho (G). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Enriqueceu o trabalho • Faz a diferença no trabalho • Trabalha com mais esclarecimento e faz sugestões para melhorar • Deu embasamento e consciência para o que já fazia • A modificação não foi grande • Permite uso de parte das informações • Permite mudar de área no trabalho • Visão mais abrangente • Identificação com o trabalho • O profissional de nível médio supre carência do nível superior • O profissional de nível médio deixa de ser auxiliar do nível superior • Melhora postura com colegas e usuários • Permite transmitir conhecimento • Profissional de nível médio como referência • Integra as áreas de atuação nos serviços • Permite discussão teórico-prática no serviço • Alguns alunos não forma liberados pela gestão • Não atrapalha o andamento do serviço 	<p>Foi uma oportunidade única para mim, que sempre trabalhei no campo, lá na ponta da ponta, então quando surgiu a oportunidade eu agarrei, e foi um conhecimento que eu aprendi e enriqueceu meu trabalho no campo, é assim muito produtivo. A vivência que a gente teve com os colegas, as experiências vividas, abre um leque imenso na mente, a gente vai para o território de trabalho, na unidade de trabalho e a gente realmente cresce. Eu estou fazendo a diferença, com certeza sinto isso, eu não estou mais só lá na ponta, sem visão sem esclarecimento, hoje a gente tem esclarecimento maior, a gente sabe onde a gente pode dar uma sugestão para melhorar, e estou fazendo isso no lá no campo, na área, no território, mas na ambiental a gente não tem essa facilidade. Eu acho que teve mais embasamento para aquilo que fazia, apesar de já fazer várias daquelas análises, várias coisas, após o curso teve uma consciência maior do porque, do pra que, do que estava fazendo, mas era uma pessoa com bastante experiência, então a modificação do que ela dá de retorno não foi grande porque já fazia isso. Demonstrou diferença depois do curso, durante os trabalhos e a gente viu interesse e o quanto estavam crescendo com isso. Eu acredito que hoje, eles estão mais usando uma parte das informações para onde eles estão instalados na vigilância, pois é dividido as vigilâncias, então o profissional tem que estar lotado em uma vigilância. Ele não é o técnico que vai atuar nas três vigilâncias ao mesmo tempo, porque está dividido, então teve as informações amplas, mas ele hoje está usando só uma parte das informações. Eles não têm tendo 100% de tudo daquilo que eles aprenderam, não estão usando na prática hoje, porque eles estão lotados em uma determinada vigilância, mas se eles forem para outra vigilância, por exemplo, os que estão na sanitária tiver que migrar para epidemiológica e a ambiental eles já tem a informação anterior do curso. Depois que fizeram o curso eles entenderam que as atividades de saúde do trabalhador, não são desvinculadas das atividades de epidemiologia, porque a gente só pode fazer algum trabalho em campo referente às condições de trabalho se você tiver um perfil de onde está acontecendo àquelas doenças, aqueles acidentes, e quem faz normalmente é o técnico da epidemiologia, então ele já sabem como fazer, que maneira eles vão buscar essas informações, então assim antes não se tinha essa visão ampla, parecia que cada um cuidava do seu e não tinha uma liga, uma ligação, e tem. Como profissional eles melhoraram muito, durante a formação o olhar de conseguir identificar algumas coisas, já modificou, eles conseguiam perceber mais coisas do que antes era habitual deles, da rotina, começaram a ter uma identificação até no trabalho, mas eles ficam vinculados a uma vigilância, se não tivesse essas divisões, todos fazendo tudo e tendo mais um dia a dia, mais próximo, eu acho que aquelas informações que eles tiveram, que foram muitas, podiam estar mais abertas para eles, como é que eu vou dizer melhorar, se apropriar, e usar na prática,</p>

	<p>entendeu se fosse uma coisa mais interligada. O nível técnico ele é importante nesse segmento, e na vigilância em saúde, e na vigilância sanitária nós temos que ter uma estrutura técnica de apoio porque determinadas ações, atividades ele requer apenas a participação do técnico de nível médio, porque com a carência que a gente tem de profissionais de nível superior, essa função de técnico é de uma importância muito grande, principalmente na vigilância em saúde ou sanitária, ambiental e epidemiológica, no interior do estado onde a gente tem uma grande dificuldade de formar equipes com profissionais de nível superior, o que a gente vê é que a grande maioria das vigilâncias sanitárias, principalmente dos municípios menores, a gente tem apenas um ou dois no máximo de nível superior e uma quantidade maior de técnicos de nível médio, isso porque a questão salarial, a própria dificuldade de você arranjar contratar técnicos de nível superior para pequenos municípios e a facilidade que tem de técnicos. Esse curso é extremamente importante porque ele vai capacitar o técnico para que ele não seja apenas o auxiliar do profissional de nível superior, então esse papel é extremamente importante e o técnico adquire essa experiência durante o curso de formação, ou especialização ou um curso que lhe de as condições para ele assumir essas atividades. Eles voltaram com uma visão bem mais abrangente e consegue passar isso para os outros, são um norte, um ponto de referência para os outros, a gente viu o crescimento deles aqui até na postura com os outros colegas, não se sentindo superior a eles, mas sim querendo passar e tendo o orgulho de passar aquilo que eles apreenderam nas aulas, até a forma argumentações, no trato até com o próprio usuário, com o próprio colega, melhorou muito. Dentro do trabalho deles abriram espaço para trabalhar outras áreas da vigilância em saúde. Eu acho que já tem tido resultado, já senti isso também estando do outro lado na ponta e o fato de o estado poder ofertar assim para os municípios entendeu, a gente via assim, enquanto secretaria de gestão do trabalho e educação em saúde lá, a gente via que primeiro integrava as áreas né, integrava a secretaria de gestão do trabalho e educação em saúde com a área da vigilância, então fomentava essa discussão interna na própria secretaria sobre a formação, então isso foi um aspecto interessante a gente vive num processo de fragmentação muito grande dentro da gestão, então eu acho que o curso trouxe, foi uma das coisas que eu senti foi esse benefício, sem falar de estar promovendo a saída dos profissionais, o retorno e a discussão teórico-prática no serviço. Isso impacta tanto na melhoria da vigilância, da assistência, seja lá como também na qualidade da gestão nos serviços. Inclusive como também mudou de gestor nos municípios, os gestores começaram a se incomodar, porque assim tinha feito um acordo com o gestor anterior, quando chegou já a nova, aí essa gestão já começou a se incomodar com essa ausência, porque a gente saia quinta e sexta, e sábado o dia todo. Alguns gestores eram sempre compreensivos, mas também é uma faca de dois gumes, porque você precisa do funcionário, o funcionário está se especializando, e o serviço está ali acontecendo, as coisas estão acontecendo. Com a mudança de gestão, começou a prender aqui, começou a prender ali, tinha pessoas que não vinha porque a carga</p>
--	---

	ficou maior, o trabalho ficou maior. Como tinha a rigidez da presença e a presença era cobrada, a conclusão dependia da frequência, quando começou a ter esses entraves da chefia liberar ou não, muitos colegas faltavam pela necessidade do serviço, e aí não tinha como a escola intervir, porque não tinha o poder para isso. Mas não chegou a interferir de forma a dificultasse o andamento dos trabalhos aqui internamente.
--	--

6.2.2 Avaliação quanto à construção da identidade profissional dos TVS a partir da formação

As respostas foram categorizadas conforme Quadro 10:

Quadro 10: Categorias e significados quanto à identidade profissional dos TVS a partir da formação. Pernambuco (2016).

Categoria	Significado	N	%
Não permitiu construção da identidade profissional (A)	Entende que a formação não contribuiu para construção de identidade profissional.	05	50
Contribuiu para construção da identidade profissional (B)	Entende que a formação contribuiu para a construção de identidade profissional	05	50

QUADRO 11 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Formação não permitiu a construção da identidade profissional (A). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Isso deve partir dos TVS e dos que não fizeram o curso. • O TVS foi pouco valorizado no serviço • Não mudou muita coisa. • Não existe o cargo dentro da estrutura organizacional • Mudança interna para os TVS, não repercutiu no trabalho. • Apenas rotulam como TVS • Ter o conhecimento é diferente de ser/estar como TVS • Falta existir o cargo • Causa transtorno/crise de identidade 	<p>Acho que não, acho que essa percepção deve partir de todos, deles que fizeram e dos que não fizeram, eu acho que essa formação ou esse novo perfil ele foi pouco valorizado pela equipe onde eles estão desenvolvendo as atividades, quer dizer, pelo que eu percebo assim não mudou muita coisa, acho que no meu entendimento na percepção de fora é que não teria, essa mudança foi interna para ele, e não teve essa repercussão fora do âmbito da pessoa dele. Eles não conseguiram não, essa questão que você fala profissional de identificação profissional de Técnico em Vigilância em Saúde também passa por questões organizacionais, da estrutura das prefeituras, eles fizeram um curso muito bom, mas a gente não tem esse cargo dentro da estrutura nos municípios, normalmente as pessoas só conseguem se identificar se na estrutura organizacional tiver esse cargo, e não tem esse cargo, não existe, então eles não se rotulam, "ah eu sou Técnico em Vigilância em Saúde". Eles não se definem como Técnicos em Vigilância em Saúde, nem os colegas os identificam, são fiscais da vigilância sanitária. Uma coisa é ter o conhecimento, outra coisa é ele estar como técnico, eles continuaram na função que eles estavam, não houve mudança aqui internamente, acho que o que falta ainda realmente é vir uma coisa de cima, dizendo que tem o cargo, existe um cargo de técnico em vigilância em saúde e que esse cargo, quem ta ocupando é fulano O curso técnico isso sim causou o maior transtorno, como o curso técnico que foi dado para o ACS, porque a crise de identidade e hoje não é um ACS, é um técnico, e hoje ele não quer mais fazer o papel do ACS. A estrutura organizacional não prevê esse cargo, então não houve nenhum incremento porque a habilidade, a equipe é pequena, e o que ela desenvolvia se manteve desenvolvendo. Agora em termo pessoal assim, em termo de profissional, do reconhecimento profissional não tem.</p>

QUADRO 12 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Formação contribuiu para a construção da identidade profissional (B). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Depende do reconhecimento da gestão • Ter outra formação • Ter atividade profissional • Ter reconhecimento das outras áreas da vigilância. • O reconhecimento pessoal foi no início do curso • O reconhecimento pelos outros foi na metade do curso. 	<p>Não só a formação foi um conjunto, porque a identidade profissional ela também vai depender das outras instâncias né, do gestor o reconhecimento. A identidade profissional não foi só com o curso não, eu já tinha da parte de técnico de segurança do trabalho, eu consegui também juntar né, somar né com a formação. A formação permitiu a construção da identidade profissional, mas não só a formação, também o meu desempenho como, não apenas como profissional na vigilância epidemiológica, mas como passando a reconhecer as outras áreas, porque se eu reconhecer somente a epidemiológica eu jamais construiria minha identidade como vigilância em saúde. Também né, também né, porque eu acho que é um complemento porque a gente já estava nesse processo, exercendo a função, a gente já exercia essa função, então a gente só integrou. Em relação ao meu reconhecimento pessoal, começou talvez logo no início do curso, pessoalmente né, eu comecei a me ver como técnica de vigilância em saúde a partir do momento que eu fui tendo os conhecimentos necessários para exercer a função. Em relação ao reconhecimento da identidade por parte do outro isso veio eu acho na metade do curso, na metade do curso eu comecei a perceber o reconhecimento, porque a partir do momento que as pessoas chegavam para mim e diziam "você é uma técnica", então aí começou a aparecer, embora não dissesse "você é uma técnica de vigilância em saúde", né o nome inteiro do curso.</p>

6.2.3 Avaliação quanto à identidade de si enquanto TVS.

As respostas dos sujeitos foram categorizadas conforme quadro 13 abaixo:

Quadro 13: categorias e significados quanto à identidade de enquanto TVS

Categoria	Significado	N	%
Se identifica como TVS (A)	Tem percepção de si como trabalhador técnico da área de vigilância em saúde	5	83,33
Não se identifica como TVS (B)	Não tem percepção de si como trabalhador técnico da área de vigilância em saúde	1	16,67
TOTAL		06	100

Nessa pergunta verifica-se que, a maior parte dos sujeitos afirmam se identificar como TVS e parcela menor não possui essa percepção de si.

QUADRO 14 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Se identifica como TVS (A). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Identificado por meio de carimbo • Identificado por meio de assinatura digital em e-mails • Identificado por ser responsável por uma função • Não identificado no trabalho. • Ter identificação como sanitaria 	<p>Eu me identifico, eu fiz até um carimbo, eu tenho um carimbo sabe por quê? Tem um caso de meningite, aí o menino esta lá no Correia Picanço, foi feito o bloqueio no pai e na mãe, aí eu tenho que ir em casa para orientar a medicação, na verdade eu sigo o protocolo, mas o protocolo tem que ter alguém que deixou a medicação lá e assinou, o técnico de enfermagem não cabe aqui, porque eu não sou técnico de enfermagem, então eu fiz o carimbo. Eu me identifico como técnico em vigilância em saúde, porque a gente tem que ser responsável por aquilo que faz, eu me reconheço como técnica em vigilância em saúde. Eu como profissional hoje eu me reconheço, mas no meu espaço de trabalho eu não me apresento porque não tem esse espaço, mas eu sei que eu sou uma técnica de vigilância em saúde. Formalmente sou fiscal sanitário, porque a fiscalização exige que a gente se identifique como fiscal da vigilância sanitária, mas a minha apresentação é técnica de vigilância em saúde e sanitaria. Até minha assinatura em e-mail agora já é assim Técnica de Vigilância em Saúde, e ainda faço questão de dizer que fui formada pela ESPPE.</p>

QUADRO 15 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Não se identifica como TVS (B). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Não identificado como TVS 	<p>Não, hoje não, porque eu to como técnico de vigilância sanitária, tem o de fiscalização que é o inspetor e tem o assistente, eu sou o assistente, a gente é exclusivo. A função é vigilância sanitária, o cargo que eu entrei foi de segurança no trabalho, a função, mas o cargo é técnico de vigilância sanitária.</p>

6.2.4: Desenvolver a função de TVS no local de trabalho

Os discursos foram semelhantes para 100% dos TVS, conformando uma única categoria (A) de que desenvolve função de TVS, fato que ressalta a normatividade do trabalho, a despeito de alguns trabalhadores que não se reconhecem como profissional técnico da área onde a função se insere.

QUADRO 16 – Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Desenvolve função de TVS (A). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Como supervisora de campo • Como supervisora do laboratório • Como Técnica de epidemiologia. 	<p>Sim porque a minha função lá antes eu era supervisora, trabalhava como supervisora da equipe da vigilância epidemiológica, quando eu estava fazendo o curso, eu era responsável pela epidemiologia do... , só que quando terminou o curso eu passei já para o campo, então eu faço, eu desempenho, eu faço visita, eu faço investigação, eu faço bloqueio, dentro da epidemiologia. Estou mais fixa no laboratório de leishmaniose que agora incrementou mais um agravo que é a esporotricose, eu to como supervisora desse laboratório e também to como supervisora do vigiágua, e também faço o vigisolo. Sim, é técnico por conta do sistema, o sistema ele é técnico, o (SEVISA) serviço de informação estadual de vigilância é todo técnico. Eu sou técnica de vigilância epidemiológica no Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS).</p>

6.2.5 Reconhecimento dos TVS pela gestão

Os discursos foram categorizados da seguinte forma:

Quadro 17: Categorias e significados, quanto ao reconhecimento dos TVS pela gestão. Pernambuco (2016).

Categoria	Significado	N	%
Não sabe (A)	Não sabe informar sobre o reconhecimento do trabalho e do trabalhador da vigilância em saúde por parte da gestão	1	8,33
Não reconhece (B)	Não há reconhecimento por parte da gestão do trabalho e do trabalhador da vigilância em saúde	4	33,33
Reconhece (C)	A gestão reconhece o trabalho e o trabalhador da vigilância em saúde	7	58,33
TOTAL		12	100

No item que trata sobre o reconhecimento dos TVS pela gestão é possível perceber que mais da metade dos respondentes dizem que a gestão reconhece o TVS formado, no entanto a fala de 33,3% sujeitos afirmam não haver reconhecimento e 8,33% não sabe informar reforçando o não reconhecimento do trabalho e do trabalhador da vigilância em saúde.

QUADRO 18 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Não sabe (A). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Não Sabe 	<p>Reconhecimento como técnico em carreira eu não sei, não tenho participado dessas discussões com a escola, ela é protagonista nessas ações, participa enquanto planejamento de uma política estadual, mas não atua diretamente na execução, então essa relação entre a formação, as discussões em CIR com os gestores, planejamento das turmas, isso é feito mais pela escola de governo e eu tenho participado das discussões mais macro, enquanto política, então não saberia especificar mesmo e falar com segurança.</p>

QUADRO 19 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria não reconhece (B). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Não há reconhecimento • Não há reconhecimento diferenciado 	<p>Não tem reconhecido ainda e nem oficializado alguma gratificação por um curso técnico nessa área, infelizmente e nem uma função gratificada em uso no município. É como eu falei, eles absorveram mais responsabilidades até por uma questão natural, de consequência desse conhecimento, saber como fazer e querer ver o resultado, do que realmente da contrapartida da gestão de ter isso Eu não tenho um reconhecimento diferenciado, são pessoas que a gente conta, que tem essa formação, mas que por ela ter o curso técnico a gestão não tem dado nenhum diferencial para ela não, ela funciona normalmente como os demais que aqui se encontram. Não tem reconhecimento da gestão, eu enfrento diversas situações, mas não. Não são, eu espero, quer dizer eles dentro da vigilância sanitária, todos eles são agentes sanitário, é aquele profissional de nível médio, com formação, antes, hoje ele só pode entrar na vigilância sanitária se ele tiver uma formação de determinadas áreas técnicas, de saúde, relacionada à saúde.</p>

QUADRO 20 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Reconhece (C). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Por afirmar ser TVS • Por situar o trabalhador na área de vigilância • Por articular conhecimentos das áreas da vigilância • Por ter feito o curso • Por permitir mudança de função • Por proximidade • Por meio do PCCV • Por meio de gratificação • Por meio do aprendizado • Mas, não formaliza • Mas, não modifica cargo • Mas, não insere função no PCCV 	<p>A minha reconhece, que apesar de eu ser fiscal, mas a própria gerente ela já disse "você é técnica de vigilância em saúde". As portas da vigilância sanitária se abriram para mim quando sai da epidemiologia porque eu fiz o curso técnico em vigilância em saúde, mesmo eu sendo sanitaria, porque quando eu passei já era sanitaria e assim meu passaporte para a vigilância sanitária foi eu ter feito a formação do técnico em vigilância em saúde. A palavra técnica em vigilância em saúde não fala, reconhecimento pela gerência sim, mas pela coordenação hoje não. O reconhecimento da gerência em qualquer atividade que tiver entre as vigilâncias eu to por dentro. Até que melhorou essa visão aí viu depois do curso, porque ele gosta disso, ele gosta de fazer essa questão aí, eu acredito que reconhece, ele faz: "vocês que já fizeram o curso aí tal, conhece tal, vai fazer essa inspeção aí junto com o pessoal da epidemiologia, da ambiental", tem o reconhecimento sim. Inclusive já coloca a gente em algumas situações por conta do curso e ele já chamava a gente em relação às inspeções, às fiscalizações, ações que teria que ter tanto na parte epidemiológica, como na parte ambiental, da vigilância sanitária, saúde do trabalhador, já coloca a gente nisso. O meu profissional que fez o técnico, o reconhecimento que a gente teve com ele, foi que identificou que ele estava apto até de ser o gerente né, porque ele agora tem muita informação, tem toda capacidade de repassar e gerenciar uma equipe, mas é aquela história de você está aqui, está sendo reconhecido pela gestão, gestão mais direta, mas como é que eu vou dizer, mas você não modifica no teu cargo, tem uma função gratificada, já tem dentro do plano de cargo e carreira né, qualquer curso técnico que tem um limite de horas, a partir de tantas horas, eles tem um percentual, e tanto X quanto TVS2 eles já deram entrada, aí tem na questão salarial, eu não sei quanto é a porcentagem, mais aí mesmo porque eles fizeram um outro tipo de formação e aí a gente, eu acho que mais de 40 horas, aí eles tem um percentual no salário de recompensa. A gestão da o reconhecimento como técnica em termo assim do que eu aprendi, que eu sei né mas eu já disse falta essa parte do financeiro, do reconhecimento, de como eu posso dizer, de formalizar, a palavra é essa, é formalizar. O que precisa é a formalização do profissional, entendeu o reconhecimento, mas se tivesse o Plano de Cargos e Carreiras e Vencimento tinha que ter a declaração que basicamente ele é regulado, porque se não tiver ele não é reconhecido. Existe um PCCV nosso, um plano de cargos, carreira e vencimento, ele tem duas progressões, ele tem uma progressão vertical e tem uma progressão horizontal, ele tem uma por tempo de serviço e tem uma por capacitação, então exatamente por isso, ele teve um ganho proporcional à quantidade de horas que eles tiveram, então ele vai pulando de nível pra isso, porque isso na parte vamos dizer funcional dele, no plano de cargos, do PCC dele, na parte de gratificação não é previsto. Reconhece, não só o reconhecimento</p>

	como falar que eu sou uma técnica de vigilância em saúde, como não só ele né, mas também a coordenadora da vigilância sanitária reconhece a minha função. Eu posso dizer em função salarial também, embora eu não possa ter uma mudança para o salário ser aumentado, o próprio salário em si por conta do plano de cargos e carreiras, mas eu recebi uma função gratificada, sou funcionária efetiva e tenho uma função gratificada. A qualificação técnica ainda não entrou no meu PCCV, eu pensei que entraria no anterior porque eu já entreguei o meu certificado aqui, mas isso ainda não aconteceu, eu não sei por que eles não consideraram o curso técnico quando eu entreguei o meu certificado junto com outros certificados que foram considerados dois de cursos bem menores que o curso técnico, não entendi bem não.
--	---

6.2.6 Reconhecimento dos TVS por colegas de trabalho e outros profissionais (coordenadores).

Os discursos foram categorizados conforme Quadro 21:

Quadro 21: Categorias e significados, quanto ao reconhecimento dos TVS por colegas de trabalho e outros profissionais. Pernambuco (2016).

Categoria	Significado	N	%
Não sabe (A)	Não sabe informar sobre o reconhecimento do trabalho e do trabalhador da vigilância em saúde	1	14,29
Não reconhece (B)	Não há reconhecimento do trabalho e do trabalhador da vigilância em saúde	4	57,14
Reconhece (C)	Há reconhecimento do trabalho e o trabalhador da vigilância em saúde	2	28,57
TOTAL		7	100

O quadro 21 apresenta a categoria B de forma mais representativa, de que não existe reconhecimento por parte dos colegas e coordenadores da vigilância dos TVS enquanto que apenas apenas 30% reconhece, cada um de uma forma diferente como descrito no DSC.

QUADRO 22 – Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Não sabe (A). Pernambuco (2016)

Subcategorias	DSC
• Não sabe	Eu não sei se eles passaram a ter algum reconhecimento, alguma diferenciação, talvez sim nas atividades de diárias.

QUADRO 23 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Não reconhece (B). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Por não perceber diferença • Por não haver alteração na prática • Por não referir à qualificação • Por não haver mudanças • Por não ter a mesma formação 	<p>Mas assim eu não vi diferença nem positiva, nem negativa após eles terem concluído esse curso. A relação com os outros se manteve a mesma, de respeito, de, a proximidade que eles têm, é até uma intimidade por se conhecerem a tanto tempo, mas nada que da parte profissional tenha tido alguma alteração. Muito difícil, não, ainda não são reconhecidos. Eu acho que o único olhar que eles tenham é de ter se arrependido de não ter feito o curso, já que esse PCCV veio depois e eles adquiriram, vamos dizer um currículo com a quantidade de horas em capacitação muito grande, de uma vez só, enquanto que os outros ralariam para ter cursos de 40 horas vários anos depois. Eu não acho que tenha esse diferencial aqui, não sei internamente dentro da equipe pequena, mas a grosso modo eu não acho que que a gente teve esse reconhecimento, "ah ela é técnica, eu vou me reportar a ela porque ela é técnica. Pelos colegas de trabalho eu não consigo visualizar não, possa ser que tenha, mas eu não consigo visualizar não.</p>

QUADRO 24 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Reconhece (C). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Pela colaboração • Por outras razões • Por mudança de função 	<p>Eu acredito que sim, até porque eu ajudo muita gente aí, eu ajudo muita gente aí compreendo que reconheça sim. Pelo menos a minha chefe direta né, a do núcleo ela chega e diz assim "apesar de você ter feito o curso, que lhe ajudou muito mais, mas você sempre foi muito crítica e sempre disposta a aprender mais e tem muita capacidade para desenvolver o seu potencial" não seria bem essas palavras, mas seria mais ou menos o que ela fala, então isso demonstra reconhecimento né como profissional. O reconhecimento como Técnica em Vigilância sim, a prova disso é a mudança da função, porque eu sai da função de digitadora e passei a exercer a função como técnica mesmo, técnica de vigilância epidemiológica, porque como o curso me formava para as quatro vigilâncias, então você poderia ficar ou como técnica em vigilância em saúde em geral ou você poderia trabalhar em qualquer uma das outras vigilâncias, porque infelizmente não existe assim o cargo como técnico de vigilância em saúde dentro de um município, mas existe o técnico de vigilância epidemiológica, técnico em vigilância do trabalhador, ambiental, então como eu trabalhava já na epidemiológica eu continuei nela.</p>

6.2.7 Reconhecimento dos TVS por parte da população

Os discursos foram categorizados conforme Quadro 25:

Quadro 25: Categorias e significados, quanto ao reconhecimento dos TVS pela população. Pernambuco (2016).

Categoria	Significado	Nº	%
Reconhece em momentos específicos (A)	Só há reconhecimento do trabalho e do trabalhador de vigilância em saúde em momentos específicos	1	14,29
Não reconhece (B)	Não há reconhecimento do trabalho e do trabalhador de vigilância em saúde,	1	14,29
Reconhece (C)	Há reconhecimento do trabalho e do trabalhador de vigilância em saúde	5	71,43
TOTAL		7	100

A minoria acredita que não há reconhecimento, por parte da população, ao trabalho e ao trabalhador da vigilância em saúde. Quando ocorre é em situação específica, surto epidêmico. A grande maioria dos sujeitos afirma existir reconhecimento do trabalho e trabalhador pela população.

QUADRO 26 - Descrição das subcategorias e DSC referido a categoria Reconhece em situação específica (A). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> Em surtos 	Quando reclama é porque ta acontecendo alguma coisa, você só é visto quando acontece um surto né, aí você é chamado, na realidade você vai tentar apagar um fogo. Só quando acontece como agora mesmo né, a epidemiologia todo mundo em cima, microcefalia, aí toma injeta dinheiro, vai ali busca achar alguma coisa para botar a vigilância para funcionar, mas por que? Porque ta acontecendo mortes, acontecendo casos, aí é quando visa ver a vigilância em cima, mas ao longo do tempo não é tão visto

QUADRO 27 - Descrição das subcategorias e DSC referida a categoria Não reconhece (B). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Por ser mal visto • Por não fazer nada • Por não ser palpável 	<p>Rapaz hoje eu vejo vigilância sanitária como sendo uma coisa obrigatória, as empresas mesmo ela se sente obrigada a fazer, isso também na realidade as empresas multinacionais, empresas multinacionais elas não são tantas, ela tem a visão, a noção de que precisa fazer tanto vigilância sanitária, como saúde do trabalhador, como vigilância ambiental, ela tem que ter, a visão ela precisa fazer isso porque ela vai render muito mais ela tendo esse conjunto né de atividades dentro dela, dentro da empresa, mas não é muito bem visto não na população. O técnico de segurança do trabalho mesmo, você chega dentro de uma empresa mesmo, ele é visto como quem não faz nada, o técnico de segurança do trabalho em si é visto dentro de algumas empresas ou até então até os próprios funcionários, ele é visto como o cara que não faz nada, no entanto ele ta lá preocupado com os extintores, preocupado com a ventilação, com a iluminação, ruído, calor e no final só se lembram da vigilância sanitária quando tem um incêndio, aí ligam "o incêndio aqui" é justamente a questão das vigilâncias, porque é um trabalho que não é palpável né, mas ele ta presente. A população eu não acho não, e existem pessoas que tem até aquela consciência de que tem que haver um órgão pra verificar isso aí, mas não é tão bem visto não, ainda não.</p>

QUADRO 28 - Descrição das subcategorias e DSC referido a categoria Reconhece (C). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Por meio do atendimento • Por meio da informação • Por meio das ações de campo • Por meio da interação 	<p>A população se sente assistida, ela se sente vista, ela se sente de fato assistida e importante, às vezes eu chego assim meu Deus numa favela, uma comunidade, "oxe doutora pode entrar, senta aqui, sente doutora" então é reconhecido pela população sim, muito. Com certeza a população tem reconhecido, e eu me sinto muito assim realizada quando eu vou dar uma palestra e depois a diretora da escola, os coordenadores vêm nos parabenizar dizendo que alcançou o objetivo com aqueles alunos, então isso é muito importante é gratificante, então eu me sinto reconhecida pelo que eu tive a vivência nesse curso e desenvolver na área em que estou, e no meu dia a dia, quando a gente vai fazer uma parte educativa com um morador, que lá o imóvel dele ta numa situação terrível, e a gente da um prazo de volta e quando a gente volta vê aquele ambiente totalmente transformado ali, poxa isso me deixa tão feliz. Teve um morador que ligou para mim certa vez e disse olhe senhora TVS1, "a senhora não é a supervisora da área da dengue"? Sou eu mesma, "olhe eu to ligando para senhora para dizer que o problema foi resolvido viu, a gente ajeitou a laje, tirou a água, não vai trazer mais foco de dengue, pode ficar tranquila que foi tudo resolvido" então esse contato que a gente tem com a comunidade e vê já ao longo dos anos no nosso trabalho, no nosso dia a dia, então isso me deixa muito feliz e feliz de vê que a nossa visão hoje é outra, por conta do curso técnico de vigilância em saúde, mesmo sem esse reconhecimento. A gente é mais reconhecido pela população, bem mais visto, do que pelo próprio gestor. A população reconhece sim, principalmente porque as vezes o estabelecimento que a gente visita, muitas vezes eles não realizam os devidos cuidados porque não tem a informação, e aí a gente vai lá orienta e adéqua o estabelecimento dele de acordo com as normas que a gente tem, de acordo com o que ta na lei, e muitas vezes realmente eles dizem " que bom, eu queria mesmo que vocês tivessem vindo aqui para poder me dizer se isso ta certo, se ta errado, que a gente tivesse as orientações devidas", então eles reconhecem com certeza. Antes de eu ir pro campo eu não tinha noção disso, mas a partir do momento que eu fui e eu escutei pessoas dizerem que "eu nunca sabia que tinha um trabalho desse tipo que vocês faziam na secretaria de saúde, eu nunca pensei que vocês viriam na minha casa para saber o que é que meu filho teve", então são esses comentários da população e também o agradecimento quando você faz uma quimioprofilaxia pra evitar que aquele caso possa a ter casos secundários, mostra que a população também reconhece o trabalho.</p>

6.2.8 Perspectiva de carreira de TVS nos serviços de vigilância

Em relação a perspectiva de carreira dos TVS foram definidas as seguintes categorias de análise:

Quadro 29: Categorias e significados, quanto à perspectiva de carreira do TVS nos serviços de vigilância em saúde. Pernambuco (2016)

Categoria	Significado	Nº	%
Pode ser estruturada (A)	Existe possibilidade da carreira de TVS ser estruturada	4	66,66
Depende de questões políticas (B)	Questões políticas influenciam na estruturação da carreira de TVS	2	33,33
TOTAL		6	100

Em relação à estruturação de carreira nos serviços de vigilância mais da metade dos respondentes consideram possível que seja estruturada

QUADRO 30 - Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Pode ser estruturada (A). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Por ser profissional técnico de nível médio • Por definição de cargo • Por formação de qualidade • Por formação e experiência no trabalho • Por tempo de serviço • Por capacitações • Por ser considerado profissional chave. • Por articular teoria e prática • Por qualificação • Por existir campo de trabalho no setor privado • Por desenvolver ações de proteção 	<p>Conseguem, com certeza, mas como profissional de nível médio, se for como Técnico em Vigilância em Saúde em um serviço público precisaria ter esse cargo, tem? Trazendo um pouco para minha experiência eu fiz medicina veterinária, e nos primeiros períodos os estudantes que vinham do curso técnico ele tava um grande passo na frente da gente que estava saindo do terceiro ano, entrando na faculdade, ou seja, um curso técnico prepara bem mais para uma formação profissional do que a pessoa que está começando, uma pessoa que está fazendo biologia, pois ela tem uma visão diferenciada nessa graduação do que um aluno que está chegando sem essa preparação, um curso técnico ele prepara de uma forma diferenciada do que os cursos de nível superior com uma formação de especialista. E juntando-se a isso a experiência que eles já têm de trabalho, então eu tenho certeza que havendo possibilidade e oportunidade eles tem condições sim de lograr outros cargo e subir nessa carreira da saúde. Eles terão com certeza espaço diferenciado daqui para frente, quando for fazer um concurso certamente um dos itens que nós exigimos em qualquer contratação, seja temporária, a gente valoriza tempo de serviço anterior, experiência anterior, mais principalmente que é uma pontuação igual pontuação que tem a experiência profissional também em capacitação, vamos dizer na área de vigilância, então em qualquer processo seletivo que nós fazemos, nós direcionamos para capacitações em área de vigilância sanitária, ou seja vigilância em saúde, que envolve também vigilância sanitária. Veja bem o setor regulado, as empresas que a gente fiscaliza que a gente controla, ele tem um olhar muito grande sobre os técnicos que fiscalizam, na hora que qualquer técnico sai da vigilância sanitária, o mercado pega, porque ele é um mercado ligado à vigilância sanitária, porque ele é um profissional que todo conhecimento do que se cobra, tem toda uma formação voltada para vigilância sanitária, ele tem a percepção do que o profissional de vigilância vai ver lá dentro do setor dele, então esse é um profissional chave para ele. Se for buscar um espaço de trabalho fora com essa formação, acho que é um diferencial, com certeza porque você estava na experiência do serviço e você ainda teve a parte teórica, diferente de quem chega ou só com a teoria, ou só com a prática, você está tendo as duas coisas, eu gestora gostaria de ter uma pessoa qualificada como essa. Acho que existe campo de trabalho no serviço particular, embora não seja valorizada ainda, mas quantas empresas, grandes empresas você não tem um grupo de pessoas que precisam ter uma visão de onde estar o risco de adoecimento, onde eu posso evitar esse adoecimento, o que é que eu posso consolidar de informações, tem muita coisa a ser feita né, no ambiente do trabalho em relação à saúde do próprio indivíduo, a saúde emocional desse indivíduo, tudo isso taria dentro, as violências que essas pessoas sofrem os problemas com audição, esse técnico precisa ter essa visão do todo, para poder estar eliminando riscos de adoecimento das pessoas.</p>

QUADRO 31 – Descrição das subcategorias e DSC referido à categoria Depende de questões políticas (B). Pernambuco (2016).

Subcategorias	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Por inexistência de discussão sobre criação do cargo e carreira junto a gestão • Por ser da responsabilidade do município a criação do cargo • Por ser a formação de responsabilidade do Estado • Por foco na formação • Por envolver vários atores das esferas federal, estadual e municipal da saúde. 	<p>Eu acho que tudo depende da questão política, de gestão, cada governo que chega muda todas as nomenclaturas, muda funções, tem que ser uma coisa muito macro eu não consigo visualizar nesse momento, tanto que teve curso técnico do Agente Comunitário de Saúde e a gente não vislumbrou nenhuma mudança também, criou uma crise de identidade lá na ponta, porque eu sou técnico, sim mas você deixou de ser o ACS? Então essa crise gerou sérios problemas, mas não se consolidou, agora esse é o técnico e esse é o ACS sem ser técnico. Nesse momento não estamos nessa discussão, a gente sabe que a diversidade dos municípios é muito grande, então tem uma responsabilidade que é do município, da carreira, do cargo e como é que insere esses profissionais e no estado em si, que aí o estado tem muito mais a questão da gestão, da gestão hospitalar, de média e alta complexidade, então tá mais nesse papel hoje de fazer uma formação para os trabalhadores que estão nos municípios, nas GERES, mais ainda não está nessa discussão em termo de um cargo a nível estadual não. Não é que não haja a preocupação com essa discussão, mas esse momento tem esse foco na formação, pra acho que a discussão é importante né envolve vários atores, envolve a gestão municipal, gestão estadual e diversos órgão também. Inclusive a próprio Ministério da Saúde com suas diretrizes então é uma discussão que precisa ser feita realmente.</p>

6.2.9 Regulamentação da Profissão de TVS

As respostas da pergunta foram definidas em três categorias:

Quadro 32: Categorias e significado, quanto à regulamentação da profissão de TVS. Pernambuco (2016).

Categoria	Significado	Nº	%
Construção da identidade profissional (A)	Necessidade de reconhecimento de si e pelos outros da profissão de TVS	06	60
Valorização profissional (B)	Necessidade de valorizar o profissional e a formação em vigilância em saúde	03	30
Discussão ampla (C)	Necessidade de esclarecimento sobre a profissão, o profissional e função	01	10
TOTAL		10	100

O maior número de respostas refere-se à construção da identidade do TVS por meio da regulamentação da profissão, tal categoria foi construída através dos discursos dos TVS participantes da pesquisa, demonstrando enfaticamente a necessidade de pertencimento a um grupo profissional reconhecido; no que se refere à valorização profissional, aspecto relevante para gestão e para o investimento em formação, e por último a DGES afirma necessidade de

ampla discussão sobre o tema, esclarecendo questões sobre a profissão, o profissional e a função na área da vigilância em saúde.

QUADRO 33 – Descrição das subcategorias e DSC referido à categoria construção da identidade profissional (A). Pernambuco (2016).

CATEGORIA A	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Por ação da gestão • Por formalização da profissão • Por criação do cargo • Por ampla discussão • Por concurso público 	<p>A regulamentação facilita a construção da identidade sim, isso é unânime. E porque não cria o cargo? Isso depende do gestor né essa ação de reconhecer? Já ia ter um outro olhar, uma outra visão da parte dos gestores. Eu pensava que teria que reconhecer o profissional, formalizar, essa parte, formalizar para poder se criar o cargo, depende também do conhecimento da gestão. Se há o curso porque não há a área? Eu não consigo entender isso, aí eu acho que não tem, o campo ainda não ta bem reconhecido, se regulamentar vai sim e seria bom né porque vai haver informação. Ai é quando eu digo tu tem o técnico de vigilância em saúde, que conhece vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância ambiental, não seria bom ter esse técnico dentro de uma empresa? Agora seria com que objetivo? Teria que ver realmente o objetivo desse técnico dentro da empresa, porque a área é grande, ver quatro áreas dentro de uma só, para uma pessoa só, fica meio complicado, eu digo assim ter esse técnico seria bem melhor para a empresa do que ter só um técnico de segurança no trabalho. Tem perspectiva entendeu, porque hoje só ta mais no público, só ta mais no público e ninguém ainda assumiu, nenhum funcionário. A regulamentação da profissão, a criação dela poderia possibilitar também que houvesse esse cargo em outros órgãos, por exemplo, secretaria estadual a gente não tem um concurso para nível médio técnico ou mesmo uma seleção pra você ser um técnico de vigilância em saúde, então isso a criação da profissão, a regulamentação dela possibilitaria que isso viesse a ocorrer porque você tem a gerência de vigilância em saúde dos municípios, você também tem a secretaria de vigilância em saúde estadual né que também poderia vir a ter esses técnicos trabalhando neles, e na federal também né. Na rede privada eu não sei, a gente como vigilância em saúde não trabalharia como técnico de segurança no trabalho porque a profissão já existe, mas você poderia trabalhar como vigilância do trabalho em órgãos privados, a vigilância em saúde do trabalhador. A vontade é que falta do gestor maior de criar o cargo é isso que a gente entende. Regulamentado pela parte educacional ele já é, só falta ser implantado no município e no ministério do trabalho enquanto formação legal exercida, né isso e que com certeza esses entraves aí que elas relatam, com certeza já ia. É assim essa questão dos agentes de endemias e ACS antes eles não tinham esse reconhecimento, e eles não conseguiram justamente por causa dessa coesão, eles não conseguiram ser reconhecidos pela gestão, é o mesmo processo.</p>

QUADRO 34 – Descrição das subcategorias e DSC referido à categoria Valorização do profissional (B). Pernambuco (2016).

CATEGORIA	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Concurso para técnico • Valorizar a formação • Equipara o técnico ao NS • Criação de conselho profissional • Demanda no setor público e privado 	<p>Tinha que ser urgente, era o primeiro passo, abrir concurso para técnico de vigilância em saúde, as pessoas iam procurar e aqueles que já tem, já podem fazer porque já tem, ou estão fazendo o curso técnico, é muito importante. Olhe eu acho que seria um sonho de consumo, que iria ficar altamente valorizado o curso de formação, porque como eu disse, é um profissional extremamente importante para o segmento privado e para também o setor público, aquele que você não tem oportunidade de ter muitos profissionais de nível superior, quando você contratar que não seja contratação política, que seja por formação técnica, e se eu tenho um curso de formação mesmo, com reconhecimento, com conselho, como nós temos o curso técnico de enfermagem, curso técnico de radiologia, curso técnico de segurança no trabalho, quer dizer são cursos técnicos reconhecidos pelo MEC, ministério da educação, e que valoriza muito o profissional, que você vai ser contratado como técnico em vigilância em saúde. Porque a partir desse momento ele é o profissional ele sempre busca o melhor para ele no ponto de vista de estabilidade financeira, de emprego, e tudo, então no momento que você tenha um curso, que você tenha uma formação, que sabe que ele abre um trabalho exclusivamente para ele, ele vai ser um técnico de saúde, é um ganho no espaço de trabalho tranquilamente, aqui só quem mexe sou eu. É importante porque a gente não tem regulamentação nenhuma, hoje eu sou de formação fonoaudióloga, e eu não atuo, e eu não tenho nada que reconheça a minha classe que é de sanitarista, a mesma coisa é um técnico de vigilância, ele não tem nenhum reconhecimento e precisava para que a gente tenha melhoras, melhorias na classe, é preciso que ela se una que ela esteja junta e que ela possa brigar por alguma coisa.</p>

QUADRO 35 – Descrição das subcategorias e DSC referente à categoria Discussão ampla (C). Pernambuco (2016).

CATEGORIA	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • Sobre o profissional • Sobre o papel • Sobre regulamentação • Sobre gestão do trabalho • Sobre atribuições 	<p>Então eu acho que precisa sim se pensar, mas eu acho que a gente precisa de uma ampla discussão e debate sobre o que é isso, qual é o papel, como é que seria para regulamentar uma nova profissão, acho que a gente não tem muito debate em termo de gestão mesmo local sobre o tema, então teria que se iniciar um debate para pensar as formas. Eu acho que, eu não tenho propriedade né, ainda não participando muito dessas discussões a respeito do Técnico em Vigilância em saúde, não teria propriedade para dizer assim hoje a gente tem necessidade, é importante a gente regulamentar, quais seriam as atribuições né, então assim, não tenho propriedade por não estar envolvida nessa discussão atualmente.</p>

7. DISCUSSÃO

Na primeira pergunta sobre o processo formativo e o curso técnico de vigilância em saúde ofertado pela ESPPE, foi possível perceber nos DSC que este foi considerado amplo, abordando conhecimentos em todas as áreas da vigilância de forma integrada. Essa integração das áreas da vigilância é de extrema importância no processo de qualificação dos profissionais da área de vigilância em saúde, pois o sistema de saúde está interligado e precisa que eles funcionem juntos, superando a fragmentação de ações e serviços para produção de saúde para toda população e o cumprimento da integralidade.

A concepção pedagógica dos cursos da ESPPE “privilegiam a integralidade da atenção à saúde, mediante a preparação de profissionais para atuarem na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde” (PERNAMBUCO, 2012, p.8) bem como o objetivo fundamental da vigilância, no cuidado integral a saúde.

A visão da integralidade das ações está dispersa em todos os DSC, principalmente aquelas entre as áreas da vigilância, mas não foi mencionada a integração das vigilâncias com a atenção primária em saúde. Ao contrário é possível perceber resistência no trabalho conjunto entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária nas falas do GVS:

Aqui também o ACS via foco na residência, mandava o pessoal ir lá, aí eu digo, poxa porque você não virou, mandou lavar, passar uma orientação? Isso aí não, isso é coisa da dengue, isso é o que a gente tem que quebrar (GVS1).

Porque eles (os ACE) hoje aqui no [...] eu tenho eles como os grandes notificadores das doenças, não são as ACS, os ACS não tem essa responsabilidade, eles não assumem, aliás, essa responsabilidade elas acham que quem tem que notificar é o médico e a enfermeira quando atender [...] elas não se sentem com essa responsabilidade, elas chamam os ACE para vir notificar, e aí o ACE que está fazendo esse papel embora não tenha esse embasamento teórico que o curso técnico poderia estar lhe dando (GVS4).

Neste momento o confronto da portaria nº 3.252 de 2009, seção III, que trata sobre a integralidade das ações de saúde, ressaltando a necessidade de integrar a vigilância com a atenção primária da saúde de forma integrada e complementar (BRASIL, 2009), reforça a necessidade de reflexão e ação para a efetividade desse preceito constitucional no âmbito dos serviços de vigilância e de atenção primária.

Fica evidente que ainda existe fragmentação importante nas ações de saúde realizadas nos municípios, o que é extremamente prejudicial para o trabalho e para a população assistida. Cada serviço trabalha individualmente sem se articular. O trabalho para promover saúde precisa compreender que tudo está articulado e integrado, o resultado será melhor se todos trabalhassem juntos com a visão ampliada do conceito de saúde, que tem muitas dimensões, como educação, lazer, moradia, emprego, trabalho. Então não se pode se ter saúde sem articular as redes de atenção a saúde do SUS (RAS-SUS).

As falas evidenciam a centralidade das ações na pessoa do médico e na enfermeira da unidade de saúde da família, demonstrando que o ACS não se sente responsável pelas notificações e ações de prevenção que poderiam e deveriam ser feitas durante a visita domiciliar.

A formação durante o CTVS trouxe aos trabalhadores realidade nova, olhar diferenciado, servindo de base para a realização do trabalho, permitiu retorno à sala de aula e troca de conhecimentos. Foram turmas diferenciadas, pois como estavam inseridos nos serviços, não chegaram ao processo formativo como uma tábula rasa, sem conhecimento na área, vinham de outras formações, portanto aprenderam mas também transmitiram conhecimento adquiridos na prática dos serviços e em suas formações anteriores. Tal descrição fica evidente na fala do TVS4 “*a gente percebia não estava aprendendo do zero, nem o professor ensinando do começo, para uma sala que não sabia de nada, nós já trabalhávamos na área, porque todos já trabalhavam na área, trabalham né*”.

Foi considerado pelos docentes a experiência e conhecimentos que os alunos/trabalhadores já possuíam e estes também se sentiam valorizados por transmitir o que sabiam para os colegas e docentes ficando evidente nas falas:

Muitos dos professores que vieram eles também não tinha tanto conhecimento em determinadas áreas e muitos deles também aprenderam com a gente por conta da experiência né, muitos deles mesmo disseram para gente que nunca tinha visto coisas, assuntos que a gente levantou como aluno no momento lá das aulas, e que até alguns teve aprovação em concurso público (TVS3).

“Acabava que o professor trazia uma bagagem, mas ele também saía com muita bagagem” (TVS4).

É importante ressaltar que a metodologia utilizada durante o curso leva em consideração os conhecimentos prévios, demonstrando que não é só o professor que ensina e o aluno recebe conteúdos, nos moldes do modelo bancário da educação discutido por Freire

(2005). Ao contrário, está mais próxima da concepção da pedagogia da autonomia defendida pelo autor (Freire, 1996), pois durante o CTVS o docente não é apenas quem educa, mas aquele que enquanto educa é educado e ao ser educado também educa. Desta forma tanto o aluno como o docente participam do processo da construção da aprendizagem, sendo valorizado os conhecimentos prévios dos alunos, partindo da realidade dos serviços e dos trabalhadores para construção de reflexão de grupo e produção de novo conhecimento.

A metodologia utilizada variou de docente para docente, porém os que utilizavam metodologias mais tradicionais nos turnos da tarde e nos dias de sábado foram mencionados como cansativo devido a dupla jornada de trabalho e estudo dos discentes durante toda a semana. Foi ressaltado o uso de metodologias que estimulassem o aluno a pensar e refletir, metodologias ativas, vibrantes. Também foi considerada como importante a necessidade de maior atenção para a aprendizagem.

Ao compararmos os dados produzidos anteriormente aos dados coletado no questionário de avaliação, no que tange à metodologia, valorização dos conhecimentos prévios, utilização do diálogo para a construção do conhecimento e a forma de avaliação do discente é possível afirmar que a lógica da formação técnica em vigilância em saúde teve como base a problematização ao identificar que 93% dos docentes utilizaram o diálogo, valorizaram os conhecimentos prévios dos alunos (91%) demonstrando que não se consideram os detentores do saber, reconhecendo que os alunos/trabalhadores já tinham a experiência do trabalho e formações anteriores.

Outro ponto importante que merece destaque é o estímulo à motivação dos discentes, com 90% consideraram que foi adequado, mostrando semelhante à proposta da pedagogia da autonomia proposta por Freire (1996).

Verificou-se também que para alguns sujeitos o curso poderia ser de nível superior, tecnólogo ou mesmo uma especialização. Faz lembrar, durante o último módulo do curso, ter havido a tentativa dos discentes de transforma-lo em curso de tecnólogo, usando como argumento a carga horária, como equivalente. É possível perceber que o curso teve aprofundamento teórico tão bom quanto à formação de nível superior ou mesmo especialização na área, o que não deixa de ser positivo, no sentido de aprimoramento dos conhecimentos e melhoramento da prática no trabalho, como também pode ter sido no sentido de ser pragmático e acadêmico, pois continha elementos e conteúdos mais voltados à teoria que a prática.

É possível constatar nas sugestões do questionário de avaliação, o registro da possibilidade do curso ser transformado em tecnólogo, a escola oferecer curso de nível superior na área de vigilância ou pós-técnico, demonstrando o interesse do aluno em aprofundar e prosseguir seus estudos na área de vigilância.

Outro ponto que merece destaque durante a formação foi a variedade de profissionais/estudantes que pertenciam a uma mesma turma, faziam com que as discussões fossem melhores e quando o docente não tinha o conhecimento do que estava ensinando os alunos ajudavam no intuito de contribuir para que o desenvolvimento acontecesse para toda a turma.

De acordo com os cargos que os discentes ocupavam a grande maioria eram de agente de combate a endemias (20) equivalendo a 36,4% dos sujeitos e o restante dos alunos dispersos por diversas ocupações, demonstrando diferenças de nomenclaturas de um município para outro, inclusive para os gerentes da vigilância, tais como diretor, gerente e superintendente, demonstrando as diferentes identidades dentro da vigilância, o que Batistella (2013) diz estar relacionada à prática fragmentada por áreas de atuação e descentralização das ações.

Os docentes do curso de forma geral foram considerados bons, porém em algumas disciplinas estes não tinham o domínio do conteúdo que estavam ministrando e foi nessas condições que a experiência prática da turma fez com que o conhecimento fosse construído, constatados na fala da TVS2: *“quando aconteceu essa questão de professor A substituir professor B que não tinha nada a ver com a sua área do seu conhecimento, meio que de termo mais popular, meio que caiu de paraquedas, então a nossa prática fez com que a coisa fluísse”*.

É importante lembrar que no edital ESPPE Nº 03/2011, de 2 de Agosto de 2011, para seleção simplificada dos docentes que iriam atuar no CTVS I e II GERES durante a primeira etapa foi exigido que o candidato selecionasse a(s) disciplina(s) que deseja ministrar podendo escolher no máximo até três disciplinas, tendo que atender aos requisitos para cada perfil, posteriormente a essa etapa houve a comprovação e análise dos documentos e por último a formação pedagógica dos cinco primeiros lugares de cada disciplina.

Ao confrontar as falas dos sujeitos com o edital de seleção dos docentes, podemos pensar que os docentes ao escolher seus perfis/disciplinas deveriam ter o domínio dos conteúdos, mas ao analisar os perfis de cada disciplina nota-se que não especifica bem a área de conhecimento necessária na graduação utiliza o termo “áreas afins” e ainda “ou

experiência mínima de um ano em docência na área”, dessa forma o texto não torna mais obrigatória a graduação. Em disciplina dos módulos 3 e 4 já existe a preocupação com a experiência profissional, porém não é um requisito obrigatório, podendo ter a graduação ou especialização ou experiência profissional ou docência de no mínimo um ano em alguns perfis.

O edital de seleção de docentes deixou muitas lacunas ao não definir e especificar as graduações como requisito obrigatório, não considerar a experiência profissional na área de vigilância em saúde para algumas disciplinas, fazendo com que fossem classificados alguns docentes que não possuíam conhecimentos necessários para assumir as disciplinas que escolheu e por este motivo sentiram dificuldade para ministrar suas aulas, constatado na fala da TVS4: *“sempre todos os professores que chegavam e diziam que era difícil ensinar para quem já sabe, mas a gente nunca sabe tudo, e quem estava ali estava ali realmente para aprender, para somar, sempre aprendia um pouco”*.

Os docentes sentiram dificuldade para avaliar os alunos sem a aplicação de provas de conhecimento, porém não existe a restrição do seu uso no plano de curso do CTVS quanto ao método que o docente deverá utilizar para avaliar as competências. A avaliação da formação deve ser das competências de cada disciplina, as habilidades do aluno, assiduidade e após a consolidação das avaliações parciais através de conceitos A, B ou C será emitido o conceito final de APTO ou NÃO APTO (PERNAMBUCO, 2012).

Baseado no conhecimento prático do trabalho na escola é verdade que não utiliza as provas como o melhor meio de se avaliar o discente, devido a sua dupla jornada, sugerindo que as avaliações sejam baseadas na participação em discussões e atividades de sala de aula, seminários, domínio dos conteúdos e atividades de casa. O que mais é percebido na experiência do trabalho da supervisão em relação avaliação é a dificuldade de atribuir os conceitos, no lugar de notas, devido a próprio processo de formação anterior que o docente já vem.

Em relação ao modo de avaliação dos conhecimentos durante o IV módulo, 94% consideram que foi adequada a proposta do curso, demonstrando alinhamento da prática docente com a proposta do curso e da escola. Apesar de não poder avaliar todo o curso por meio da análise do questionário, podemos tomar como base para as discussões que acredito ser relevantes para demonstrar a identidade da proposta de formação desses trabalhadores.

Outra dificuldade encontrada durante o processo de formação foi a baixa frequência de alguns alunos, ultrapassando o quantitativo de faltas de 25% conforme a LDB/96. A escola

teve que utilizar como estratégia para a não reprovação dos alunos a recuperação paralela dos conteúdos perdidos, juntamente com a deliberação do conselho de classe para a posterior aprovação de alguns alunos. Entende-se que a escola tem autonomia para deliberar sobre a aprovação de alunos através desses instrumentos, porém o uso da recuperação não se dá para recuperar as faltas e sim conteúdos, aprendizado, conhecimentos, estando assim portando infringindo a LDB e ainda esta acontecendo para todas as turmas do CTVS.

No espaço do questionário onde o aluno faz sugestões foi muito presente a necessidade de melhor selecionar os docentes, a necessidade de avaliar os docentes dos primeiros módulos, os estágios fossem mais próximos das teorias e que o estágio referente ao IV módulo tivesse uma carga horária menor como a do III módulo. Destaco a fala de um dos alunos: *“contratar professores que tenham conhecimento pleno da matéria, pois alguns apenas encheram linguiça”* (TVS).

Quanto aos conteúdos e as apostilas do aluno de modo geral foram considerados muito bons, a teoria em quantidade suficiente, porém as práticas foram poucas e algumas foram criadas/sugeridas pelos alunos do curso. A análise do material didático foi considerado por 61% das turmas do CTVS pouco adequado e colocam como sugestões a necessidade da entrega do material didático no início de cada módulo e a construção dos conteúdos do caderno fossem feitos pelo docente que for ministrar a aula.

Dentro da proposta do plano de curso o material didático deveria ser construído pelo docente, mas não aconteceu para todas as disciplinas, tendo assim um profissional contratado para a construção do material didático (conteudistas) e outros para ministrar as aulas teóricas e práticas, constatado através da seguinte fala: *“os docentes deveriam participar mais da elaboração do conteúdo das apostilas, pois durante o curso aconteceu de não ser utilizada, tornando-se um peso morto e estudamos só com o material elaborado pelo docente”* (TVS).

Em relação à duração do curso foi considerado longo e que levaria menos tempo para a sua realização. O curso atrasou devido às paralisações referentes ao atraso na entrega material didático, mudança na gestão da escola, seleção dos docentes e porque as aulas só aconteciam durante três dias na semana. Mesmo longo, foi considerado bom para aprendizagem e para a quantidade de conteúdos.

Além das paralisações que ocorreram no curso é importante lembrar que no Edital ESPPE nº 02/2011, de 26 de julho de 2011, para seleção dos discentes, a proposta do curso era de 1480 horas e previsão de término em 17 meses e posteriormente ele sofreu

modificações na sua matriz curricular ficando com a carga horária total de 1560 horas e levou 25 meses para seu término.

No que tange a duração do curso foi possível constatar que 53% consideraram adequada a carga horária para a quantidade de conteúdos enquanto outros 33% consideraram pouco adequado e 10% inadequado. Dentro das sugestões também se pode constatar que 6 alunos fizeram menção a duração do curso, ao citar: *“curso muito importante para quem está na área de saúde, porém se faz necessário um bom planejamento para sua execução, para que se cumpra o tempo proposto, visto que somos liberados do trabalho para fazê-lo e pelo compromisso com a comunidade” (TVS).*

Durante as discussões do grupo focal foi debatido mudança de gestão municipal dos serviços de saúde, que dificultou a participação dos alunos nas aulas, sugerindo que o curso deveria iniciar e terminar com a mesma gestão, de forma a garantir a permanência e apoio aos alunos, assegurar o que foi pactuado do início ao fim do processo de formação.

É de fundamental importância o apoio dos gestores municipais da saúde para a liberação dos seus funcionários, ajuda com transporte, alimentação sem prejudicar o seu salário. As pactuações com os gestores são realizadas em reuniões da CIR, porém com a mudança de gestão não existe o compromisso em manter o que foi pactuado anteriormente. É possível notar no discurso da DES que a preocupação é em fazer a oferta da qualificação, não importando em que condições de vínculo no trabalho ou a gestão, ao afirmar que:

[...]cada município tem uma realidade diferente da inserção desses profissionais na rede, mas eu acho que o papel do estado tem sido esse de dar essa oferta de qualificação, seja lá qual o momento que esse município está vivendo, em relação à vinculação desse profissional, mas eu acho que o papel da formação é esse, da oferta a partir das necessidades, lógico que vem do serviço, mas dá essa oferta de qualificação dos profissionais (DES).

Sobre a avaliação do curso foi possível identificar as dificuldades considerando pouco adequadas as aulas práticas (57%) e de laboratório (65%), bem como nas sugestões dos alunos foi possível identificar como proposta a viabilização das aulas práticas, constatando que o CTVS foi muito mais teórico que prático. É importante destacar que na matriz curricular do CTVS a carga horária das aulas teóricas e práticas estão juntas, mesmo que no plano de cada disciplina esteja prescrito as aulas práticas, tornou possível que a prática seja transformada em

aulas teóricas, podemos sugerir que também existe um modelo flexível na formação dos trabalhadores.

Não menos importante, os estudos evidenciaram de forma muito incisiva e representativa as precárias condições de higiene físicas e estruturais que a escola ofereceu para a formação dos TVS ao constatar que as condições de limpeza, funcionalidade e conforto das instalações foram consideradas 55% pouco adequadas e 10% inadequadas, a ventilação e iluminação da sala 45% pouco adequada e 16% inadequado e o mobiliário utilizado foram considerados 53% pouco adequado e 10% inadequado.

Foi possível identificar nas sugestões dos alunos, melhorar as condições físicas e instalações, melhorar a higiene, melhorar o mobiliário fazendo referência as cadeiras utilizadas pelos alunos, disponibilizar o acesso a internet, laboratório de informática pequeno para a quantidade de alunos e com pouca máquinas. Algumas falas deixam um legado para a escola pensar tais como: *“se esta é uma escola de saúde pública por que quase tudo é fora da normatização: cadeiras ergonomicamente incorretas, luzes inadequadas que queimam nossa pele [...]” (TVS)*

“A nossa sala passou todo o curso com 1 ar-condicionado quebrado, tem algumas cadeiras quebradas, mesmo sabendo que esse fato é normal de acontecer em algumas instituições de ensino, o nosso acesso ao laboratório não foi o esperado, por muitas vezes só foi possível acompanhar a aula através de um notebook dos professores por não ter acesso a internet em todas as aulas e por ser apertado o espaço em relação a quantidade de alunos” (TVS).

Tais discursos demonstram as condições físicas oferecidas durante o desenvolvimento do processo de formação, mas é preciso destacar que o espaço da ESPPE não possui estrutura de escola é um espaço adaptado, mas em 26 de março de 2014, o secretário de saúde, Antônio Carlos Figueira autorizou a reforma da escola que funcionava antiga sede da Secretaria de Saúde de Pernambuco, no bairro da Boa Vista. As obras, em uma área de 1,8 mil metros quadrados, com uma previsão de custo de mais de R\$ 2,7 milhões e com previsão de finalização em 180 dias (SES-PE, 2014). No mês de abril deste mesmo ano a escola mudou de sede para a Rua quarenta e oito, no bairro do Espinheiro e encontra-se lá até o momento, pois as obras estão paradas.

Os questionários evidenciam dificuldades com a coordenação e monitores do curso, considerando pouco adequada a gestão (33%) e o apoio administrativo/ monitores (43%), explicando que a coordenação deveria respeitar os alunos, melhorar a comunicação com os

alunos e locais onde aconteceram os estágio, não dava direitos aos alunos e era impositivas (coordenação anterior).

É importante destacar que o curso técnico em vigilância em saúde teve quatro coordenações desde a construção do projeto até a finalização da primeira turma, a terceira foi a que iniciou de fato a execução das primeiras turmas, e depois em fevereiro de 2013 devido a mudança de gestão na ESPPE, todos foram afastados do processo por não possuírem vínculos efetivos na instituição, passando um tempo sem coordenação até a chamada por processo seletivo simplificado de novos contratados para dar prosseguimento aos trabalhos na escola. Enquanto pesquisadora também vivenciei a transição da gestão escolar, ao ser excluída do curso técnico em agente comunitário de saúde e depois retornando em agosto de 2013 através do processo de seleção para o curso técnico em vigilância em saúde.

Fica difícil avaliar desta forma qual gestão do CTVS a turma está falando, pois falam em monitores, mas durante a inserção dos novos contratados em 2013 não havia mais a presença de monitores para o acompanhamento das turmas, apenas a coordenação, supervisor e apoio administrativo, este último tinha mais o papel de organização financeira e de materiais do que acompanhamento pedagógico em si. A menção a antiga gestão fica clara nas falas: *“na gestão anterior era muito difícil o convívio com os monitores, era só imposição e direito como aluno nenhum, agora melhorou muito em pouco tempo” (TVS)*. *“que essa nova coordenação obtenha sucesso para as próximas turmas, pois o início dessa gestão pegou o CTVS em andamento, mas já se percebe a diferença” (TVS)*.

Não é objetivo deste estudo avaliar o modelo de gestão do curso, mas lançar luzes sobre o tema para o processo de formação, como forma de melhorar o que foi negativo e aperfeiçoar mais o que foi positivo. Toda crítica deve ser vista de forma a melhorar e construtiva, pois sem a crítica permaneceríamos no mesmo erro, sem a crítica não será possível a transformação da realidade. Apesar da crítica levar ou não a possibilidade de mudanças, algumas gestão não gostam de ser avaliadas, de identifica/ouvir o que não deu inclusive não permitindo o uso de instrumentos de avaliação.

A categoria sobre formação para o processo de trabalho nos serviços de vigilância foi a que mais foi registrada, demonstrando de forma enfática o ganho dos trabalhadores e serviço para desenvolver o trabalho com mais consciência, esclarecimento e embasamento.

A formação dos TVS foi considerada ampla, mas na fala da GVS2 destaca que mesmo com mudanças no processo de trabalho, os conhecimentos adquiridos não são utilizados na

totalidade, em função da fragmentação da vigilância por áreas. Usam apenas parte daquilo que foi aprendido:

“Eles não tão tendo 100% de tudo daquilo que eles aprenderam, não estão usando na prática hoje, porque eles estão lotados em uma determinada vigilância, mas se eles forem para outra vigilância, por exemplo, os que estão na sanitária tiver que migrar para epidemiológica e a ambiental eles já tem a informação anterior do curso” (GVS2).

“Depois que fizeram o curso eles entenderam que as atividades de saúde do trabalhador, não são desvinculadas das atividades de epidemiologia ... então assim antes não se tinha essa visão ampla, parecia que cada um cuidava do seu e não tinha uma liga, uma ligação, e tem” (GVS2).

“as portas da vigilância sanitária se abriram para mim quando sai da epidemiologia porque eu fiz o curso técnico em vigilância em saúde, ta entendendo, mesmo eu sendo sanitaria, porque quando eu passei eu já era sanitaria” (TVS2).

Por várias vezes é possível perceber no DSC que a formação ofertada pela ESPPE tornou possível aos TVS formados migrar de uma área da vigilância para outra articulando o conjunto de conhecimento adquirido. O profissional de nível técnico é considerado importante na vigilância em saúde para suprir a carência de profissionais de nível superior principalmente no interior do Estado, há maior facilidade de serem contratados, possuem salários mais acessíveis e a formação possibilita maior autonomia do trabalhador, deixando de ser apenas um auxiliar do profissional de nível superior.

Os propósitos da ordenação de formação na área da vigilância em saúde, proposta pelo MS, enseja superar desafios estruturais tais como: a fragmentação das ações de vigilância; o grande número de profissionais de nível superior nos municípios de grande porte e a maior presença de profissionais de nível médio sem qualificação em profissionais nos municípios menores (BRASIL, 2011a).

Para as escolas formadoras, é muita responsabilidade aferir ao processo formativo resolver os problemas estruturais da gestão e organização da vigilância em saúde e ainda suprir a carência de profissionais de nível superior nos municípios menores. Nota-se que é um discurso formador de opiniões, formador do senso comum, um discurso ideológico.

Apesar de na grande maioria dos DSC afirmarem ter havido mudanças significativas nas atividades desenvolvidas no trabalho, apenas a GVS4 diz o contrário:

“praticamente não houve grandes mudanças, porque elas já desenvolviam esse tipo de atividade, eu acho que elas cresceram, passaram a fazer as coisas com mais certeza, com mais solidez, mas a gente não sente grandes diferenças, porque elas já atuavam nessa área principalmente por isso”.

Os discursos dos sujeitos estão bastante ajustados ao modelo flexível da economia defendido por Kuenzer (2007b) ao considerar que a educação tem formado um número cada vez maior de trabalhadores multitarefas no sentido de adaptar a várias situações e tornando o capital menos dependente em relação ao trabalho qualificado. A formação é vista como a possibilidade migratória de uma área para outra, independente da sua identidade com determinada área, a sua função/atividade dependerá da necessidade do serviço.

No que tange a construção da identidade profissional por meio da formação as opiniões ficaram divididas igualmente entre os sujeitos, ficando 50% afirmando que a formação contribuiu para construção da identidade e o restante afirmando que não. As falas dos sujeitos da GVS afirmam que a formação não contribuiu para construção de identidade profissional, em contrapartida as dos TVS afirmam ter contribuído para o reconhecimento de si.

O DCS que afirma a formação não ter construído identidade profissional, justifica pela pouca valorização na equipe de trabalho, e que se houve reconhecimento foi apenas para o profissional formado, não repercutindo no trabalho, destacando a necessidade da existência do cargo dentro da estrutura dos serviços de vigilância para a construção da identidade profissional.

“mas essa questão que você fala profissional de identificação profissional de TVS também passa por questões organizacionais, da estrutura das prefeituras, eles fizeram um curso muito bom, mas a gente não tem esse cargo dentro da estrutura, nos municípios, não tem esse cargo, normalmente as pessoas só conseguem se identificar se na estrutura organizacional tiver esse cargo, e não tem esse cargo, não existe, então assim, eles não se rotulam, ah eu sou Técnico em Vigilância em Saúde”.

O DSC que afirmam não ter construído a identidade profissional está em consonância com Angelim (2010), que afirma que se considera uma profissão se ela possuir um conjunto específico e preciso de atributos distinguindo as profissões das ocupações. Para alguns DSC o TVS não é uma profissão por não ter seus atributos reconhecidos no código das profissões, se assemelhando com a teoria funcionalista.

É importante perceber que o GVS relata não existir o reconhecimento de si pelos TVS no seu espaço de trabalho o que dificulta ainda mais o reconhecimento pelos outros. Conforme Dubar (2010) para ser um grupo profissional é necessário ter uma identidade coletiva e esta contribui para a construção da identidade profissional e o sentimento de pertencimento. A identificação de si e afirmar o seu pertencimento a uma organização enquanto TVS no seu espaço de trabalho é necessária para que os outros também a reconheçam.

Durante a entrevista com a GVS4 foi feita comparação da formação do TVS afirmando que trouxe transtorno e crise de identidade assim como ocorreu na formação técnica do Agente Comunitário de Saúde (ACS), ao citar:

“O curso técnico isso sim causou o maior transtorno, como o curso técnico que foi dado para o Agente Comunitário de Saúde, porque a crise de identidade e hoje não é um Agente Comunitário de Saúde, é um técnico, e hoje ele não quer mais fazer o papel do Agente Comunitário de Saúde, aqui ela já era uma técnica de enfermagem, e ela se manteve como técnica de enfermagem, só com um embasamento bem maior, mas a estrutura organizacional do [...] não prevê esse cargo, então não houve nenhum incremento porque a habilidade, a equipe é pequena, e o que ela desenvolvia se manteve desenvolvendo.”

Apesar de falar em crise de identidade a GVS4 o faz analisando o cargo o TVS sob sua gestão ocupa, entendendo que a crise de identidade se deve pela inexistência do cargo dentro da estrutura organizacional. Mais uma vez a identidade profissional está diretamente vinculada nos discursos a existência do cargo e a sua ausência a crise de identidade tanto para os ACS como para o TVS formados.

Os TVS que afirmaram a contribuição da formação na construção da identidade profissional, mas não apenas ela, reconhecem que muitos trabalhadores possuíam outras formações e estavam inseridos no processo de trabalho da vigilância e tinham conhecimento de suas diferentes áreas, o que permitiu construir a identidade profissional.

Tal concepção da formação como indutora da construção de identidade profissional é defendida por Batistella (2013) e Vieira (2007) ao considerar que a construção das identidades profissionais não pode ser reduzida, exclusivamente, ao período da educação profissional, mas, sobretudo, durante outros momentos da vida laboral e cotidiana, superando a crença de que o reconhecimento de si em um perfil profissional só pode ser adquirida por meio de

currículo prescrito. Essa possibilidade, fundamentalmente, vai depender das trajetórias e da inserção profissional que, no caso do TVS, será nos serviços de vigilância em saúde.

Merece destaque a fala de TVS6 que nunca havia feito formação na área da saúde antes do CTVS, mesmo já atuando há 5 anos no serviço, e o curso serviu de base para atuação profissional: *“Em relação ao meu reconhecimento pessoal, começou talvez logo no início do curso, eu comecei a me ver como técnica de vigilância em saúde a partir do momento que eu fui tendo os conhecimentos necessários para exercer a função ”.*

Acredito que para a TVS6 tenha sido diferente sua compreensão da formação para construção da sua identidade, pois trabalhava sem nenhum conhecimento na área que desenvolvia suas atividades, por este motivo o curso permitiu o reconhecimento de si enquanto TVS durante o processo de formação.

O reconhecimento de si como profissional de uma área de atuação é de fundamental importância para a construção da identidade profissional, e nesse estudo 83,33% dos respondentes se reconhecem como TVS. As formas que eles se identificam são pro meio do uso de carimbo, assinaturas digitais de e-mail e durante a sua apresentação profissional e ainda torna responsável por aquilo que faz: *Eu me identifico como técnico em vigilância em saúde, porque a gente tem que ser responsável por aquilo que faz, eu me reconheço como técnica em vigilância em saúde”(TVS4).*

Apenas TVS3 afirma não se reconhecer como profissional da área, por estar atuando como técnico da vigilância sanitária, ter a formação em técnico de segurança do trabalho. A formalidade da representação dos trabalhadores da vigilância sanitária é muito forte no campo de trabalho, devido ao “poder de polícia” que este setor detém, ficando enraizado a necessidade de nomeação do sujeito como assistente sanitário.

“Não, porque eu to como técnico de vigilância sanitária, técnico na vigilância sanitária, tem o de fiscalização que é o inspetor e tem o assistente, eu sou o assistente, a gente é exclusivo, a ... na vigilância sanitária é exclusivo né, minha função agora é técnico de vigilância sanitária, assistente é o cargo, a função é vigilância sanitária, o cargo que eu entrei foi de segurança no trabalho, a função, mas o cargo é técnico de vigilância sanitária”(TVS3).

“formalmente sou fiscal sanitário, porque a fiscalização exige que a gente se identifique como fiscal da vigilância sanitária, mas a minha apresentação é técnica de vigilância em saúde e sanitaria ” (TVS2).

A fala de TVS1 chama a atenção ao dizer que “... *como profissional hoje eu me reconheço...*”, e complementa “... *no meu espaço de trabalho eu não me apresento porque não tem esse espaço*”. Este discurso demonstra que houve mudança interna para TVS1, porém como não existe o reconhecimento no trabalho esta não se apresenta da mesma forma como se vê, existindo a identidade profissional para si e outra para os outros, não existindo a relação (eu-nós).

Sobre as funções que os alunos formados executam todos reconhecem como sendo de TVS, apesar de TVS1 e TVS2 não terem respondido essa pergunta durante o grupo focal, em outro momento da entrevista relatam desempenhar funções técnicas ao citar que:

“eu estou realmente trabalhando como uma técnica tem um olhar mais abrangente, que a gente observa todas as vigilâncias quando a gente está na ponta, então eu já tenho um outro olhar, eu já posso chegar perto e falar com conhecimento, um olhar técnico, que a gente pode ajudar ali, então na minha área de trabalho de campo eu tenho desenvolvido um trabalho muito melhor” (TVS1).

“Eu mesmo passei um tempo fazendo palestra de educação em saúde, mais diante de algumas dificuldades eu tive que recuar porque eu não estava dando conta das palestras e também ser supervisora de área, de controle de endemias, da dengue, então eu tive que dar um basta” (TVS1).

“quando eu entrei nesse curso eu era vigilância epidemiológica, era supervisora do [...], e aí depois a gente teve uma mudança no organograma e não existe mais [...], agora é todo no nível central, e aí foi quando houve a minha transição para a vigilância sanitária, eu hoje trabalho na questão de fiscalização” (TVS2).

Quanto ao reconhecimento do TVS as respostas mais representativas, foram de que a gestão os reconhece (58,33%) enquanto outros afirmam que não reconhece (33,33%) e um sujeito não soube informar.

Os que não reconhecem o TVS afirmam que não houver diferenciação entre o que representavam antes e após a formação. Afirma que em alguns locais não houve acréscimo salarial com gratificação, mas, ao mesmo tempo, houve aumento de responsabilidade do TVS, que o GVS diz ser de “forma natural”, acumulando serviço sem aumento no seu orçamento. Esse fato trouxe sofrimento para o TVS que afirma ter acumulado palestras de educação em saúde e atividade de supervisão de campo, enquanto que o seu GVS diz que:

“Não tem reconhecido ainda e nem oficializado alguma gratificação por um curso técnico nessa área, infelizmente e nem uma função gratificada em uso no município. É como eu falei, eles absorveram mais responsabilidades até por uma questão natural, de consequência desse conhecimento, saber como fazer e querer ver o resultado, do que realmente da contrapartida da gestão de ter isso” (GVS1).

“o cargo de supervisor dos agentes de endemias, também não tem gratificação, aqui no município não tem, o que no município tem é com passagem, também pecônia, às vezes tem uma gratificação por função gratificada, mas a maioria do município não tem essa gratificação para os supervisores, o status é o título” (GVS1).

A situação de TVS1 é mais crítica, pois apresenta sinais de sofrimento pela falta de reconhecimento de sua profissão no trabalho por parte da gestão e afirma não ter sido de forma natural que acumulou outras funções. Na verdade houve forte apelo da chefia para que assumisse duas funções, pois não teria como colocar outra pessoa na função de supervisão de campo. Diante da fala, podemos afirmar o acúmulo de funções não foi espontâneo, mas forma de exploração do trabalho como ‘retribuição’ pós formação.

Os sujeitos que afirmam ter o reconhecimento como TVS pela gestão, quando esta, simplesmente, menciona ‘você é TVS’, mudanças para outra área da vigilância, quando precisa de um profissional que integre os conhecimentos e desenvolva atividades entre várias áreas da vigilância de forma articulada, acréscimo no plano de cargos e carreiras e vencimentos devido a qualificação profissional, capacidade para assumir cargo de gerente e gratificações.

Em relação ao reconhecimento, pela menção simples a ser técnico de vigilância em saúde, os discursos foram muito diversos e contraditórios entre TVS2, TVS5 e TVS6. Ora dizem que o nome TVS não é citado ora dizem que sim. Podemos afirmar que o reconhecimento da identidade profissional, em certas circunstâncias, é simbólico no interior dos serviços. Podemos constatar as divergências nas seguintes falas:

“a minha reconhece, que apesar de eu ser fiscal, mas a própria gerente que você entrevistou ela já disse você é técnica de vigilância em saúde” (TVS2).

“a palavra técnica em vigilância em saúde não fala. O reconhecimento dele basicamente, da gerência qualquer

atividade que tiver entre as vigilâncias eu to por dentro” (TVS5).

“ na metade do curso eu comecei a perceber o reconhecimento, porque a partir do momento que as pessoas chegavam para mim e diziam “você é uma técnica”, então aí começou a aparecer, embora não dissesse “você é uma técnica de vigilância em saúde”, né o nome inteiro do curso”(TVS6).

“Reconhece não só o reconhecimento como falar que eu sou uma técnica de vigilância em saúde, como não só ele né, mas também a coordenadora da vigilância sanitária reconhece a minha função” (TVS6).

A fala de TVS6, em um primeiro momento, afirma o reconhecimento como técnica e em outro menciona que não, porém em ambas formas se sente reconhecida como Técnica em Vigilância em Saúde, não importando o termo que se utilize, não é necessário que seja falado o nome completo de sua formação.

Em relação ao PCCV apenas TVS6 e TVS3 tiveram direito, porém mesmo recebendo um acréscimo por sua melhor qualificação profissional a TVS6 afirma que o Curso Técnico em Vigilância em Saúde não foi considerado, enquanto outros cursos de menor duração foram pontuados, por essa razão não sabe explicar o porquê do acontecido e mesmo assim ter recebido gratificação de função.

A GVS4 revelou que o PCCDV (Plano de Cargos e Carreiras Desenvolvimento e Vencimentos) do município está iniciando em 2016 a primeira avaliação por mérito, que será avaliado pela chefia imediata, equivalendo 70% da nota e a autoavaliação 30%, devendo atingir o mínimo de 7 (em uma escala de 0 a 10) para conseguir aumento de 1,4%. Em 2017 será a avaliação por qualificação profissional, quando será possível ser considerada a formação do CTVS com um acréscimo de 4,5% sobre o vencimento, porém ainda não sabe os critérios para essa avaliação.

TVS4 percebe seu reconhecimento por meio de gratificação, porém afirma que esta é por aumento da jornada de trabalho, pelo conhecimento e ainda reforça a necessidade de formalização do cargo:

“O que a gente tem hoje de vantagem que foi conhecimento através de algum reconhecimento, mais dentro no próprio serviço, uma gratificação, isso é para algumas pessoas, por exemplo, vou falar do meu caso, no meu caso eu sou concursada e trabalho 6 horas, mais como se eu tenho uma bagagem a mais, aí fui convidada a permanecer as 8 horas, no meu trabalho, permanecer as 8 horas por conta de poder fazer a

assistência mesmo, de fazer serviço mesmo, com a bagagem que se tem, não sei se eu to me dando a entender, fui convidada a trabalhar mais duas horas, isso se chama gratificação, que hoje se eu adoecer eu não vou receber, existe isso, mas em termo de profissional, financeiro...”

“a gestão da o reconhecimento como técnica em termo assim do que eu aprendi, que eu sei né, mas eu já disse falta essa parte do financeiro, do reconhecimento, de como eu posso dizer, de formalizar, a palavra é essa, é formalizar”

Quando a gestão reconhece que o TVS aprendeu na formação, a gratificação e o aumento da jornada de trabalho podem ser considerados como reconhecimento simbólico. No entanto, isso não é percebido como fato pelo TVS 4, que afirma só ser possível o reconhecimento pela formalização da existência do cargo dentro dos serviços. Ou seja, criar a função de Técnica em Vigilância em Saúde, pois quem é do quadro efetivo não tem a possibilidade de mudar o cargo. Para os trabalhadores efetivos o cargo não modifica, mas tem como exercer a função, desde que houvesse o cargo dentro da estrutura dos municípios e estado.

Em relação ao reconhecimento pelos colegas de trabalho e coordenadores a maioria disse não ter havido modificação após a formação, que o sentimento é de arrependimento pelos colegas por não terem feito o curso e, conseqüentemente, recebido acréscimo em seu PCCV.

Os que afirmam haver o reconhecimento pelos colegas de trabalho foram TVS que realizaram entrevista individual, pois no grupo focal não foi feita esta pergunta. Os TVS afirmam que o reconhecimento ocorre por colaboração junto a pessoas do serviço, pela proximidade com a chefia direta e pela mudança de função, conforme a fala de TVS6:

“O reconhecimento como Técnica em Vigilância sim, a prova disso é a mudança da função, porque eu sai da função de digitadora e passei a exercer a função como técnica mesmo, técnica de vigilância epidemiológica, porque como o curso me formava para as quatro vigilâncias, então você poderia ficar ou como técnica em vigilância em saúde em geral ou você poderia trabalhar em qualquer uma das outras vigilâncias, porque infelizmente não existe assim o cargo como técnico de vigilância em saúde dentro de um município”.

Mais uma vez afirma-se que o curso possibilita ao TVS circular em todas as áreas da vigilância, mas como inexistente o cargo, nos serviços de vigilância em saúde ele apenas pode

exercer atividades em uma das áreas (vigilância epidemiológica ou vigilância sanitária ou vigilância em saúde ambiental ou vigilância em saúde do trabalhador).

Quando os sujeitos foram perguntados sobre o reconhecimento da população sobre o trabalho do TVS, 71,43% considera ser reconhecido e as pessoas se sentem assistidas. Essa forma de reconhecimento é gratificante para os trabalhadores da vigilância, principalmente, quando permite efetivar mudanças para a população assistida. Esse fato conforma a percepção de serem mais reconhecidos pela população do que pela própria gestão do serviço.

Merece destaque o trabalho de campo no processo de reconhecimento do trabalho do TVS, em decorrência da proximidade com a população, tornando-o mais evidente no território, onde o contato e a interação ocorrem de forma direta com os usuários, constatado na fala de TVS6:

“Antes de eu ir pro campo eu não tinha noção disso, mas a partir do momento que eu fui e eu escutei pessoas dizerem que “eu nunca sabia que tinha um trabalho desse tipo que vocês faziam na secretaria de saúde, eu nunca pensei que vocês viriam na minha casa para saber o que é que meu filho teve”, então são esses comentários da população e também o agradecimento quando você faz uma quimioprofilaxia pra evitar que aquele caso possa a ter casos secundários, mostra que a população também reconhece o trabalho”.

Tal discurso demonstra a importância dos trabalhadores da vigilância em saúde estarem próximos do território, das pessoas, das relações de produção e reprodução social (econômica, cultural, política, ambiental), de modo a utilizar esses recursos como ponto de partida para produzir informações, tomar decisão e desenvolver ações de saúde (promoção e proteção). O trabalho de campo permite ao trabalhador o reconhecimento de suas atividades pela população, possibilitando ao TVS ter visão e análise ampliadas sobre a realidade do território, diferente das produzidas em espaços fechados, limitadas a consolidação e avaliação de dados secundários sobre agravos, mortes, cobertura e produção e gestão de serviços.

Existem trabalhadores da vigilância que estão encapsulados em suas salas, nos seus computadores, analisando os dados nas fichas de notificação, dos sistemas de informação e pouco se preocupam de como essas informações foram geradas, quem são aquelas pessoas, como vivem e em que condições de saúde se encontram. O território é vivo, ele fala, mas é preciso observação sistemática, escuta direta e percepção aguçada para perceber as necessidades e os problemas existentes nesse espaço, para poder compreendê-lo e agir de forma efetiva e eficiente.

A territorialização é o ponto de partida para o trabalho da vigilância em saúde para a análise do sistema de saúde local, dirigida para a população considerando toda a diversidade de objetos e ações e as relações de poder. É método de análise das informações de condições de vida e saúde em qualquer dimensão da realidade - social, cultural, econômico, político (GONDIM; MONKEN, 2008), onde se considera “o território como uma categoria de análise social” (SOUZA, 2004, p. 70).

“A proposta da territorialização, contribui para a reorganização do processo de trabalho em saúde, como método e expressão geográfica de intencionalidades humanas, permite a gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos (ações) presentes nos territórios e; fixos (objetos) que emolduram o espaço da vida cotidiana. Sobretudo, pode revelar como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde” (GONDIM; MONKEN, 2008, p. 398).

O território torna-se, nesse estudo, categoria de análise importante para construção da identidade profissional ao permitiu ao TVS reconhecimento de sua atividade de trabalho e perceber que a população valoriza sua atuação ao adentrar o território.

Na análise dos DSC, em certo momento foi considerado que a população não reconhece o trabalho da vigilância em saúde, especificamente da vigilância sanitária, por ser percebido como obrigação e também por distanciamento de algumas atividades, como no caso do técnico de segurança do trabalho, que trabalha vinculado a prevenção de acidentes, sendo entendido como alguém que ‘não trabalha’.

A vigilância em saúde configura trabalho de proteção (promoção, prevenção e precaução) que, muitas vezes, não é percebida pela população no cotidiano do território, mas, apenas e significativamente, em momentos específicos como em caso de surtos e epidemias.

É possível pensar na associação que a população ainda faz entre o profissional da vigilância em saúde e o fiscal sanitário, com poder punitivo de polícia de Estado, destacada na fala do TVS3 a existência de profissional com esse perfil:

“E também existe muitos técnicos ainda hoje mesmo fazendo curso, mesmo fazendo, se aprimorando, ele não chega como orientador, ele chega como polícia, com poder de polícia, chega lá querendo bancar, eu digo calma a gente tem que orientar, a gente orienta, eu acho que a melhor forma de você conseguir as coisas é orientando, e aí mesmo assim, mesmo colegas que

passou pelo curso tal ainda chegam com essa visão, de que é polícia”.

Desta forma constata-se que alguns trabalhadores que atuam na vigilância sanitária evidenciam o perfil de fiscal sanitário, considerado retrocesso às antigas ações higienistas, rígidas e desfocadas da realidade social no interior de modelo campanhista-sanitarista que mesmo focado na prevenção e promoção da saúde, limitado por intervenções sobre pessoas e ambiente sem incluir análise dos contextos de vida e das condições de saúde. Essa postura profissional na vigilância sanitária não se vincula a pouca qualificação do profissional, mas pela relação histórica das práticas dessa profissão, mediada pelo uso da força e da coerção para efetividade das ações de saúde.

A pesquisa ao ouvir os sujeitos sobre a possibilidade de estruturação de carreira profissional para TVS verificou que 66,66 % afirmam positivamente para essa perspectiva, vinculada à criação do cargo de TVS, e por considerar este profissional bem preparado pela formação e experiência no serviço. Explicitam que a formação é elemento a ser considerado em processos seletivos e concursos públicos aliados ao tempo de prática nos serviços, e que o setor regulado pela vigilância sanitária absorve esses trabalhadores, quando formados ou quando saem do serviço, sendo considerado um profissional chave para as empresas.

Ainda sobre estruturação de carreira, os GVS e DES afirmam que tudo dependerá das discussões políticas, devendo cada esfera de gestão (municipal, estadual e federal) se responsabilizar pela inserção do TVS nos serviços de saúde. No momento não existe discussão sobre a criação do cargo no estado, cujo foco é na formação dos trabalhadores, mas consideram importante pensar sobre o assunto.

É importante destacar que existe a necessidade de formação, para a construção de exército de reserva, deixando o serviço menos dependente dos trabalhadores já fixados ao processo de trabalho da vigilância em saúde. No entanto, a política para reconhecimento, regulamentação e criação de plano de cargos não acompanha, na mesma velocidade, os processos formativos e reivindicativos dos trabalhadores da área, se caracterizando como processo de inclusão excludente, defendido por Kuenzer (2007b, p.1167) que relaciona os processos formação profissional e trabalho:

“[...] regime de acumulação flexível ora inclui e ora exclui os trabalhadores com diferentes qualificações, de modo a constituir diferentes formas de subcontratação e trabalho temporário, e que, ao combinar diferentes estratégias para a extração da mais valia asseguram a lógica mercantil”.

Por fim, a pesquisa investigou a possibilitar de obtenção de subsídios para construção de proposta para criação do cargo e/ou regulamentação profissional dos trabalhadores TVS. Os grupos da pesquisa no interior da GVS e da DES que se debruçam sobre esses temas e os TVS afirmaram que, a regulamentação facilita a construção da identidade profissional, no entanto não há qualquer proposta formulada para esse fim.

Os TVS, em geral, acreditam que a regulamentação facilita a construção da identidade profissional, e que depende do gestor a institucionalização. Acreditam que a existência do cargo nos serviços, concursos e seleções públicas para contratação de com perfil profissional para a área da vigilância em saúde, contribuiriam para o reconhecimento da profissão, pois haveria informação relevante sobre a formação. Portanto, qualquer órgão (público ou privado) teria interesse em ter um trabalhador com formação reconhecida e valorizada. E ainda, expuseram a necessidade da coesão no grupo de TVS para exigência de reconhecimento profissional do mesmo modo como ocorreu com o ACS E ACE.

Para os GVS a regulamentação deve ser urgente e necessária, valorizando a formação e o profissional, o reconhecimento, possibilitar a existência de concursos, tornar o TVS profissional institucionalizado, abrir espaço de trabalho exclusivo, e aportar melhorias para a classe contribuindo para a luta dos TVS por seu espaço.

A DES afirma a necessidade de discussão sobre a regulamentação, mas não se sente com propriedade para falar por não estar envolvida com a temática.

Os resultados fazem refletir sobre o processo de inclusão e exclusão, onde por um lado os processos formativos incluem e, por outro, demandas do mercado excluem. No âmbito do SUS a necessidade de trabalhadores para área da vigilância em saúde, para melhoria dos serviços, abre perspectivas de inclusão, no entanto fica a pouca preocupação com a inserção do TVS nos serviços, conforma movimento de exclusão.

As políticas de educação não acompanham as de regulamentação e de construção de carreiras no serviço público, em especial na área da saúde. Desse modo, do ponto de vista formal, inexistente a possibilidade do profissional da vigilância permanecer nessa atividade ou ingressar em outro serviço correlato em função da pouca clareza sobre a profissão. Tudo fica na dependência das necessidades do mercado, do capital, do poder hegemônico de algumas profissões, consideradas sábias, asseguradas por códigos e regulamentadas.

Para a gestão não existe a identidade do TVS pela inexistência do cargo dentro dos serviços públicos municipais ou estaduais, já para os técnicos em vigilância em saúde, em

geral, existe reconhecimento de si enquanto trabalhador da área, porém esta definição de si para TVS1 só ocorre no lugar de trabalho, fazendo com que o território e a população adscrita reconheça, sua função como trabalho importante, tornando-o possível de transformar a realidade por meio de suas atividades.

Se a identidade profissional do TVS depende do reconhecimento do eu-nós, a partir da inserção profissional nos serviços é possível dizer que sem a existência do cargo na estrutura dos serviços não é possível a construção da identidade profissional, por não ser reconhecido enquanto tal. Não menos importante, a população tem papel fundamental para a construção do eu – TVS, ao permitir ao trabalhador o reconhecimento do seu trabalho.

Mesmo que de forma simbólica exista reconhecimento por parte de alguns gestores, por meio de menção nominal a seus trabalhadores como TVS, de mudança de setor, de aplicação de gratificações e por PCCV, a relação das identidades profissionais estão, singularmente, vinculadas a códigos de profissões ou mesmo a existência de cargo na estrutura do SUS.

Por isso, torna-se tarefa difícil para os profissionais da vigilância em saúde construir identidade social (nós) no momento, podendo inclusive, no futuro interferir na identidade do eu. Vai depender da união desses trabalhadores como classe trabalhadora, em defender sua existência, por meio de ações que visem seu reconhecimento, não só pela dimensão da formação, mas também da dimensão social.

Conclui-se que no modelo de avaliação da formação por competências, o reconhecimento de si e pelo outro é dificultado no processo de estruturação de identidades profissionais, visto que a avaliação da qualificação é feita nos serviço de forma individual, analisando conhecimentos teóricos e práticos, relacionamento entre os pares e qualidades subjetivas no desenvolvimento do trabalho. Fica descartada a avaliação coletiva onde a dimensão relacional e a interação poderiam aportar outros conteúdos para o reconhecimento profissional.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos ao final desta pesquisa, que o processo de construção da identidade profissional anda a passos lentos para o Técnico em Vigilância em Saúde, devido à falta do reconhecimento social (nós) após formação técnica na área.

De acordo com os resultados não houve mudança na identidade profissional, apenas incorporação de mais saberes e atividades com maior responsabilidade. Em algumas falas, como exceção, houve reconhecimento, por meio da aquisição de gratificação seguida de aumento de carga horária de trabalho e aumento salarial através do PCCV. No entanto, para a gestão não houve reconhecimento da identidade, mesmo com o curso de formação para os trabalhadores da vigilância em saúde, como TVS.

O CTVS oferecido pela ESPPE teve papel importante para a construção da identidade profissional. Apesar das dificuldades apontadas permitiu ao aluno conhecimento amplo no campo da vigilância, ainda que pragmático e teórico, a experiência de trabalho junto a metodologias ativas utilizadas permitiram construir conhecimentos na área e o reconhecimento de si.

Entendemos que não se deve receber crítica como algo negativo, mas absorvê-la no sentido de refletir sobre os aspectos apontados pelos alunos no que tange a dificuldades com a docência, qualidade e conteúdo do material didático, coordenação do curso, gestão municipal e estadual com o apoio efetivo ao conjunto das atividades de ensino do início ao fim do processo formativo.

Apontamos como necessário ciclos de avaliações, permanentes, ao longo do processo de desenvolvimento do curso sobre: necessidade de realizar aproveitamento de estudos e experiências anteriores dos discentes, pactuações, plano de curso, processo de seleção de docentes e discentes, pois não têm sido realizadas rotineiramente por algumas coordenações da ESPPE..

Sugerimos estruturação de observatório escolar para desenvolver estudos de acompanhamento, análise e orientação a implementação de cursos de formação técnica, residência, aperfeiçoamento e outros oferecidos pela ESPPE, possibilitando avaliar e monitorar trajetórias profissionais de alunos formados, oferecendo informações para subsidiar o desenvolvimento de ações que propiciem o aperfeiçoamento dos mesmos.

Este estudo lança luzes sobre a necessidade de criação de postos de trabalho para a profissão de técnico de vigilância em saúde, por entender que existe campo de trabalho tanto

nos serviços de saúde pública do SUS, como no mercado de trabalho privado. Percebemos, nos discursos analisados, que houve demanda e necessidade de formação abrangente para todas as áreas da vigilância, no entanto não houve a mesma preocupação relacionada a inserção do TVS em uma carreira.

Dessa forma urge que gestores das três esferas de gestão (federal, estadual e municipal) se mobilizem e construam estratégias para ampliar discussões sobre carreira, regulamentação da profissão e plano de cargos, carreira e salários com definição de atribuições e função para este profissional no campo do trabalho em saúde.

Acreditamos que uma proposta para a criação do cargo de TVS no SUS, deve estar pautada na inserção desse profissional nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), como articulador das ações de vigilância em saúde (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância em saúde ambiental) na atenção básica.

O papel do TVS junto aos territórios, pela proximidade e relação permanente com a população, identificando potencialidades, problemas e necessidades, contribui para coleta oportuna e sistemática de dados e a produção de informações sobre condições de vida e situação de saúde, desvelando quem são essas pessoas, como vivem, trabalham, adoecem e morrem, e como se relacionam e produzem suas condições de existência.

Desse modo, a equipe de saúde seria beneficiada pelo acesso a dados fidedignos gerados no âmbito local, possibilitando desenvolver capacidades para articular outros serviços públicos existentes no território, para elaborar propostas de intervenção, analisar e acompanhar o perfil epidemiológico da população para tomada integrada de decisão e o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Por essa razão, seria ganho para a gestão do SUS a inserção do TVS nas equipes de ESF, na articulação da ABS com a vigilância e outras políticas públicas, como promoção e educação popular em saúde. Fomentaria trabalho articulado e eficaz, possibilitando redução de custos com exames, consultas especializadas, internações, medicamentos e, sobretudo, melhoria nos indicadores de saúde. Para o TVS sua inserção no processo de trabalho da ABS/ESF possibilita construção de uma carreira, manutenção do emprego, reinserção no mercado de trabalho e reconhecimento social da profissão.

Este trabalho, na fase de coleta de dados, oportunizou aos TVS, sujeitos da pesquisa, iniciar processo de discussão sobre temas aportados pelo grupo focal e pelas entrevistas, despertando a necessidade de se constituírem em coletivo para articulação conjunta de

demandas inerentes ao trabalho, ao trabalhador e ao processo de trabalho da vigilância em saúde, inclusive do ponto de vista político no que tange a regulamentação da profissão e a criação do cargo dentro do SUS.

Do mesmo modo, a capilaridade de informações produzidas na implementação da pesquisa no interior da ESPPE, produziu discussões em outras turmas em formação, cujos alunos-trabalhadores se permitiram dialogar sobre questões relacionadas a profissão e a identidade do TVS, em seus locais de trabalho, em reuniões formais e informais, demonstrando a angústia que o tema provoca frente as incertezas do mundo do trabalho.

O movimento de aproximação entre academia, serviços de saúde e escola de formação produzido no processo investigativo, impulsionou com ênfase o desenvolvimento desta dissertação, por situá-la como mensageira de ‘uma causa’ que consideramos pertinente, justa e necessária.

Por último, e não menos importante, esta pesquisa permitiu: crescimento pessoal e profissional; possibilidade de mudanças para o curso ofertado pela ESPPE; novo olhar e senso crítico sobre o universo do trabalho, do trabalhador e do processo de trabalho da vigilância em saúde, incluindo qualificação profissional, para construção de novos sujeitos, individual e coletivo, que questionam e não aceitam como verdade tudo que lê e escuta, estimulados pelo desejo de continuar aprendendo ao longo da vida.

Como sujeito implicado com o objeto dessa pesquisa, ensejo produzir novos estudos sobre o tema, e a partir dos resultados elaborar artigo científico na perspectiva de democratização dos achados, para fomentar reflexões e discussões junto a trabalhadores, gestores e formadores do SUS.

Temos claro, que não paramos por aqui! O projeto de doutorado surge, nesse momento, como horizonte e como utopia, ousadia de fazer algo que permita, no âmbito do setor saúde, valorizar trabalhadores técnicos de nível médio, melhorar a qualidade dos serviços, e desvelar, nos discursos (ideológicos?) que conformam as políticas de saúde e de educação, postulados que contribuam, efetivamente, para a formação dos trabalhadores do SUS, na perspectiva crítica emancipatória.

9. REFERÊNCIAS

ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de Caso em Pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

ANGELIN, P.E. **Profissionalismo e Profissão**: teorias sociológicas e o processo de profissionalização no Brasil. *Revista Espaço de Diálogo e Desconexão*, Araraquara, v. 3, n. 1, jul/dez. 2010.

AZEVEDO, L.A; SHIROMA, E.O; COAN, M. **As políticas públicas para a educação profissional e tecnológica**: sucessivas reformas para atender a quem ? *Boletim Técnico do Senac*, v. 38, n. 2, maio/agosto 2012. Disponível em: <http://www.senac.br/media/20984/artigo3.pdf>, acesso em julho de 2013.

BATISTELLA, C.E.C. **Tensões na Constituição de Identidades Profissionais a partir do Currículo**: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde. Rio de Janeiro, 2009.

BATISTELLA, C.E.C. **Qualificação e Identidade Profissional dos Trabalhadores Técnicos da Vigilância em Saúde**: entre ruínas, fronteiras e projetos. In: MOROSINI org. *Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional do SUS*. Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2013.

BENCHIMOL, J (coord). **Manguinhos do Sonho à Vida**: a ciência na Belle Époque. Rio de Janeiro. Fiocruz, Casa de Oswaldo Cruz, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **4º Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1967.

_____. _____. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde**. Relatório final. Brasília, 1986a.

_____. _____. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília, 1986b.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio**. Rio de Janeiro, 1987.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996**.

_____. Presidência da República. **Decreto n. 2.208 de 17 de Abril de 1997**.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e tecnológica. **Legislação Básica**. Brasília, 2001.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**:

caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **3º Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Brasília, 2005

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância e Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de respostas aos velhos e novos desafios.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Documento Base.** Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009.** Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009.** Brasília, 2009b.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação Na Saúde. Departamento da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Técnico em vigilância em saúde:** diretrizes e orientações para a formação. Brasília, 2011a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde.** Parte 1, Vol 5. Brasília, 2011b.

_____. Casa Civil. **Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011.** Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. **Resolução Nº196/96 versão 2012.**

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação Na Saúde. Departamento da Educação em Saúde. **Glossário temático:** gestão do trabalho e da educação na saúde. 2ed. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Diretoria de Políticas de Educação Profissional e Tecnológica. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos.** Brasília, 2014.

CHINELLI, F ; VIEIRA, M ; DELUIZ, N. **O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde.** In : MOROSINI, M.V.G.C (org). *Trabalhadores Técnicos da Saúde : aspectos da qualificação.* EPSJV. Rio de Janeiro, 2013.

COELHO, E.C. *As profissões imperiais:* medicina, engenharia e advocacia. Rio de Janeiro: Record, 1999.

CUNHA, L. A. **O Ensino dos Ofícios Artesanais e Manufatureiros no Brasil Escravocrata.** São Paulo, Brasília: Editora Unesp, Flacso, 2000.

DEJOURS, C. **Travail, usure mentale:** essai de psychopathologie du travail. Paris: Bayard, 1993.

DELUIZ, N. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação:** implicações para o currículo. Boletim Técnico do SENAC, 2001.

DUBAR, C. **A socialização:** construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora, 1997.

_____. **La Crise des identités:** l'interprétation d'une mutation. 4. ed. Paris: PUF, 2010.

_____. **A construção de si pela atividade de trabalho:** a socialização profissional. Cadernos de Pesquisa. v.42, n. 146, maio/ago 2012.

ESCOREL,S; TEIXEIRA,L.A. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963 no Império ao Desenvolvimento Populista.** In: GIOVANELLA, L e Org. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ºed. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2012.

FAIRCLOUGH, N. **Language and Power.** New York: Longman, 1989.

FERREIRA, M.A et al. **O significado do profae segundo os alunos:** contribuição para a construção de uma política pública de formação profissional em saúde. Florianópolis,2007.

FIDALGO, N.L.R; FIDALGO, F. **Refluxos sociais da lógica de competências: o processo de individualização em foco.** In: FIDALGO, F; OLIVEIRA, M.A. M; FIDALGO, N.L.R. *Educação Profissional e a Lógica das Competências*. Editora Vozes, 2 ed, Petrópolis –RJ, 2010.

FRANZOI, N.L. **Da profissão como profissão de fé ao “mercado em constante mutação”:** trajetórias e profissionalização dos alunos do plano estadual de qualificação do Rio Grande do Sul (PEQ-RS). Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003.

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

_____. **Pedagogia do Oprimido.** Paz e Terra. Rio de Janeiro, 2005.

GIOVANELLA, L e Org. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** 2ed. Ed Fiocruz. Rio de Janeiro, 2012.

GIL, A. C. **Estudo de Caso.** Ed Atlas: São Paulo, 2009.

GIRARDI, S.N. **Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde:** questões para um governo democrático e inclusionista. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo.** Ano8, nº15, 2002. P. 67- 85.

GIRARDI, S.N; SEIXAS, P.H. **Dilemas da regulamentação profissional na área da saúde:** questões para um governo democrático e inclusionista. In: BRASIL, 2002. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. V 2, nº 5. Brasília, 2002.

GIRARDI, S.N; FERNANDES JR, H; CARVALHO, C.L. **A Regulamentação das Profissões no Brasil**. 2000. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude>>. Acessado em: 27 de outubro de 2014.

GONDIM, G.M.M.;MONKEN, M. **Saúde, educação, cidadania e participação: a experiência do Proformar**. Trabalho, Educação e Saúde, 1(2): 335-353, 2003.

GONDIM, G.; MONKEN M. **Territorialização em Saúde** (Verbete). In: Pereira, Isabel B.; Lima, Júlio C.F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.392-399.

HUGHES, E.C. **Men and their work**. Connecticut: Greenwood Press, 1981.

JACQUES, M.G. **Identidade e Trabalho**. In: CATTANI (org). *Trabalho e Tecnologia*. Dicionário Crítico. Editora Vozes. Rio de Janeiro, 1997.

KROPF, S.P; LIMA, N.T. **A doença de chagas e o movimento sanitarista da década de 1910**. In: In: PONTE org. *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Fiocruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2010.

KUENZER, A. **Conhecimento e competências no trabalho e na escola**. Boletim Técnico do SENAC, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 3, maio/ago. 2002.

_____. **Competência com Práxis: os Dilemas da Relação entre Teoria e Prática na Educação dos Trabalhadores**. Boletim Técnico do SENAC. Rio de Janeiro. v. 30, n. 3, p. 81-93, set/dez. 2004.

_____. **Ensino Médio: construindo uma proposta para os que vivem do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007a.

_____. **Da Dualidade Assumida à Dualidade Negada: O Discurso da Flexibilização Justifica a Inclusão Excludente**. Educ. Soc., Campinas, vol. 28, n. 100 - Especial, p. 1153-1178, out. 2007b.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A.M.C. **Discurso do Sujeito Coletivo: Representações Sociais e Intervenções Comunicativas**. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2014. P. 502-507

LIMA, J.C.F. **Breve História das Disputas em torno do Processo de Regulamentação Profissional e Educacional das Profissões em Saúde: do Brasil Colonial à Primeira República**. In: MOROSINI org. *Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2013a.

_____. **Trabalho e educação profissional em saúde no Brasil**. Ed Fiocruz/EPSJV, Rio de Janeiro, 2013b.

LIMA,J.C.F; RAMOS, M.N; LOBO NETO, F.JS. **Regulamentação Profissional e Educacional em Saúde: da década de 1930 ao Brasil contemporâneo**. In: MOROSINI org. *Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2013.

MARTINS, C.B. **O que é sociologia**. 38° ed. Coleção Primeiros Passos. São Paulo Brasiliense, 1994. Disponível em: http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/107664/10842/O_Que_e_Sociologia_Carlos_Benedito_Martins.pdf > Acessado em 27 de setembro de 2015.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARX, K; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Moraes, 1984.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 9 ° ed. Editora: Hucitec. São Paulo, 2006.

_____. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Introdução**. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-51.

NESCON. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde. **Atribuições dos Trabalhadores de Nível Médio que Atuam nas Áreas de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e da Saúde do Trabalhador** : pesquisa em municípios brasileiros. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.

ORLANDI, E.P. **Discurso, Imaginário Social e Conhecimento**. Em Aberto. Brasília, ano 14, n.61, jan/mar, 1994.

_____. **Análise do discurso: princípios e procedimentos**. 7ª Edição, Campinas, SP : Pontes, 2007.

OLIVEIRA, F.D. **A carreira profissional em transformação: variáveis que interferem nas estratégias de carreira dos funcionários do Banco do Brasil**. Dissertação do mestrado em administração- Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, 1998.

OLIVEIRA, C.M; CRUZ, M.M. **Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: Avanços e Desafios**. Saúde Debate. v 39, n104, p 255-267. Rio de Janeiro, Jan/ Mar, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf> > acessado em: 21/02/16.

PEREIRA. I.B; RAMOS, M.N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PERNAMBUCO. Escola de Saúde Pública de Pernambuco. **Plano Político Pedagógico**. Recife, 2010.

_____. Escola de Saúde Pública de Pernambuco. **Plano Político Pedagógico**. Recife, 2011

_____. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Escola de Saúde Pública de Pernambuco. **Edital ESPPE Nº 03/2011**. Processo seletivo simplificado para docente visando compor cadastro de reserva. Pernambuco, 2011.

_____. _____. _____. Secretaria Executiva da Gestão do Trabalho e Educação da Saúde. Escola de Saúde Pública de Pernambuco. **Plano de Curso Técnico de Vigilância em Saúde**. Pernambuco, 2012.

_____. **Cartilha de Integração Ensino Serviço**. Rede SUS Escola. Recife. 2016.

_____. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. Secretaria Escolar da ESPPE. **Levantamento dos cursos realizados**. Pernambuco, 2016.

PIERANTONI, C.R. **Regulamentação do Trabalho e das Profissões de Saúde**. Projeto de Pesquisa da NESCON. 2014. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/3_7_2015__0_Regulacao_do_Trabalho_e_das_Profissoes_em_Saude_site_03_07_2015.pdf> acessado em: 7/08/2016.

PONTE, C.F. **O Brasil no Microscópio**. In: PONTE org. *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Fiocruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Tempo de Guerra: O Campanhismo Entra em Cena**. In: PONTE org. *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz. EPSJV, 2010.

POZ, R.P; PIERANTONI, C.R; GIRARDI, S.N. **Formação, Mercado de Trabalho em Saúde No Brasil**. In FIOCRUZ org. *A Saúde no Brasil em 2030*. Vol 3. Rio de Janeiro, 2013.

PRONKO, M e Org. **A formação de trabalhadores técnicos da saúde no Brasil e no mercosul**. EPSJV. Rio de Janeiro, 2011.

RAMOS, M. N. **A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ROCHA, D. DEUSDARÁ, B. **Análise de conteúdo e Análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re) construção de uma trajetória**. ALEA, Vol 7. Julho-dezembro, 2005. p 305- 322.

SABROSA, P. **Vigilância em Saúde**. 2005. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060718160725.pdf>> acessado em : 27 de outubro de 2014.

SAINSAULIEU, R. A identidade no trabalho ontem e hoje. *Contemporaneidade e Educação*, ano 7, n. 9, p. 56-73, 1. Rio de Janeiro, 2001.

SANTOS, C. **A Construção Social do Conceito de Identidade Profissional**. Interações n.8. p 123-144, 2005.

SAVIANI, D. **O choque teórico da politécnica. Trabalho, educação e saúde**. Revista da EPSJV-Fiocruz. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

SOUZA, M.A. **O uso do território e saúde. Refletindo sobre municípios saudáveis**. In: SPERANDIO, A.M.G. (Org). *O processo da rede de construção de municípios potencialmente saudáveis*. 1ed. V.2. p.7. IPES Editora, Campinas, 2004.

TARTUCE, G.L.B.P. **Algumas Reflexões Sobre a Qualificação do Trabalho a Partir da Sociologia Francesa do Pós-Guerra**. Educ. Soc. , Campinas, vol. 25, n. 87, p. 353-382, maio/ago 2004 Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S; VILABÔAS, A.N. **SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. Bahia, 1998.

VASQUEZ, A. S. **Filosofia da Praxis**. Paz e Terra, p. 117 -211. Rio de Janeiro, 1968.

VIEIRA, M. **Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde**. Trab. educ. saúde vol.5 n.2. Rio de Janeiro, 2007.

VIEIRA, M; DURÃO, A.V; LOPES, M.R. **Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde**. EPSJV. Rio de Janeiro, 2011.

VIEIRA, M; CHINELLI, F. **Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(6):1591-1600, 2013.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXOS

Anexo A - Matriz Curricular do CTVS

Módulo I – Organização do Processo de Trabalho em Vigilância em Saúde

DISCIPLINA	Teoria/ prática CH	Estágio CH	Total CH
Português Instrumental	30h	0h	30h
Saúde Pública no Brasil	30h	0h	30h
Direito Sanitário	30h	0h	30h
Vigilância em Saúde – Políticas Norteadoras	40h	0h	40h
Ética e Bioética	20h	0h	20h
Biossegurança e Biosseguridade em Saúde	30h	0h	30h
Informática Básica e Sistemas de Informação em Saúde	30h	0h	30h
Conceitos Básicos da Geografia e Cartografia	40h	0h	40h
Planejamento em Saúde	40h	0h	40h
Organização dos Processos de Trabalho da Vigilância em Saúde	40h	0h	40h
CARGA HORÁRIA TOTAL	330h	0h	330h

FONTE: PERNAMBUCO (2012)

Módulo II – Território e Saúde

DISCIPLINA	Teoria/ prática CH	Estágio CH	Total CH
Vigilância em Saúde no Âmbito do Território Local	40h	0h	40h
Vigilância de Agravos e Doenças	40h	0h	40h
Epidemiologia e Medidas em Saúde Coletiva	50h	0h	50h
As Relações Saúde- Trabalho- Ambiente no Território	40h	0h	40h
Bioestatística	30h	0h	30h
Informática Aplicada	40h	0h	40h
CARGA HORÁRIA TOTAL	240h	0h	240h

FONTE: PERNAMBUCO (2012)

Módulo III- Vigilância de Saúde: ações e intervenções

DISCIPLINA	Teoria/ prática CH	Estágio CH	Total CH
Avaliação e Comunicação de Risco	30h	0h	30h
Bases da Toxicologia Ambiental e Prática do Profissional	40h	0h	40h
Vigilância de Água e Solo	40h	0h	40h
Vigilância nos Ambientes de Trabalho	40h	0h	40h
Programa Nacional de Imunização – PNI	50h	0h	50h
Saneamento, Sistemas de Abastecimento de Água, Condições de Vida e Habitação	60h	20h	80h
Vigilância de Ártropodes, Animais Peçonhentos, Hospedeiros e Reservatórios animais de doença	30h	20h	50h
Vigilância de Canídeos e Felinos	30h	20h	50h
Vigilância de Zoonoses, Arboviroses e Ectoparasitoses	30h	20h	50h
CARGA HORÁRIA TOTAL	350h	80h	430h

FONTE: PERNAMBUCO (2012)

Módulo IV – Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse à Saúde

DISCIPLINA	Teoria/ prática CH	Estágio CH	Total CH
Vigilância de Produtos:			
Alimentos	38h	18h	56h
Medicamentos	38h	18h	56h
Cosméticos	38h	18h	56h
Saneantes	38h	18h	56h
Produtos para Saúde	38h	18h	56h
Vigilância de Serviços:			
Hospitalares	38h	18h	56h
Ambulatoriais	38h	18h	56h
Laboratório de Análises Clínicas	38h	18h	56h
Radiodiagnóstico Médico	38h	18h	56h
Diálise e Hemoterapia	38h	18h	56h
CARGA HORÁRIA TOTAL	380h	180h	560h

FONTE: PERNAMBUCO (2012)

Anexo B - Questionário de Avaliação do CTVS e Auto Avaliação dos Alunos

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
AVALIAÇÃO DO CURSO PELO ALUNO

CURSO: CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE	TURMA :
LOCAL:	DATA:
MÓDULO:	
NOME DO PARTICIPANTE: (opcional)	

Marque com um X a opção escolhida

EM RELAÇÃO AO CURSO

	ADEQUADO	POUCO ADEQUADO	NÃO ADEQUADO
O conteúdo programático proposto foi cumprido dentro da carga horária			
Qualidade do material didático-pedagógico			
Compatibilidade entre o espaço de sala de aula e o número de participantes			
Ventilação e iluminação no ambiente da sala de aula			
Limpeza, funcionalidade e conforto das instalações			
Adequação do mobiliário as necessidades dos participantes			
Quanto aos espaços de laboratório, como você avaliaria?			
Como você viu os procedimentos práticos ?			
Quanto a dinâmica do curso, o que você acha ?			
Em relação ao apoio administrativo do curso , como tem sido?			
Em relação a Coordenação/Supervisão do curso, como você ver ?			

AUTO AVALIAÇÃO DO ALUNO

	ADEQUADO	POUCO ADEQUADO	NÃO ADEQUADO
Assiduidade			
Pontualidade			
Desempenho nas atividades individuais			
Desempenho nas atividades em grupo			
Facilidade de integração e respeito com os colegas			
Facilidade de integração e respeito com os docentes			
Facilidade de integração e respeito com a equipe do curso			
Motivação para assimilar os conhecimentos abordados			
Aplicação dos conhecimentos abordados			
O que você acha de suas participações nas aulas teóricas?			
O que você acha de suas participações nas aulas práticas?			

MINHAS SUGESTÕES

Anexo C - Questionário de avaliação dos docentes pelos alunos

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO

AVALIAÇÃO DO CURSO PELO ALUNO

CURSO: CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE	TURMA :
LOCAL:	DATA:
MÓDULO:	
NOME DO PARTICIPANTE: (opcional)	

Marque com um X a opção escolhida

EM RELAÇÃO AOS DOCENTES

NOME DO DOCENTE:	ADEQUADO	POUCO ADEQUADO	NÃO ADEQUADO
Assisuidade			
Pontualidade			
Demonstra facilidade de integração e respeito pelos alunos			
Clareza, objetividade e sequência lógica na comunicação			
Estímulo à motivação e interesse dos alunos			
Interação e diálogo nas aulas expositivas dialogadas ou práticas			
Utilização de recursos didáticos na disciplina (multimídia, retroprojetores, data show)			
Postura ética do profissional em relação a instituição e alunos			
Metodologia adequada aos conteúdos propostos			
Avaliação da aprendizagem compatível com a metodologia do curso			
Valorização dos conhecimentos prévios dos alunos			

NOME DO DOCENTE:	ADEQUADO	POUCO ADEQUADO	NÃO ADEQUADO
Assisuidade			
Pontualidade			
Demonstra facilidade de integração e respeito pelos alunos			
Clareza, objetividade e sequência lógica na comunicação			
Estímulo à motivação e interesse dos alunos			
Interação e diálogo nas aulas expositivas dialogadas ou práticas			
Utilização de recursos didáticos na disciplina (multimídia, retroprojetores, data show)			
Postura ética do profissional em relação a instituição e alunos			
Metodologia adequada aos conteúdos propostos			
Avaliação da aprendizagem compatível com a metodologia do curso			
Valorização dos conhecimentos prévios dos alunos			

APÊNDICES

Apêndice A - Perguntas do grupo focal

1. O curso técnico em vigilância em saúde foi efetivo para formar técnicos na área?
2. O currículo do CTVS ofereceu conteúdos teórico-práticos suficientes para estruturar a prática nessa área?
3. A duração do curso foi suficiente para a apreensão dos conteúdos teórico-práticos?
4. As metodologias utilizadas no curso facilitaram o aprendizado e a compreensão dos conteúdos?
5. O curso possibilitou desenvolver novos conhecimentos e habilidades em vigilância em saúde?
6. A identidade profissional se constrói no processo de formação?
7. A formação oferecida pelo curso permitiu construir uma identidade profissional como técnico em vigilância em saúde?
8. Você se identifica como técnico em vigilância em saúde?
9. Em sua equipe de trabalho você é identificado como técnico em vigilância em saúde?
10. A gestão lhe reconhece como técnico em vigilância em saúde?
11. Você desempenha funções relativas ao técnico em vigilância em saúde em seu trabalho?
12. Você reconhece o seu trabalho como importante para a saúde da população?
13. A população reconhece o trabalho do técnico de vigilância como importante para promoção e proteção da saúde?
14. Os colegas de trabalho reconhecem e valorizam o seu trabalho na equipe?
15. O seu trabalho como técnico em vigilância em saúde é valorizado pela gerência do serviço como atividade importante para saúde da população?
16. A regulamentação da profissão facilita a construção e/ou consolidação da identidade profissional do Técnico em Vigilância em Saúde?

Apêndice B – Blocos temáticos para entrevista com os gerentes de vigilância em saúde e Diretora Geral da Educação em Saúde do estado de Pernambuco.

Bloco 1 – Formação Técnica em Vigilância em Saúde

Bloco 2 – Identidade Profissional

Bloco 3 – Processo de Trabalho do Técnico em Vigilância em Saúde