

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

Arthur de Andrade Fontenelle

AS TRAJETÓRIAS DOS TRABALHADORES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO
BRASIL E SUAS RELAÇÕES COM A VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Rio de Janeiro
2018

Arthur de Andrade Fontenelle

AS TRAJETÓRIAS DOS TRABALHADORES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO
BRASIL E SUAS RELAÇÕES COM A VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

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

Orientadora: Mônica Vieira

Rio de Janeiro
2018

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

F683t

Fontenelle, Arthur de Andrade

As trajetórias dos trabalhadores da vigilância em saúde no Brasil e suas relações com a valorização profissional / Arthur de Andrade Fontenelle. - Rio de Janeiro, 2018.

94 f.

Orientadora: Monica Vieira

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

1. Educação Profissionalizante. 2. Vigilância em Saúde. 3. Qualificação Profissional. 4. Valorização Profissional. I. Vieira, Monica. II. Título.

CDD 370.113

Arthur de Andrade Fontenelle

AS TRAJETÓRIAS DOS TRABALHADORES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO
BRASIL E SUAS RELAÇÕES COM A VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

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

Orientadora: Mônica Vieira

Aprovada em 14/12/2018

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Mônica Vieira (EPSJV/FIOCRUZ)

Dr^a Marcia Teixeira (ENSP/FIOCRUZ)

Dr^o Maurício Monken (EPSJV/FIOCRUZ)

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Mônica Viera, pela compreensão e apoio na finalização deste trabalho.

Ao Ministério da Saúde e à Fundação Oswaldo Cruz, pelo incentivo à formação e qualificação do corpo docente por meio de políticas de educação permanente em saúde que fortalecem e efetivam a Rede de Escolas Técnicas do SUS – RETSUS.

À Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como executora do mestrado profissional para as RETSUS nas regiões Norte, Centro Oeste e São Paulo, por oportunizar aos cursistas deslocarem-se dos seus Estados à sede do Campus da Fiocruz, na cidade do Rio de Janeiro, e realizar o mestrado, cuidando de toda a logística, custeio e acolhimento dos discentes do curso nas suas demandas apresentadas.

Sinto-me lisonjeado de participar desse processo de formação, a nível de mestrado, dentro do meu contexto de atuação em uma instituição de ensino de referência e reconhecida internacionalmente, pelas contribuições dadas no âmbito do ensino e da pesquisa na saúde pública brasileira.

Por tudo, só expresso o meu sentimento de gratidão.

RESUMO

O presente estudo analisou a percepção dos trabalhadores da vigilância em saúde sobre sua valorização profissional, buscando identificar especificidades relacionadas aos aspectos da valorização nas trajetórias desses trabalhadores inseridos no Sistema Único de Saúde. Esta pesquisa tomou por base 21 (vinte e um) entrevistas realizadas com os trabalhadores da vigilância em saúde nas cinco regiões do Brasil. O estudo teve como instrumento de coleta de dados um roteiro capaz de captar a história de vida profissional dos trabalhadores e outro roteiro para realização do grupo focal com questões-chave que privilegiaram os aspectos da valorização profissional. Esses roteiros buscaram abarcar as percepções das razões de mudanças, paradas e retornos na trajetória educacional e ocupacional, ou seja, o percurso interno do trabalhador da vigilância em saúde no SUS. Além disso, este estudo foca nos aspectos relacionados com a valorização profissional, no sentido da percepção do significado do que é ser trabalhador da vigilância em saúde para esses entrevistados. Assim, a pesquisa investigou planos ainda pouco explorados na categoria trabalho e educação em saúde com seu recorte no campo dos trabalhadores da vigilância em saúde no que diz respeito aos aspectos da valorização profissional, ou seja, o valor que os trabalhadores atribuem à sua formação e ao seu trabalho. Os resultados desta pesquisa evidenciaram que as trajetórias desses trabalhadores são caracterizadas de forma muito aleatória pela falta de exigência de formação específica para inserção nessa área e pela busca na estabilidade no serviço público. Valorizam a formação que receberam durante as suas atividades laborais, as condições de trabalho, o seu reconhecimento e as relações interpessoais. Além desses pontos, os saberes são bastante valorizados e afirmados nas entrevistas, tais como: as ações educativas, habilidades com leitura e escrita entre outros aspectos. Os resultados obtidos sinalizam também a centralidade do tema para o campo do trabalho e educação no SUS e demonstram como as ETSUS podem aproveitar essas questões que permeiam a vida desses trabalhadores e os seus processos de formação e qualificação.

Palavras-chave: valorização profissional; vigilância em saúde; trajetórias; qualificação.

ABSTRACT

The present study analyzed the perception of health surveillance workers about their professional valorisation, seeking to identify specificities related to the valorization aspects in the trajectories of these workers inserted in the Unified Health System. This research was based on 21 (twenty one) interviews conducted with the health surveillance workers in the five regions of Brazil. The study had as an instrument of data collection a script capable of capturing the workers' professional life history and another roadmap for the realization of the focus group with key issues that focused on aspects of professional valorization. These scripts sought to encompass the perceptions of the reasons for changes, stops and returns in the educational and occupational trajectory, that is, the internal course of the health surveillance worker in the SUS. In addition, this study focuses on the aspects related to professional valorization, in the sense of perceiving the meaning of what it is to be health care worker for these interviewees. Thus, the research investigated plans that have not yet been explored in the category of work and health education with its cut in the field of health surveillance workers with respect to aspects of professional valorization, that is, the value that workers attribute to their training and to their work. The results of this research evidenced that the trajectories of these workers are characterized very randomly by the lack of demand of specific training for insertion in this area and the search for stability in the public service. They value the training they received during their work activities, working conditions, their recognition and interpersonal relationships. Besides these points, the knowledge is highly valued and affirmed in the interviews, such as: educational actions, reading and writing skills among other aspects. The results also indicate the centrality of the theme to the field of work and education in SUS and demonstrate how the ETSUS can take advantage of these issues that permeate the lives of these workers and their training and qualification processes.

Keywords: professional valorization; health surveillance; trajectories.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| CAPITULO 1 – QUALIFICAÇÃO E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL: SUAS RELAÇÕES COM AS TRAJETÓRIAS DOS TRABALHADORES | 15 |
| 1.1 Origens dos conceitos de qualificação e competências | 16 |
| 1.2. Entre os conceitos de qualificação e competência | 18 |
| 1.3. A formação e o trabalho técnico em saúde à luz dos conceitos de qualificação e competência..... | 21 |
| 1.4. Trajetórias profissionais: aspectos conceituais..... | 23 |
| 1.5. A questão da valorização profissional e o trabalho no SUS..... | 27 |
| CAPITULO 2 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E DINÂMICAS | 34 |
| 2.1 Os Conceitos ampliados de Vigilância em Saúde | 34 |
| 2.2 As Vigilâncias em Saúde..... | 37 |
| 2.3 Vigilância em Saúde na Atenção Básica..... | 40 |
| 2.4 O Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde..... | 45 |
| CAPITULO 3 – METODOLOGIA DO ESTUDO | 51 |
| 3.1 A abordagem metodológica | 51 |
| 3.2 Sujeitos do Estudo, Roteiro, Processo de Pesquisa | 51 |
| 3.3 O Trabalho de Campo: Entrevista e Grupo Focal | 53 |
| 3.4 Análise de Dados..... | 55 |
| 3.5 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa | 56 |
| 3.5.1 Caracterização dos trabalhadores da Vigilância em Saúde de Rio Branco-Acre | 56 |
| 3.5.2 Caracterização dos Trabalhadores da Vigilância em Saúde de Mato Grosso do Sul - MT | 57 |
| 3.5.3 Caracterização dos Trabalhadores da Vigilância em Saúde de Belo Horizonte – MG .. | 59 |
| 3.5.4 Caracterização dos Trabalhadores da Vigilância em Saúde de Blumenau – SC..... | 60 |
| 3.5.5 Caracterização dos Trabalhadores da Vigilância em Saúde de Salvador – BA | 61 |
| CAPITULO 4 – TRAJETÓRIAS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL | 62 |
| 4.1. Percursos de formação e inserção profissional..... | 62 |
| 4.1.1. A formação profissional na área da vigilância | 63 |
| 4.2. Aspectos destacados no fazer-se trabalhador da vigilância e associações com a valorização | 66 |
| 4.3 Ideias de Futuro..... | 80 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 83 |
| REFERENCIAS | 86 |

| | |
|--|-----------|
| ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS TRABALHADORES NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE..... | 92 |
| ANEXO 2 – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL - TRAJETÓRIAS DE VIDA E TRABALHO UNS ANOS DEPOIS... .. | 94 |

INTRODUÇÃO

A presente dissertação analisou a percepção dos trabalhadores da vigilância em saúde sobre sua valorização profissional. Teve como ponto de partida a pesquisa "Trajetórias educacionais e ocupacionais de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil"¹, realizada com as Escolas Técnicas do SUS, representando todas as cinco regiões do País. Dessa forma, como professor e coordenador da área técnica de vigilância em saúde, associado da Escola Técnica em Saúde Maria Moreira da Rocha, localizada em Rio Branco/Acre, tive a oportunidade de participar da fase qualitativa do estudo em questão e identificar o recorte que poderia ser aprofundado na área da vigilância em saúde. Isso foi possível pelo acesso que tive à diversidade de percursos associados à relação escola-trabalho dos entrevistados. As entrevistas permitiram constatar que, de forma geral, os trabalhadores, especialmente os mais jovens, não têm um projeto de vida claro e definido, apresentando trajetórias não lineares.

Parte dos trabalhadores pareciam inseridos em projetos profissionais que não possibilitam a construção de suas identidades e sua fixação profissional, mas, ainda assim, buscavam reconhecimento e valorização do trabalho. Esses resultados apontaram a necessidade de compreender, de forma mais aprofundada, esse processo e quais os aspectos centrais que atravessam a valorização profissional, que foi definindo o recorte do estudo.

Antes de os trabalhadores ingressarem na área da saúde, buscavam meios para garantir a sua sobrevivência em diversas ocupações subalternas, nas quais tentavam conciliar o trabalho com os estudos na educação básica. No que diz respeito à inserção deles na saúde, as trajetórias dos trabalhadores no sistema único de saúde apontam desde uma decisão influenciada por alguém da sua rede pessoal e familiar já inserido na área da saúde até a uma oportunidade que se apresenta de forma aleatória.

No momento em que logram inserção na área da saúde, os trabalhadores parecem alcançar maior valorização, que pode ser associada a múltiplos fatores como a presente dissertação buscou aprofundar, permitindo afirmar que os trabalhadores identificam aspectos distintos relacionados à sua valorização. Mas, de forma geral, todos parecem convergir para a necessidade de ampliar os significados atribuídos ao trabalho, em que experimentam um valor de uso socialmente significativo.

¹Desenvolvida entre 2012 e 2017 pelo Observatório dos Técnicos em Saúde, do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (LATEPS/EPSJV) com recursos da FAPERJ e Programa PAPES da FIOCRUZ/CNPq.

A análise das trajetórias confirma-se como temática relevante no campo do trabalho e da educação profissional em saúde, no momento em que o SUS adota dispositivos de gestão baseados na flexibilidade e produtividade. É cada vez mais complexa e menos linear a relação com o trabalho e a qualificação dos trabalhadores, especialmente dos que atuam na atenção básica. Salienta-se o lugar das ETSUS na construção de uma Política de Educação Profissional no SUS, (CHINELLI & VIEIRA 2013).

Apesar dos programas de formação já implementados, ainda temos importantes questões a enfrentar no campo formativo, como também no campo da gestão do trabalho. No caso da vigilância, a qualificação dos trabalhadores tem sido marcada pela não profissionalização, por capacitações realizadas predominantemente em serviço, em detrimento de uma formação escolar que lhes confira habilitação técnica; e por condições de contratação e remuneração insuficientes e não condizentes com a importância do trabalho que realizam no SUS, (CHINELLI & VIEIRA 2013).

Ferretti (1988) sinaliza que os percursos das trajetórias educacionais e ocupacionais dos trabalhadores das classes subalternas, se apresentam pontilhados de idas e voltas, avanços e retrocessos, escolhas e não-escolhas, o que se contradiz com uma trajetória linear, proposta por algumas teorias do conhecimento, tornando isto inquestionável. Destaca-se que esse processo, já identificado nos anos de 1980, vem incorporando novas facetas que justificam a necessidade de estudos capazes de compreender a complexidade que caracteriza o mundo do trabalho contemporâneo e suas associações com a construção das trajetórias ocupacionais e os sentidos do trabalho hoje.

Ao observarmos as entrevistas e grupo focal, percebemos aspectos comuns aos trabalhadores de nível médio. Suas funções e práticas definiram-se no processo de divisão social do trabalho em saúde, marcado pela hierarquização e associado à preparação para o trabalho, realizada predominantemente em serviço. As políticas públicas de educação profissional em saúde não atendem às necessidades formativas e profissionalizantes desses trabalhadores que não dispõem de um projeto formativo integrador capazes de lhes oferecer a formação técnica e humana necessária para o seu desenvolvimento como trabalhador e sujeito ético-político, capaz de atuar de forma crítica e criativa no trabalho e na sociedade de um modo geral, (CHINELLI & VIEIRA 2013).

Tal realidade apresentada por esses trabalhadores entra em confronto também com a realidade da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS. Aqui, o trabalho em saúde e a formação dos trabalhadores em saúde constituem-se dois dos maiores problemas a serem enfrentados pelas políticas públicas de saúde em que o SUS. Estes têm uma dívida histórica com os trabalhadores da saúde, em função da baixa remuneração, sobrecarga de trabalho, falta de condições de trabalho e da precariedade em seus vínculos empregatícios.

A literatura aponta que a formação técnica em geral tem como objetivos a preparação para cidadania e o aprimoramento do educando como pessoa humana, além de integram-se ao trabalho, ciência e a tecnologia, onde conduzirão ao seu objetivo de desenvolvimento de aptidões para vida produtiva. No entanto, as entrevistas e o grupo focal demonstram a necessidade de aprofundar o conhecimento da trajetória ocupacional e educacional dos trabalhadores da saúde no SUS para verificarmos a forma como essa trajetória alinha-se com os projetos de vida dos trabalhadores. Essa complexidade presente nas trajetórias dos trabalhadores da saúde impede que as múltiplas determinações do objeto do estudo sejam percebidas, ou seja, parece haver uma distância entre o que a literatura e os documentos públicos apontam e o que os trabalhadores nos dizem durante as entrevistas.

Assim, esta dissertação investiga planos ainda pouco explorados na categoria trabalho e educação em saúde e seu recorte no campo dos trabalhadores da vigilância em saúde no que diz respeito aos aspectos da satisfação e valorização profissional, isto é, o valor atribuído pelos trabalhadores à sua formação e ao seu trabalho.

Na atual conjuntura que o País vem passando no âmbito da economia e das políticas públicas de educação e saúde, as trajetórias profissionais assumem um papel de extrema relevância para os centros formadores, em especial para as ETSUS, pois possibilitam identificar as tensões e os caminhos percorridos pelos trabalhadores em saúde ao longo do seu processo de formação e inserção no mercado de trabalho setorial.

No período em que foi realizada a pesquisa sobre as trajetórias dos trabalhadores em saúde, entre os anos de 2012 a 2017, a economia brasileira passou por um processo de desaceleração com quedas nas taxas de emprego entre 2015, e em seguida encerrou-se no ano de 2016, culminou o processo de impeachment da Presidente Dilma Rousseff, pela perda da sua sustentabilidade política, isto permitiu uma mudança neoliberal na direção da política econômica do país, inclusive com a reforma trabalhista. Esta mudança introduziu grandes consequências sobre o crescimento econômico e a

desigualdade social no Brasil nos anos posteriores, (TEIXEIRA; DWECK; CHERNAVSKY, 2018).

Assim, a análise das Trajetórias Educacionais e Ocupacionais dos Trabalhadores da Vigilância em Saúde no Brasil permitiu revelar a diversidade de percepções desses trabalhadores em relação à valorização do seu trabalho. Foi possível compreender como eles projetam a sua vida pessoal e profissional, enriquecendo o estudo dessa temática, considerando as diferentes ênfases

Considera-se que, mesmo apresentando a relevância das trajetórias educacionais e ocupacionais no âmbito dos trabalhadores da saúde e, em especial, os trabalhadores da vigilância em saúde, o tema em questão não tem sido abordado com muita frequência por pesquisadores que estudam as trajetórias profissionais, tanto no que se refere a formação quanto nas ocupações adquiridas pelos trabalhadores. Entende-se que, principalmente na área da saúde, essa questão é pouco desenvolvida em trabalhos acadêmicos nas ações educativas e, principalmente, junto aos profissionais que estão atuando no mundo do trabalho, apesar de sua extrema relevância.

Essa tímida produção de trabalhos pode ser verificada, já que as trajetórias educacionais e ocupacionais são consideradas como um tema pouco estudado pelos pesquisadores. Em 1988, Ferretti já sinalizava que os poucos estudos não alcançam a totalidade dos aspectos das trajetórias ocupacionais.

Concorda com essa afirmação o estudo feito por Noronha e Ambiel (2006), ao constatarem que os trabalhos produzidos sobre trajetórias educacionais e profissionais entre 1950 e 2005, no âmbito do Brasil, se caracterizam como trabalhos de revisão bibliográfica e aplicação de instrumentos de avaliação. Os autores apontam que os estudos buscam caracterizar processos de escolha profissional dentre os quais aparecem de forma superficial algum aspecto da trajetória educacional e profissional entre grupos ou populações específicas que representam, no período analisado, apenas 11% dos trabalhos.

A escassez de estudos sobre as trajetórias educacionais e profissionais verificada na literatura que aborda a educação profissional na saúde sinaliza a necessidade de estudos com esse recorte. Tal carência também pode ser identificada, especialmente, no campo da educação profissional de nível médio na área da saúde. Espera-se que este estudo auxilie na compreensão da relação entre a formação técnica e a inserção profissional dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde.

Para abordar tema em estudo e identificar os aspectos relacionados à valorização profissional, de forma associada as transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho, buscou-se estruturar a dissertação em 4 capítulos, além da introdução e considerações finais. O primeiro capítulo aborda o conceito de qualificação que proporciona os fundamentos necessários para compreender esta pesquisa. Entretanto, por ser este um conceito polissêmico e em disputa, pode ser compreendido de formas variadas em diferentes contextos. O que orienta o conceito de qualificação e o que melhor se adequa é a compreensão da qualificação como relação social.

No segundo capítulo, entra-se nos conceitos da vigilância em saúde, sua dinâmica, estrutura, organização e as áreas que compõem as vigilâncias em saúde: epidemiológica, sanitária, saúde ambiental e saúde do trabalhador, seus conteúdos comuns e no que se diferenciam, o desenvolvimento desigual das vigilâncias e como se estruturam nacionalmente para concretizar as suas ações. Além disso, pretende-se, neste capítulo, sintetizar as trajetórias diferenciadas das vigilâncias.

O Capítulo 3 é dedicado à metodologia, aos sujeitos do estudo, o momento exploratório do trabalho de campo e define o processo de análise do material coletado.

O quarto capítulo é dedicado à análise do trabalho de campo.

Nas considerações finais, buscou-se sintetizar as questões centrais e possíveis desdobramentos.

CAPITULO 1 – QUALIFICAÇÃO E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL: SUAS RELAÇÕES COM AS TRAJETÓRIAS DOS TRABALHADORES

A mundialização do capital e a reestruturação produtiva, cujo “momento predominante” é o toyotismo, vêm promovendo mudanças estruturais no mercado de trabalho e na própria dinâmica das qualificações profissionais, com impactos nas políticas educacionais e demandas formuladas para a escola. Para Alves (2007), a reestruturação produtiva impõe um novo perfil de qualificação no mundo do trabalho. Intensifica-se a exclusão social, limitando a capacidade de incorporar trabalhadores na vida produtiva, pois mesmo que todos pudessem adquirir novas qualificações, o sistema orgânico do capital seria incapaz de absorver todo o contingente de trabalhadores.

Verifica-se, assim, o que Alves (2007) denomina como a contradição viva do capital, sinalizando que mesmo que os trabalhadores fossem altamente qualificados, o mercado de trabalho não estaria disponível para absorver todos que buscam um emprego.

Esse é o pano de fundo que possibilita apresentar, neste capítulo, os conceitos centrais do estudo. Segundo Tartuce, (2007), a qualificação voltada para o mundo do trabalho é historicamente construída podendo, a partir de uma realidade empírica, ser compreendida de forma atrelada aos processos sociais e políticos desta sociedade que influenciam as trajetórias educacionais e ocupacionais dos trabalhadores. As ideias dessa autora se apoiam no conceito de qualificação entendido como processo histórico e socialmente construído. Nessa perspectiva:

...o nexa entre trabalho e qualificação deve ser buscado na própria trama das relações técnicas, políticas e sociais presentes no processo de trabalho, na dinâmica da formação/qualificação profissional e do mercado de trabalho (CHINELLI et al,2014, p.03).

O debate em torno da questão da formação e qualificação profissional, portanto, deveria considerar as condições em que a reestruturação produtiva vem ocorrendo no Brasil. Entretanto, o que se observa é o discurso da necessidade de ajustar o sistema educacional às exigências propostas pelo mercado de trabalho. Fala-se da demanda por um novo tipo de profissional e se considera a tendência de ampliação dos níveis de escolaridade.

Hirata (1994) aponta que no novo modelo de organização e gestão de trabalho, a noção de qualificação tem sido redefinida com o surgimento da ideia de competência. O modelo da competência exige dos trabalhadores, além das qualificações técnicas, outras

qualidades e atitudes tais como colaboração, engajamento nas estratégias de competitividade da empresa, mobilidade e saber trabalhar em equipe.

O mundo do trabalho demanda um trabalhador competente, valorizando mais a capacidade de abstração, decisão e comunicação, demonstrar interesse e responsabilidade pelo trabalho do que um trabalhador formalmente qualificado, formado ou especializado em um determina área profissional (Carvalho, 1994, apud Martin 2000, p. 19). No entanto, cabe considerar que o conceito de qualificação não excluía essa dimensão relacional hipervalorizada pela noção de competência.

Diante disso, verifica-se que não existe uma trajetória linear na mesma ocupação desempenhada em um determinado grupo ocupacional, devido às restrições, regras, valores que podem interferir no processo de qualificação. A dinâmica do mercado de trabalho também interfere nos processos de qualificação e nas trajetórias dos trabalhadores que buscam por reconhecimento, valorização e uma trajetória mais estável no mundo do trabalho.

1.1 Origens dos conceitos de qualificação e competências

O conceito de qualificação é objeto de estudo, reflexão e debates no campo da sociologia. No Brasil, nos anos 70, começaram a surgir produções a respeito desse tema. Como as discussões na época praticamente sofriam influencias dos autores da Europa, as análises eram compartilhadas com sociólogos franceses (Georges Friedman e Pierre Naville), a respeito das críticas às mudanças trazidas com a divisão técnica do trabalho e das inovações tecnológicas, as quais ocasionaram a desqualificação dos trabalhadores.

Desde as últimas décadas do século XX, com as transformações no mundo do trabalho a discussão sobre o campo da qualificação dos trabalhadores é atravessada por diferentes campos do conhecimento, que tensionam sua relevância em termos teóricos e metodológicos.

O conceito de qualificação é associado ao sistema de produção conhecido como taylorismo/ fordismo, no qual teve origem. Trata-se de uma noção polissêmica, no sentido de que nunca teve um entendimento consensual, homogêneo ou unilinear. Não é só construído historicamente em termos teóricos, mas que se diferencia da competência que tem origem no âmbito empresarial e resulta de um processo de luta entre capital e trabalho.

Tartuce (2007) aponta a qualificação do trabalho como um ponto central, um conceito a ser problematizado que permite análises do conteúdo do trabalho, da evolução da organização da produção, das avaliações e classificações sociais expressivas nas convenções coletivas, do funcionamento do mercado de trabalho.

A diferença entre qualificação do posto de trabalho e qualificação do trabalhador, chamando esta última para formação e a experiência mobilizadas pelo indivíduo para realizar uma tarefa são ponto de destaque. Uma ou outra é distinta, sendo importante investigar como o trabalhador identifica e classifica os saberes que mobiliza no exercício profissional. Os trabalhadores são considerados qualificados ou desqualificados em função de regras determinadas de restrição à ocupação, coletivamente produzidas e não relacionadas à natureza do processo de trabalho realizado.

A literatura pertinente ao tema da qualificação faz uma aproximação com a corrente histórico-crítica produzida no campo educacional, na qual se considera a qualificação para o trabalho, historicamente construída e condicionada pelo contexto econômico, social, e político, síntese de múltiplas determinações. Não se constitui como um processo natural das tecnologias e das novas formas de organização do trabalho, e, sim, depende das relações entre capital e trabalho, conduta e estratégias empresariais, além da consciência e organização dos trabalhadores.

Nos anos 90, o tema da qualificação ganha maior destaque na realidade brasileira, sendo incorporado na agenda do campo educacional, aproximando sociólogos e educadores, o que provocou um debate com novas questões, tais como: o tipo de formação necessária ao novo trabalho, se polivalente ou politécnica.

Com o desenrolar do processo de reestruturação produtiva, o conceito de qualificação passa a aparecer no mundo do trabalho e na literatura pertinente ao assunto, junto com conceito de competências, empregabilidade, empreendedorismo. Nesse mesmo momento, o País passa a adotar programas de ajuste estrutural impostos pelas agências financeiras internacionais com a crise do emprego, da reestruturação das empresas, do crescimento do setor de serviços, surgimento da terceirização e da desregulação das relações de trabalho, causando graves prejuízos ao trabalho formal (CHINELLI et al, 2013).

Esses conceitos contribuíram para difundir a ideia de que uma mão de obra mais qualificada era necessária para desenvolver um trabalho rico e variado com a intencionalidade de recriar um profissional polivalente, com múltiplas competências

específicas, repercutindo, assim, na inserção ocupacional e nos processos formativos dos trabalhadores. A área da saúde também não ficou de fora dessas ideias difundidas pelo neoliberalismo.

Esse discurso também foi utilizado para elevar a produtividade das empresas e forçar o País a se ajustar ao mercado internacional, supondo uma democratização das relações de poder no interior das organizações, o que exigira novas competências profissionais aos trabalhadores, cuja principal característica seria o espírito empreendedor. As novas formas de gestão das empresas demandaram um novo tipo de trabalhador, o chamado colaborador, ou seja, mais ativo nos processos de trabalho e menos crítico em relação à gestão, mais consciente em relação aos seus direitos como trabalhador do que preso ao conceito de trabalhador no seu sentido tradicional.

A qualificação pode ser compreendida em diferentes épocas e contextos, e não apenas tomando como base as habilidades técnicas e a organização do processo de trabalho. Os processos de qualificação transformam-se em relação aos fatores políticos e culturais, como os trabalhadores julgam a qualidade dos seus trabalhos e como os reproduzem.

Pensada do ponto de vista sociológico, a qualificação do trabalho é uma relação social complexa que varia, portanto, conforme a época e não apenas em função de aspectos técnicos e de organização do trabalho. Segundo Tartuce (2002), a questão da qualificação transforma-se, principalmente, em função de fatores morais e políticos presentes no julgamento que a sociedade faz sobre a qualidade dos trabalhos necessários à sua reprodução. (CHINELLI et al, 2013, p. 4).

Salientam-se os novos atributos que os trabalhadores devem possuir, tais como trabalhar com situações adversas. O saber ser profissional passa a ser mais valorizado pelo novo modo de produção e sinaliza a passagem da noção de qualificação para a de competência.

No contexto atual, a noção da qualificação é revista, abrindo-se questionamentos que colocam ênfase em novos requisitos para os trabalhadores, que devem responder à imprevisibilidade. Dessa forma, o saber construído na situação de trabalho, o conhecimento tácito, passa a ser mais valorizado pela produção flexível, que, explicitamente, convoca os trabalhadores à participação e ao envolvimento. Essas questões emergem com vigor nos debates da sociologia do trabalho, já que “a ênfase na polivalência, entendida como um conjunto de capacidades que possam enfrentar complexidade e a imprevisibilidade do novo modo de produzir, significa a passagem do conceito de qualificação para o de competência” (CHINELLI et al, 2013, p. 4).

1.2. Entre os conceitos de qualificação e competência

Os conceitos de qualificação e competência costumam ser abordados como semelhantes, entretanto apresentam uma compreensão polissêmica, gerando um campo de debates. Tais conceitos são apresentados, muitas vezes, como sinônimos, politicamente neutros e consensuais. Mas uma perspectiva crítica deve preocupar-se com as concepções fundantes dos termos que diferencie as diversas abordagens que expressam sentidos e intenções diferentes. Expressam e respondem a um conjunto de distintos interesses, desejos e aspirações dentro da sociedade.

O conceito de competência associado ao contexto da reestruturação produtiva encontra-se vinculado à ideia de empregabilidade, referida a um conjunto identificável de atributos da força de trabalho que o próprio trabalhador precisa adquirir e manter como condição de tornar-se empregável.

Com a crise do emprego, há uma tendência em torno da disponibilidade de postos de trabalho e da necessidade de capacitar os trabalhadores para ocupá-los, o que caracteriza um problema da agenda pública, na qual não existe consenso no que se refere ao sentido e as bases científicas da formação para o trabalho, nem sobre a melhor regulação do mercado.

A crise do emprego atinge também de forma dramática os segmentos mais qualificados da força de trabalho, pertencentes aos setores médios. Essa situação assenta-se no valor econômico do conhecimento e enfatiza a educação continuada como duplo sentido de constante processo de qualificação e requalificação formal. A escola deixa de ser o principal agente educacional e ganha quem conseguir acumular mais capital intelectual.

Neste contexto, o papel da educação contemporânea insere-se no debate público, e entram em disputa versões que se colocam favor das empresas e outra a favor da classe trabalhadora.

Por outro lado, esse tipo de enquadramento parece incapaz de explicar as razões das desigualdades sociais e essas versões acabam por responsabilizar o trabalhador que não teria sido capaz de adquirir as competências essenciais para a disputa adequada a uma vaga no mercado de trabalho cada vez mais competitivo.

Nesse sentido, por pressupor a responsabilidade do trabalhador por não adquirir as competências necessárias para alcançar um emprego em sua trajetória profissional, o conceito de competência tenta se apresentar como o mais adequado para a formação e inserção do trabalhador no mundo trabalho, enfatizando-se mais os saberes atitudinais.

O conceito de competência tenta superar o conceito de qualificação sendo indicado como mais pertinente ao mundo do trabalho contemporâneo, caracterizado pela flexibilidade, imprevisibilidade. A própria origem do conceito de competência vem do mundo empresarial, onde se enfatiza mais a pessoa do que o próprio posto de trabalho para desenvolver competências e habilidades requeridas pela profissão ou ocupação. Já a qualificação é um conceito oriundo da sociologia mais amplo e multidimensional e pode remeter à qualificação do emprego, do posto de trabalho, a qualificação do indivíduo.

A noção de competência associa-se ao da empregabilidade, sendo que o primeiro foi associado ao âmbito da área de recursos humanos das empresas para se referir a características individuais dos trabalhadores. A empregabilidade foi utilizada em estudos econômicos e históricos a respeito da construção da definição institucional do desemprego na Europa. A noção de empregabilidade, assim como a de competência, de contornos poucos claros e usos diversos, são centrais na teoria do capital humano², como ideal ao neoliberalismo, visto que este impõe para a educação o significado de mercadoria, com consequências na fragmentação nos processos educacional e nos processos do conhecimento em geral. A educação despolitiza-se e produz uma pedagogia voltada para o imaginário individual e social, criando ideologias falsas e excluindo outras formas de pensar. As duas noções se constituem em dispositivos estratégicos do capital para subordinar e pacificar os trabalhadores (CHINELLI et al, 2013).

Essa realidade não é muito distante da área da saúde. Percebe-se sua influência na institucionalização de programas e políticas de educação permanente em saúde, orientadas pelo currículo por competência. Aumentar a produtividade e oferecer a aprendizagem em serviço mediante a participação, iniciativa e autonomia dos trabalhadores são preocupações marcantes dos gestores e dos projetos de qualificação na área.

A concepção de formação profissional inspirada no modelo de competências supervaloriza o âmbito individual e está voltada, prioritariamente, ao mercado de trabalho, indicando as necessidades geradas pelos novos padrões de competitividade,

² A noção de capital humano aparece na década de 1950, a tese básica sustentada por Schultz e que se tornou senso comum, foi de que aqueles países, ou famílias e indivíduos, que investissem em educação acabariam tendo um retorno igual ou maior que outros investimentos produtivos. Por essa via se teria a chave para diminuir a desigualdade entre nações, grupos sociais e indivíduos.

demanda de novos perfis e habilidades por parte dos trabalhadores. Além da necessidade de saberes técnicos, o trabalhador precisa desenvolver “habilidades subjetivas” para resolver imprevistos e a ênfase recai, portanto, na pessoa mais do que no posto de trabalho, destacando qualidades pessoais e formas de cooperação intersubjetivas requeridas pelos novos modelos produtivos. A qualificação é um conceito multidimensional e pode envolver a qualificação do emprego, do posto de trabalho, a qualificação do indivíduo, a relação capital/trabalho (CHINELLI E VIEIRA, 2013).

Por isso mesmo, se considera que o conceito de qualificação é o que melhor se coaduna com essa perspectiva, na medida em que coloca o trabalhador como sujeito de suas próprias ações: ela é resultante de suas lutas materiais e simbólicas por melhores condições de trabalho e por uma vida em sociedade cujo significado ultrapasse o interesse individual, possibilitando orientar-se por e para um projeto emancipatório. [...]

1.3. A formação e o trabalho técnico em saúde à luz dos conceitos de qualificação e competência

Para Chinelli e Viera (2013), o conceito de qualificação, tal como formulado por autores como Castro e Tartuce, que o tomam como histórica e socialmente construído, demonstra ser mais adequado para a formação e trajetórias dos trabalhadores da saúde, pois apresenta uma perspectiva que não dissocia a organização, a gestão e as práticas de trabalho do processo de qualificação e da autoconstrução da subjetividade dos trabalhadores.

O conceito de competência constitui-se com a nova teoria do capital humano, a base da ideológica do capitalismo contemporâneo. As áreas da saúde e da educação não ficaram de fora da absorção desse conceito, pelo fato de a saúde ter características específicas ao lidar com a vida humana e de não dispensar o uso do trabalho vivo que requer do trabalhador da saúde habilidades subjetivas para resolver imprevistos no cotidiano dos serviços de saúde.

A qualificação de recursos humanos se coloca atualmente na literatura sobre gestão, como um diferencial competitivo no mercado de trabalho e como forma de garantir eficiência e eficácia às propostas e projetos institucionais. Na área da saúde, considerando a sua especificidade e objeto de trabalho, este é outro grande desafio para a implementação das políticas de saúde.

Os avanços da ciência e o desenvolvimento tecnológico acelerado, característicos do novo modo de produção, implicam na necessidade de uma constante atualização de seus profissionais e uma base de conhecimentos interdisciplinar sólida que lhe permita enfrentar a diversidade e a “adversidade” do processo saúde no mundo atual. (MARTINS E MOLINARO, 2013, p. 1673)

Ramos (2001) aponta a necessidade de conceitos que orientem propostas de formação profissional voltada para as necessidades dos trabalhadores da saúde, orientados para a construção do princípio da formação humana, regatando o trabalho como princípio educativo do ponto de vista contra-hegemônica, propondo sua ressignificação, nos marcos da qualificação como relação social, tendo em vista os interesses dos trabalhadores.

O conceito de competências aparece na formulação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde que privilegiam o processo de trabalho centrado no usuário e que demandam do trabalhador valores e atitudes. É interessante notarmos que a competência aparece no referencial curricular para o Curso Técnico de ACS do MEC/MS e nas Diretrizes Curriculares e Marco de Orientação na Formação do Técnico em Vigilância em Saúde do MS. O documento sugere a necessidade de profundas alterações na forma de organização da formação destes profissionais e de construção de programas de ensino que possibilitem a maior aderência aos desenhos de organização da atenção à saúde, aprendizagem significativa e desenvolvimento da capacidade de intervenção crítica e criativa no sistema nacional.

A incorporação do conceito de competência nesses dois documentos públicos citados mostra a compreensão dos formuladores desse referencial curricular, cuja compreensão passa pela vinculação entre educação e trabalho, formação e desenvolvimento institucional, aprendizagem e resolutividade da rede de atenção à saúde. Esse conceito baseia-se na visão do trabalho como conjunto de acontecimentos, com forte dose de imprevisibilidade e abaixo margem de prescrição, implica na reconceitualização da qualificação profissional, que deixa de ser a disponibilidade de um “estoque de saberes” para se transformar em capacidade de ação diante de acontecimentos.

Por isso, assume-se o conceito de qualificação como mais pertinente a um debate mais aberto a respeito das políticas de regulação do trabalho e da educação na saúde. Esse conceito, construído a partir das lutas sociais, contempla não só a dimensão histórica e cultural do trabalho, como também os aspectos que se referem ao processo de trabalho e ao modo de ser do trabalhador, permitindo captar a relevância das questões da subjetividade do reconhecimento no trabalho (CHINELLI e VIEIRA, 2013).

As diferentes formas de contratação dos trabalhadores nos serviços públicos de saúde apresentam forte impacto e repercussões quanto a formação e qualificação dos trabalhadores. Martins & Molinaro (2013, p. 1674) destacam que:

As transformações do trabalho no mundo contemporâneo apontam para mudanças no campo da formação profissional, que passa a não se limitar, apenas, à preparação de pessoal para entrar no mercado de trabalho. O novo modelo exige um processo contínuo de aperfeiçoamento durante a trajetória profissional dos trabalhadores, além de uma interação entre ensino e serviço, no sentido da construção de uma base sólida de conhecimento, de forma a integrar os princípios científicos que informam a prática cotidiana. [...] Esta situação se agrava no setor público, considerando o fato de que parte considerável dos trabalhadores é contratada de forma terceirizada, através de OS, OSIP ou por empresas prestadoras de serviço. A qualificação de profissionais, com este tipo de vinculação, não tem sido considerada, do ponto de vista legal, como uma responsabilidade do Estado (empregador).

Á área da saúde é uma das áreas que exige constante atualização e qualificação para os trabalhadores. Com processos de contratação realizadas para os trabalhadores do SUS de forma frágil é precária, isso causa consequências graves, pois dificulta a concretização dos processos de educação permanente em saúde, desqualificando o trabalho, o trabalhador e ocasionando a baixa qualidade dos serviços prestados para população.

1.4. Trajetórias profissionais: aspectos conceituais

As trajetórias, conforme sinaliza D´Avila (1998), aparecem em grande parte dos trabalhos de sociologia da educação, produzidos na segunda metade do século XX, que se dedicam a ressaltar a desigualdade na distribuição educacional, seja de forma quantitativa como qualitativa. Estes estudos têm como alicerce sua base empírica em dados que demonstram uma correlação estatística positiva entre continuidade da trajetória educacional do aluno e elevado nível socioeconômico cultural de sua família.

Conforme ressaltam Ferreira, Aued, Vendramin, et. Al. (2007, p. 104), trajetórias tratam do processo de configuração de uma experiência social singular. Trajetórias ocupacionais são entendidas como “os itinerários visíveis, os cursos e orientações que as vidas dos indivíduos tomam no campo do trabalho, resultado de ações e práticas desenvolvidas pelas pessoas em situações específicas através do tempo”.

Martins (2000) considera trajetórias como percursos feitos por sujeitos socializados, que sofrem influências de múltiplas esferas entre essas a familiar e escolar, ou seja, as trajetórias são compartilhadas assim como os processos de qualificação dos indivíduos. Mais recentemente cabe destacar a situação de imprevisibilidade que leva os indivíduos a desenvolverem estratégias que permitam enfrentar as incertezas que os cercam.

Esse autor realizou uma pesquisa com jovens trabalhadores de determinado grupo ocupacional específico, procurando entender como esses trabalhadores obtiveram a formação e a qualificação profissional necessárias à realização de suas atividades. Para tanto, privilegiou a análise de suas trajetórias ocupacionais e das diferentes formas de treinamento e aperfeiçoamento técnico realizados. Ele teve, como perspectiva, contribuir para o debate em torno dos níveis de qualificação do trabalho na conjuntura atual, bem como das relações entre educação e reestruturação produtiva.

Dados da sua pesquisa demonstram que, diante das incertezas e da acentuação da precariedade do trabalho na sociedade contemporânea, o que se observa é uma mudança nas trajetórias e nos padrões que orientavam a vida do jovem, bem como do adulto e dos idosos. Essas diferentes fases da vida, marcadas pelo tempo dedicado ao estudo, à permanência no trabalho e, finalmente, à inatividade, que tinham uma correspondência com determinadas faixas etárias, caracterizam-se hoje pela descontinuidade, que gera instabilidade e insegurança. Especialmente no caso dos jovens, não é mais possível pensar em uma trajetória linear na transição para a vida adulta. E a incerteza, quanto ao futuro, dificulta a construção de projetos de vida mais estáveis. O autor aqui em questão conclui que as trajetórias ocupacionais desses jovens caracterizam-se pelas flutuações e descontinuidades, combinando educação e trabalho, abandono da escola, inatividade, inserção e exclusão do mercado de trabalho, em um movimento de vai-e-vem, semelhante ao do ioiô. A análise das trajetórias ocupacionais desses jovens revela a elaboração de uma cultura do trabalho com base em experiências de trabalhos pouco qualificados, com um horizonte muito limitado quanto à formação, dado que a aprendizagem deu-se, em grande parte, por curtos períodos, ao invés de trajetórias ocupacionais alicerçadas em competências obtidas após vários anos de estudo em escolas técnicas. O que esta análise revela é que as trajetórias dos jovens são menos lineares, menos estruturadas, mais marcadas pelas vicissitudes e de indefinições do mundo do trabalho.

Cardoso (2013) sinaliza que trajetória pode compreender a posição de chegada de um indivíduo resultante de um processo de sucessão de imposições, escolhas e decisões com as condições que conformam sua trajetória individual. Pode-se deduzir que os percursos empreendidos pelos indivíduos são compartilhados com outras pessoas nas suas redes pessoais de relações sociais. Entretanto, em qualquer ponto em sua trajetória, será sempre possível estabelecer hipóteses em torno das probabilidades de percurso dos grupos de indivíduos, tendo em vista determinadas características por eles

compartilhadas em seu ponto de partida (Cardoso, 2013). Nesse sentido, as trajetórias dos trabalhadores não são tomadas apenas como resultado de sua inserção de forma aleatória em alguma área específica, nem tampouco apenas a partir de suas decisões individuais, mas também pelo compartilhamento de suas decisões.

As transformações e tensões entre as profissões e ocupações ocorridas no mundo do trabalho conformam um campo favorável para identificar os valores que os trabalhadores atribuem ao seu trabalho e sua formação no âmbito das suas trajetórias. Os diferentes percursos e trajetórias dos trabalhadores apresenta uma estreita relação com a construção das identidades, reconhecimento e especialmente com a valorização profissional.

Estes estudos, em seus distintos enfoques, indicam que recorrer às trajetórias ocupacionais dos sujeitos permite “repensar as mudanças ocorridas nas últimas décadas entre educação e mundo do trabalho e vencer o formalismo que tem dominado esta discussão, (PAIVA, 1998, p.16).

Chinelli, Viera e Menezes (2014) entendem que as trajetórias ocupacionais conformam processos de mobilidade coletiva que exprimem a articulação concreta de múltiplas dimensões, com suas rupturas e descontinuidades.

Por trajetórias de trabalho, Martins & KrawulskiI (2012) compreendem os caminhos que os sujeitos percorrem e o conjunto de experiências vivenciadas em suas vidas profissionais até o momento como servidores do setor público, sem perder de vista as especificidades relativas à natureza e ao contexto do trabalho que realizam. As peculiaridades, tanto das trajetórias dos trabalhadores do campo da saúde pública como dos processos de trabalho, remetem à necessidade de considerar as relações entre trabalho e identidade.

Com base nas definições apresentadas anteriormente, percebe-se que os autores apresentam diferentes abordagens do conceito de trajetórias. No entanto, é o homem como produtor da sua própria história em seu movimento histórico-dialético, dentro da sociedade e no mundo do trabalho em constante transformação, que protagoniza esses processos no mundo do trabalho. Entende-se, assim, que nesse movimento para analisar sua trajetória educacional e ocupacional, precisa-se de conhecer sua história de vida, suas especificidades e suas vivências.

A busca pela compreensão das continuidades e das mudanças nos modos de ser trabalhador na contemporaneidade pode ser levada a cabo por meio de estratégias voltadas à investigação da trajetória profissional. A pluralidade desses modos de ser, justifica o interesse teórico e metodológico pelas trajetórias ocupacionais de trabalhadores" (GUIMARÃES & HIRATA, 2006, p. 12).

A partir de uma série de estudos sobre sujeitos com diferentes formas de inserção no atual contexto produtivo, a investigação das trajetórias ocupacionais tem sido considerada uma estratégia promissora nesse sentido, em vista da necessidade de encontrar formas que possam apreender a complexidade das relações entre as dimensões objetivas e subjetivas do trabalho na atualidade de acordo com as mudanças por que passa o mundo do trabalho a partir das transformações nos contextos produtivos (Coutinho, 2009; Veriguine, Basso, Krawulski, Coutinho & Soares, 2011).

As trajetórias identitárias constituem-se, segundo Coutinho (2009), em uma estratégia de investigação capaz de dar conta do caráter processual da condição humana relativa ao trabalho contemporâneo.

Para Martin-Baró (1988), pertencer a um grupo com uma identidade não significa que seus membros precisem ter algo em comum individualmente, mas, sim, que o grupo em si mantenha uma unidade de conjunto que o defina perante outros grupos.

A análise de trajetórias possibilita investigar o vir a ser, ou seja, compreendendo que a trajetória é um processo, percebe-se que, dentro de um determinado trajeto, existe a possibilidade de bifurcações. Precisa-se, também, qualificar esse trajeto e perceber como os fatos apresentaram-se. Essa percepção, muitas vezes, só acontece durante as entrevistas. Nisso reside a importância delas, pois desse processo pode resultar uma tomada de consciência (FERREIRA, AUED, VENDRAMIN, 2007).

As trajetórias ocupacionais remetem à construção processual de percursos no mercado de trabalho (SILVA 2011, CASTRO, 2006). No mercado de trabalho, em geral, identifica-se uma redução e precarização dos postos de trabalho. Porém, na área da saúde, não houve essa redução de vagas, por ser valorizado o trabalho vivo, apesar de haver formas flexíveis de contratação.

No que tange às reflexões acerca das trajetórias ocupacionais na saúde, deve-se levar em consideração tanto as chances de disputa por postos de trabalho em um quadro mais geral de redução e precarização do emprego assalariado e de intensificação da seletividade do mercado do trabalho no país, quanto a dinâmica específica do emprego no setor, que revela que essas mudanças em curso no mundo do trabalho não vêm acarretando a redução do emprego na saúde. Na verdade, o que se tem verificado no campo nas últimas décadas é o aumento de postos de trabalho – o trabalho vivo segue sendo central –, alavancado tanto pelo crescimento da rede pública quanto da rede privada, pela expansão expressiva da cobertura da atenção básica, pelo uso intensivo da força de trabalho, pela diversificação e ampliação dos serviços e pelo envelhecimento da população. Ao mesmo tempo, esse aumento tem configurado um mercado de trabalho caracterizado pela prevalência de formas flexíveis de contratação e o correspondente incremento da desregulamentação (CHINELLI E VIERA et al, 2014, p. 4).

Diante da instabilidade econômica e da precariedade que caracterizam o trabalho em saúde em nosso país, as mudanças no setor não reduziram o emprego na área da saúde. Pelo contrário, houve uma expansão da rede pública e privada nos serviços de saúde, sobretudo, pelo trabalho vivo, como primordial para responder as demandas por necessidades de saúde, nesse novo perfil demográfico e epidemiológico que o Brasil vem apresentando.

Diante de tudo que foi exposto até aqui sobre os conceitos de qualificação, competências e empregabilidade e como isso tem afetado os trabalhadores nas suas estratégias de inserção no mercado de trabalho e obtenção de postos de trabalhos mais qualificados, percebe-se a estreita relação desses conceitos com a valorização profissional abordada a seguir.

1.5. A questão da valorização profissional e o trabalho no SUS

O termo valorização constitui uma noção imprecisa que serve para designar uma série de ideias no campo da administração de recursos humanos. Estudos acadêmicos também costumam discuti-lo sob a perspectiva do senso comum segundo o qual ser valorizado é ganhar mais e ter mais valor significa ter mais dinheiro (MINAYO, p.612, 2013).

Minayo (2013) chama atenção para o fato de “valorização profissional” estar sempre referida a algumas profissões do setor de serviços como a de professor do ensino básico ou a de enfermeiros. Essas profissões seriam altamente necessárias à sociedade, mas com pouca visibilidade e baixa remuneração. Cabe aprofundar o estudo do tema junto ao setor de serviços e as especificidades das profissões que o compõem.

A autora ressalta, ainda, que quanto mais os profissionais são percebidos positivamente pela sociedade e por sua instituição, mais tendem a valorizar os papéis desempenhados, num movimento cumulativo entre reconhecimento e resiliência. Essa associação entre valorização e reconhecimento também foi identificada por Dejours como relevante:

A valorização e o reconhecimento são, sem dúvidas, elementos essenciais para a elevação da autoestima de qualquer ser humano, não devendo, portanto, serem considerados reivindicações secundárias dos trabalhadores (DEJOURS, 2006, p. 97).

Os estudos sobre o conceito de valorização profissional ressaltam que o salário não pode ser tratado como objetivo, mas como consequência de um processo socialmente construído, como parte de uma política de qualificação profissional que

inclua a gestão do trabalho. Ganhar mais não expressa, necessariamente, ser mais valorizado, pois a satisfação e o prazer no trabalho mesclam temas tangíveis como remuneração e os aspectos subjetivos. Alguns valores destacam-se como respeito, confiança, ambiente institucional, favorável, orgulho de fazer algo importante para si, para a sociedade, prazer de enfrentar e vencer desafios.

Buscando dar conta dessa articulação entre os aspectos da valorização e como trabalhadores da vigilância em saúde atribuem valores em relação a sua formação, aos seus processos de trabalho e a construção de subjetividades dos trabalhadores em seus ambientes de trabalho, cabe considerar a história de vida do grupo ocupacional e suas especificidades.

Martins e Krawulski (2012), em estudo sobre as trajetórias dos trabalhadores da atenção básica à saúde e a construção de sua identidade profissional, demonstra uma relação entre trajetórias, qualificação e valorização profissional. Os resultados da pesquisa, analisados com base na análise do discurso, acerca das trajetórias profissionais e dos sentidos atribuídos ao trabalho, mostraram uma estreita ligação entre o trabalho e a vida desses profissionais. Essa ligação estreita decorre da profunda identificação que esses profissionais têm com as atividades de trabalho, bem como das iniciativas de qualificação profissional integradas às suas experiências de vida.

Os diferentes sentidos atribuídos ao trabalho por esses profissionais abrangem distintas dimensões. Abarcam desde uma dimensão individual/particular determinante de suas trajetórias profissionais até valores da dimensão humano/genérica, como as concepções sobre o serviço público onde atuam, reconhecendo-se como participantes de um coletivo de trabalho. Os autores sinalizam para um entrelaçamento dessas duas dimensões.

A análise das trajetórias desses profissionais no âmbito da atenção básica de saúde, permitiu abrir um espaço para uma discussão acerca das especificidades dos trabalhadores envolvidos no processo de construção do trabalho nesse nível de atenção à saúde. Ao mesmo tempo em que possibilitou verificar que esses sujeitos, que são trabalhadores, fazem parte de um trabalho coletivo em que suas especificidades encontram-se a serviço de todos, a partir das suas práticas cotidianas e do trabalho que desenvolvem com a população.

Os achados desta pesquisa mostraram uma junção das dimensões singular e coletiva desses sujeitos e os insere em um contexto de trabalho e de vida interligados entre si. Atentou-se, nesta análise, para elementos que aproximam os sujeitos enquanto

parte de um processo relacionado à sua inserção no mundo do trabalho, especificamente na área da saúde, como também para aqueles particulares, próprios de suas vivências e trajetórias individuais.

Observou-se por Martins e Krawulski (2012) uma profunda identificação desses sujeitos com suas atividades de trabalho, fazendo parte desse processo as suas respectivas trajetórias profissionais, bem como suas diversificadas qualificações integradas às suas experiências de vida. A maioria teve sua trajetória profissional relacionada à área da saúde desde o início da carreira, embora nem todos a tenham iniciado na atenção básica.

Quanto às qualificações na forma de capacitações voltadas ao exercício das funções, foi observada, pelos autores, a diversidade de propostas desenvolvidas no cotidiano desde cursos de especialização realizados com recursos próprios dos trabalhadores, passando por cursos e treinamentos sobre assuntos específicos oferecidos pelo Município e/ou Estado até cursos de atualização. Além de todas essas modalidades, também foram citados treinamentos inespecíficos, que ocorrem de maneira espontânea, informal e por iniciativa dos próprios profissionais, quando iniciam o trabalho nos centros de saúde. Esses relatos sugerem a ausência de um procedimento padrão previamente estabelecido no que diz respeito à existência e/ou exigência de formação ou cursos introdutórios para a função no momento em que os profissionais entram para trabalhar nas unidades básicas de saúde.

Apesar da existência de programas oficiais de educação permanente voltados à formação em saúde, observa-se que, nos quadros da SMS/PMF, muitos profissionais ainda não possuem capacitação prévia para a função que vão desenvolver na atenção básica. Esse fator pode gerar certo conflito de intenções, no que diz respeito à compreensão dos objetivos e do modo de organização dos serviços nas unidades de saúde nesse nível de atenção, por mais identificação e compromisso com o trabalho que os profissionais possam estabelecer (MARTINS E KRAWULSKI, 2012).

A qualificação realça a concepção de relação social do indivíduo no mundo do trabalho e envolve a qualificação do posto de trabalho e de fatores que favorecem para que esse trabalhador desenvolva suas qualificações dentro do ambiente de trabalho e das relações que ali se estabelecem.

De acordo com Kober (2004, p.144), o processo de qualificação não depende apenas da escola e nem apenas do trabalhador, mas também do seu reconhecimento por parte da empresa e das condições de trabalho que ela oferece.

A análise das narrativas, em síntese, mostrou quem são os sujeitos da pesquisa que trabalham na atenção básica, incluindo suas trajetórias profissionais e o que pensam sobre o trabalho que realizam. Essas narrativas demonstraram grande envolvimento desses trabalhadores com suas práticas, o que as tornam indissociáveis e centrais em suas vidas, fazendo parte da construção de suas múltiplas e indissociáveis identidades, pessoal, profissional e social, enquanto parte de um grupo de trabalho específico de trabalhadores da atenção básica à saúde, (MARTINS E KRAWULSKI, 2012).

Em suas histórias de vida, os trabalhadores refletem sobre o seu trabalho, abordam o envolvimento com suas atividades cotidianas. Também mencionam a satisfação que sentem em relação ao trabalho que desempenham, constituindo, assim, um processo complexo e dinâmico, resultado de múltiplos fatores.

A satisfação no trabalho resulta da complexa e dinâmica interação das condições gerais de vida, das relações de trabalho, do processo de trabalho e do controle que os trabalhadores possuem sobre suas condições de vida e de trabalho. Nesse sentido, a satisfação é um processo dinâmico que pode ter influência tanto da organização do trabalho quanto da vida social, ou seja, o trabalhador não chega ao seu local de trabalho como uma máquina nova; ele possui uma história, o que o torna um indivíduo com características únicas e pessoais. (Pinto e Silva, 2009, p. 299)

Quanto à formação acadêmica para os cargos ocupados, são na maioria das vezes compatíveis com o grau de escolarização exigido. Porém, o investimento em qualificação para as funções desenvolvidas acaba ficando muito por conta do próprio profissional, individualmente, o que é corroborado pela literatura, (MARTINS E KRAWULSKI, 2012). No que concerne à qualificação, Franzoi (2006, p. 43) afirma que:

A qualificação é um status reconhecido no sistema social produtivo, associado a um potencial de participação na vida técnica nesse sistema. Compreendendo trajetória profissional como algo dinâmico que inclui não somente experiências de trabalho, mas também de formação.

Em relação à qualificação para o trabalho e à pergunta colocada na pesquisa no início do estudo pelos pesquisadores que questionaram: “como lidam com a discrepância entre sua formação profissional e as demandas e modelos de atuação da atenção básica?”, observou-se, no que diz respeito à capacitação para as funções desenvolvidas nos centros de saúde, parece estar naturalizado entre os trabalhadores o modo de ir aprendendo na prática com quem já está na ativa há mais tempo, o (a) qual, por sua vez, também já aprendeu com alguém anteriormente ou através da própria experiência, (MARTINS E KRAWULSKI, 2012).

Percebe-se, nesta pesquisa, que tanto os trabalhadores de nível superior quanto os de nível médio apresentam demandas e necessidades por formação. Os percursos formativos e as trajetórias profissionais estão estritamente relacionados.

Entretanto, nessa “naturalização”, evidenciou-se um anseio por capacitações não apenas no nível técnico de suas funções, mas também como oportunidades de se atualizarem ou mesmo do simples fato de sair da unidade e manter contato com outros profissionais em situações que fujam à rotina de trabalho para trocarem experiências, (MARTINS E KRAWULSKI, 2012).

Para Claud e Dubar (2005 e 2009), a socialização dos indivíduos pode contribuir como uma ação estruturante para a construção da identidade de grupos profissionais. O autor reafirma o trabalho relação social, definindo o perfil do cidadão e as representações sociais do indivíduo.

O trabalho, de modo geral, foi trazido com diferentes sentidos, variando a partir de uma valorização de dimensões mais particulares determinantes de suas trajetórias profissionais relativas à formação pessoal, criação familiar, condicionamento pessoal, profissão, sobrevivência, emprego, fonte de renda e realização pessoal. Valores mais humanos/genéricos também foram citados em menor escala como sentidos atribuídos ao trabalho, relacionados ao serviço no setor público, como acreditar no trabalho no serviço público e a possibilidade de devolver à sociedade o investimento realizado na formação universitária, (MARTINS E KRAWULSKI, 2012).

Esses diferentes sentidos atribuídos ao trabalho podem ser agrupados como objetivo e subjetivos. Para Matos (2015, p. 27), a identidade profissional implica a relação entre as trajetórias individuais e os sistemas de emprego e de formação, em uma relação entre a transação objetiva e subjetiva. As expectativas criadas pelo sujeito a respeito de sua vida profissional, as relações dessas expectativas com os processos formativos e de inserção nos mercados de trabalho, bem como com a percepção que os demais sujeitos desenvolvem sobre ele constituem a esfera social de construção da identidade profissional, mediada pelas expectativas e percepções (dimensão subjetiva), os processos formativos e a inserção dos mercados de trabalho (dimensão objetiva).

A presença de duas dimensões constata-se o tempo todo no trabalho, nesse nível de atenção: a subjetiva de um e a objetiva do outro, tornando essa relação única e singularmente real, o que a diferencia de outra ação com o mesmo propósito realizada por qualquer outro profissional com a mesma formação em outra unidade de saúde, e, conseqüentemente, diferenciada também em sua atribuição de sentidos. No entanto,

aspectos presentes no processo de trabalho nesse nível de atenção, como dialogicidade e subjetividade humanas, conectividade e afetividade vêm fazer parte da composição deste como coletivo de trabalho, com uma identidade que os aproxima e acumplicia enquanto grupo, embora sua prática seja expressa singularmente pelos sujeitos que a executam (MARTINS E KRAWULSKI, 2012).

Tais aspectos apresentados na pesquisa permitem compreender que a possibilidade de projetos coletivos dos trabalhadores não se baseia apenas de ações realizadas de forma racional e conscientes dos sujeitos, mas passa também pelas emoções e estado psicológico dos indivíduos e não está relacionada apenas às dimensões estruturais e rotineiras das instituições, mas inclui as subjetividades dos indivíduos. No campo da saúde, através desses aspectos são analisadas as possibilidades de mudança no cuidado e na gestão dos serviços de saúde, incluindo esses elementos, como a subjetividade, a capacidade de escuta dos usuários e trabalhadores, a intersubjetividade, as narrativas de vida, entre outros.

Por outro lado, a mesma singularidade que diferencia quem e como realiza o trabalho na atenção básica promove uma aproximação enquanto grupo de trabalho inserido em um contexto coletivo que os identifica. Em síntese, fazem parte desse processo identificatório: as respectivas trajetórias profissionais, as diversificadas qualificações integradas às experiências de vida dos sujeitos, além do modo singular como cada um atribui sentido ao seu trabalho (MARTINS E KRAWULSKI, 2012).

Entre os fundamentos da Atenção Básica, salientamos que a produção de vínculos trabalhador-usuários, a valorização dos trabalhadores de saúde com ênfase em sua formação e qualificação, e o estímulo à participação social, são elementos definidores do modelo de atenção à saúde, e possuem completa afinidade com os princípios e diretrizes da política de saúde (Pinheiro e Silva Junior, 2008).

A valorização do profissional de saúde inicia, segundo Silva:

Com a escuta ativa sobre as suas necessidades, promovendo protagonismo e qualidade do atendimento numa lógica que vem de baixo para cima, perfazendo os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), que consiste na universalidade, equidade e integralidade. É de extrema relevância adotar mecanismos que apoiem a reflexão sobre o aprender, o fazer, a convivência, e o ser de cada um dentro de um serviço de saúde do SUS, (2018, p.03).

Conforme vimos na pesquisa acima, as trajetórias dos trabalhadores da atenção básica apresentam estreita relação com os aspectos da qualificação, valorização, identidades profissionais. A vigilância em saúde embora esteja inserida com ações

previstas a serem realizadas no âmbito da atenção básica, podem-se identificar, nesse grupo ocupacional, diferenças e semelhanças em suas trajetórias que atravessam a educação e profissão. Entrando nesse universo amplo da vigilância em saúde com diferentes áreas de atuação e interfaces com a atenção a saúde, faz-se necessário compreender os conceitos e aplicações da vigilância em saúde que darão subsídios para compreendermos os aspectos ligados de valorização dos trabalhadores da vigilância em saúde.

CAPITULO 2 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E DINÂMICAS

A vigilância em saúde é um campo de atuação tão antigo que apresenta diferenças conceituais, usos e aplicações no âmbito da saúde pública. Mesmo com essas diferenças, nos últimos anos, houve aperfeiçoamento da vigilância em saúde no que diz respeito aos seus instrumentos, técnicas e protocolos específicos, na busca por minimizar ou reduzir os riscos e danos à saúde das populações. Isso possibilitou reconhecer a importância desse campo de atuação na saúde, dado ao surgimento dos surtos, endemias e pandemias que causam sérios impactos e repercussões na saúde pública brasileira.

Essa evolução do conceito e da abrangência da vigilância, já observada no início da década de oitenta, acompanhava as transformações que estavam ocorrendo nos serviços de saúde, nos perfis epidemiológicos das populações e na percepção da saúde durante o período de transição do capitalismo monopolista de estado para uma outra conjuntura, o capitalismo pós-fordista ou técnico-científico-informacional, (SABROSA, s/d).

Embora a saúde da maior parte da população deixava de ser um fator importante para a produção, passou a ser cada vez mais um problema de interesse individual. Ao contrário, pode-se verificar que muitas vezes o conjunto dos pacientes, estava relacionado a sua participação no consumo de bens e serviços, obtendo um papel importante no processo econômico, contribuindo para a realização do capital através da ampliação e intensificação do consumo de bens e serviços. Ou seja, o processo saúde e doença tem uma forte ligação com o domínio do capitalismo na sociedade. (SABROSA, s/d).

A contradição entre o capital-trabalho-saúde presente na área da vigilância em saúde exige a ação do Estado para diminuir as desigualdades. A vigilância, em seu caráter regulatório, precisa ser o fiel de uma balança entre os interesses do setor produtivo e os interesses do cidadão, muitas vezes conflitantes (DE SETA, DELAMARQUE, REIS, 2011).

2.1 Os Conceitos ampliados de Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde apresenta diferentes concepções e significados, como observado por Waldman (1998) quando compara os conceitos e usos da vigilância em

saúde na idade média, no final do século XVII, até a década de 90, demonstrando também que a vigilância não devia ser entendida como sinônimo de epidemiologia. Pois esta, seja como ciência ou como uma prática de saúde pública, é muito mais ampla do que a vigilância.

As diferentes linhas ou correntes no debate em torno da Vigilância se expressam na utilização de variações terminológicas como Vigilância da Saúde, Vigilância à Saúde e Vigilância em Saúde. O eixo comum é a abertura para a epidemiologia de forma transversal, tanto no que diz respeito à sua contribuição para a análise dos problemas de saúde que ultrapassa a mera sistematização de indicadores de saúde, quanto no âmbito do debate sobre planejamento e organização de sistemas e serviços de saúde, isto é, na implantação de novas práticas e novos modelos assistenciais (TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS, 1998).

A vigilância se constitui um campo de elevada importância pois é dela que se produz as informações sobre as condições de vida e situação de saúde da população, como também sobre a distribuição dos fatores determinantes e condicionantes, dos riscos e agravos a saúde, sendo de fundamental relevância para os gestores, no processo de tomada de decisão, quanto as ações e serviços de saúde, formulação das políticas públicas de saúde e para a totalidade da sociedade.

A preocupação com a elaboração de um modelo assistencial que articulasse as bases científicas e procedimentos, provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde se denominou na utilização do termo “vigilância à saúde”, definindo-se que esta trabalha com uma conceituação mais ampla do papel da epidemiologia nos serviços de saúde, incluindo avaliação e pesquisa e em suas propostas de ação, deve apreender a desigualdade social e assim conseqüentemente, a distribuição desigual de agravos à saúde (TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS, 1998).

“Essa apreensão representa um deslocamento da sua base conceitual, do exclusivo controle e/ou erradicação dos agentes para a compreensão das relações sociais que definem a desigualdade” (Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998, p.14).

“A expressão vigilância em saúde envolve, inicialmente, à palavra vigiar. Sua origem - do latim *vigilare* - significa, de acordo com o Dicionário Aurélio, observar atentamente, estar a atento a, atentar em estar de sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelar-se” (Monken, M.& Batistella, 2008).

Entende-se por Vigilância à Saúde, um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, previsão, prevenção e enfrentamento contínuo de problemas de saúde,

selecionados e referente aos fatores e condições de risco, doenças e outros agravos à saúde de uma população num determinado território (TEIXEIRA, PAIM e VILASBÔAS, 1998).

De acordo com documentos públicos, a Vigilância em Saúde é entendida como uma forma de pensar e agir, tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, devendo constituir-se em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, é, pois, referencial para mudanças do modelo de atenção. Deve estar inserida diariamente na prática das equipes de saúde como também na população de um determinado território, (BRASIL, 2008).

A Vigilância em Saúde, em uma concepção mais ampla, é compreendida por Teixeira, Pinto, Vilasbôas, (2004), como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde das populações que residem em determinados territórios, sob a olhar voltado para a integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletivas dos problemas de saúde. As ações específicas de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental envolvem as ações que denomina a Vigilância em Saúde, ao lado das ações de caráter individual organizadas de forma assistencial.

A vigilância em saúde, pode ser compreendida também como articulação de diferentes saberes e de práticas sanitárias, se apresenta como um modelo ideal para materialização dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS). Apoiada no conceito positivo do processo saúde-doença, com um olhar sobre o objeto da vigilância em saúde para as condições de vida e situações de saúde das comunidades. A vigilância em saúde apresenta as seguintes características: intervenção dos problemas de saúde sob formas de operações que requerem atenção e acompanhamento contínuos (monitoramento e avaliação em saúde), adoção do conceito de risco, articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, atuação intersetorial e ação sobre o território (Paim & Almeida Filho, 2000).

De acordo com as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (2010), a vigilância em saúde tem por objetivo, a observação e análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos a saúde de populações que vivem em determinados

territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto abordagem individual quanto coletiva dos problemas de saúde.

2.2 As Vigilâncias em Saúde

O conceito de Vigilância em Saúde inclui: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária, (BRASIL, 2008). Este conceito procura uma nova abordagem ou denominação envolvendo outras vigilâncias.

A vigilância epidemiológica é um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de se recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”. Seu propósito é fornecer orientação técnica permanente para os que têm a responsabilidade de decidir sobre a execução de ações de controle de doenças e agravos. Tem como funções, dentre outras: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; divulgação das informações; investigação epidemiológica de casos e surtos; análise dos resultados obtidos; e recomendações e promoção das medidas de controle indicadas, (BRASIL, 2010).

A vigilância da situação de saúde desenvolve ações de monitoramento contínuo do país/estado/região/município/território, por meio de estudos, pesquisas e análises que demonstram a morbidade dos principais indicadores de saúde do Estado, Município, País ou Região de Saúde, priorizando temas relevantes e contribuindo para um planejamento das ações, serviços ou gestão em saúde de forma mais abrangente, (BRASIL, 2010).

A vigilância em saúde ambiental visa ao conhecimento e à detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que repercute na saúde humana. De modo a recomendar e adotar medidas de prevenção e controle dos fatores de risco, relacionados às doenças e outros agravos à saúde, prioritariamente aos programas de vigilância da qualidade da água para consumo humano, ar e solo; desastres de origem natural, substâncias químicas, acidentes com produtos perigosos, fatores físicos, e ambiente de trabalho que fazem parte das ações de vigilância em saúde ambiental, (BRASIL, 2010).

A vigilância em saúde do trabalhador caracteriza-se por ser um conjunto de atividades destinadas à promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos dos ambientes e processos de trabalho (BRASIL,2010).

A vigilância sanitária é entendida como um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos riscos sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção de produtos e prestação de serviços que interferem na saúde. Abrange o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, causem riscos ou danos à saúde, compreendidas em todas as etapas e processos, da produção ao consumo, e o controle da prestação de serviços que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde (BRASIL, 2010).

Para Reis e De Seta (2011), um aspecto comum que pode ser identificado em todos os conceitos das “vigilâncias” é que elas compreendem um conjunto de ações ou de atividades. Outro aspecto relacionado ao seu processo de trabalho é que todas “precisam” de análises laboratoriais em seus procedimentos como complementares e compartilhados as suas ações.

Ainda Reis e de Seta (2011, p 230) destacam aspectos comuns nas definições das vigilâncias, sendo as seguintes:

1. Assim como a saúde, devem ser pensadas mais amplamente dentro do contexto de desenvolvimento social, nas formas de organização do Estado e da sociedade para dar sustentabilidade aos modelos de desenvolvimento adotados, levando em consideração a complexidade do processo saúde-doença e a busca da melhoria das condições de vida das pessoas.

2. São conjuntos de ações ou de atividades e lidam com riscos ou fatores determinantes e condicionantes de doenças e agravos.

3. Na sua operacionalização, as quatro vigilâncias se referem a territórios delimitados.

4. Assim como a saúde, em termos de política pública as vigilâncias têm um caráter intersetorial.

E válido complementar que a Portaria 1.378/2013 especifica a composição das áreas da vigilância em saúde em: vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;

vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências; vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; vigilância da saúde do trabalhador; vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde; e outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade.

Se as vigilâncias têm muitos pontos em comum em suas definições, isso não denota que elas desenvolvem suas ações de forma igual:

1. Nas definições anteriores há diferenças importantes quanto à forma de atuação, ou melhor, à possibilidade explícita de intervenção sobre a realidade ou de produção e utilização do conhecimento sobre essa realidade para instrumentalizar a intervenção.
2. Na definição de vigilância sanitária está claro que o conjunto de ações deve ser capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários, podendo restringir público.
3. Na definição de vigilância epidemiológica, são privilegiados o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes ou condicionantes da saúde individual e coletiva. Nesse sentido, Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) sustentam que a tradução operacional da vigilância epidemiológica “pretende ser uma ampla rede de unidades geradoras de dados que permitam a adoção de decisões e a execução de ações de investigação e controle” (Reis e de Seta, 2011 p. 230-2031).

Essa histórica separação institucional e suas formas de organização dos processos de trabalho, que impulsionam o distanciamento e distinção entre os trabalhadores em suas diferentes estruturas operacionais e áreas que compõem a vigilância em saúde, representa um grupo ocupacional bastante heterógeno. Isso já apontado por Batistella (2013), por apresentar diferentes vínculos empregatícios, o que dificulta também o estabelecimento de vínculos identitários com a área, reconhecimento, construção de um projeto de trabalho e consolidação de uma profissão ou classe profissional na área da vigilância em saúde.

Apesar de esses fatores não favorecerem a construção de identidade e reconhecimento profissional, as entrevistas dos trabalhadores do grupo ocupacional da vigilância em saúde, apresentam aspectos que valorizam em suas trajetórias e quando buscam possibilidades do trabalho significar fonte de realização.

Apesar da histórica fragmentação institucional de cada área que compõe a vigilância em saúde, tanto nas esferas federais, estaduais e municipais de saúde no que diz respeito a sua composição, instrumentos de trabalho, heterogeneidade e inserção

dentro do Sistema Único de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família – ESF, pode ser um campo para integração e consolidação das práticas de vigilância em saúde, mesmo com desafios institucionais existentes, conforme a seguir.

2.3 Vigilância em Saúde na Atenção Básica

Outro espaço de atuação da vigilância em saúde para aplicação de suas práticas é a Estratégia de Saúde da Família. Teixeira, Pinto, Lorene e Vilasbôas (2004) observam as possibilidades de operacionalização da Vigilância em Saúde nos territórios das ESF como ação necessária. Porém, bastante escassa para a sua efetivação no SUS. Superar as concepções e o modelo hospitalocêntrico na gestão do SUS e nas práticas da maioria das equipes das ESF do País, depara-se com obstáculos existentes na estrutura e nos processos institucionalizados o que dificulta a implementação das práticas de Vigilância em Saúde.

Antes da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1980, a divisão política e organizacional estava bem definida. De um lado, sob a responsabilidade do extinto Inamps, estavam as ações de natureza assistencial. De outro, sob o comando do Ministério da Saúde, estavam as ações de natureza coletiva, vinculadas à vigilância, à prevenção e ao controle das doenças transmissíveis. Após a criação do SUS, o planejamento e a execução das ações passaram a ter um comando único em cada esfera de governo, favorecendo a formulação de políticas de saúde mais efetivas. Entretanto, os avanços alcançados, principalmente na organização dos serviços assistenciais, a divisão e a fragmentação das ações assistências e de vigilância em saúde persistiram por longo tempo, mesmo sob comando único (BRASIL, 2006).

Essa divisão entre as práticas individuais e coletivas, historicamente determinada, favoreceu nos serviços de saúde processos de trabalho pouco efetivos, reforçados pela pouca integração entre as esferas de gestão, de assistência à saúde e de vigilância em saúde. As ideias de gestão concentradas apenas em modelos puramente assistenciais e político dependentes contribuíram, em parte, com a desvalorização do setor de vigilância, excluindo-o ou limitando sua participação nos fóruns de decisão. (BRASIL, 2006).

Mesmo com alguns avanços apresentados, essa fragmentação institucional, ajuda a compreender porque as práticas de vigilância em saúde não são difundidas dentro da

assistência e da atenção primária à saúde, como uma ação ou olhar transversal a ser incorporado pelas equipes de saúde. Verifica-se, também, no conjunto de trabalhadores que compõe o grupo ocupacional da vigilância em saúde, a ausência de identidade, reconhecimento e consolidação da profissão de vigilância em saúde.

Entretanto, Teixeira e Solla (2006) complementam que as ações de Vigilância em Saúde realizadas pelas Equipes de Saúde da Família parecem se restringirem apenas à notificação de casos e à oferta das vacinas nas ações de Imunização. As ações de controle da tuberculose e de eliminação da hanseníase apresentam-se, em grande parte das equipes, como importantes desafios a serem incorporados nas práticas profissionais. As ações de Vigilância Sanitária e de Vigilância Ambiental ainda estão bastante distantes do cotidiano das ESF, por serem áreas que não são descentralizadas para a atenção primária.

Ainda, Teixeira (2004), destaca que a integração entre a Saúde da Família e a Vigilância em Saúde seria possível, mediante mudanças na lógica adotada e na organização das práticas das equipes locais. Mesmo a atenção básica no âmbito da ESF sendo um solo fértil para desenvolver as ações de vigilância em saúde, o nosso país ainda enfrenta algumas dificuldades nas ações de promoção, prevenção e proteção à saúde.

As equipes de saúde ainda necessitam de mudar a lógica como oferta e desenvolve o cuidado com a saúde, devido às mudanças no perfil epidemiológico que vem ocorrendo a nível mundial. O Brasil também vem apresentando mudança no quadro do perfil epidemiológico, na passagem das condições agudas de saúde para as condições crônicas. A população passou a envelhecer mais, passamos a ter menos idosos e uma queda nas taxas de fecundidade, além do aumento na prevalência das doenças e agravos não transmissíveis. Mesmo com todas essas alterações, obtiveram-se êxitos nas ações de imunizações. Porém, não avançamos com ações em relação a algumas doenças infecciosas e parasitárias e nas infecções sexualmente transmissíveis.

Verificam-se, também, como forma de organização da vigilância em saúde, as políticas públicas saudáveis e ações intersetoriais como forma de responder aos problemas complexos e as necessidades das populações em todos os níveis de atenção à saúde. Dessa forma, os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença fazem interseção no modelo político e sanitário da saúde no contexto do SUS, articulando as ações de vigilância em saúde nos seus diferentes serviços em todos os níveis de atenção, tendo como a atenção primária como ponto de atenção principal.

Brasil (2010) propõe a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde como condição necessária para desenvolver a integralidade na atenção e para o alcance de melhores resultados, com desenvolvimento de um processo e trabalho próximo da realidade local, que preserve as especificidades locais, tendo por diretrizes:

I – compatibilização dos territórios de atuação das equipes, com a gradativa inserção das ações de vigilância em saúde nas práticas das Equipes da Saúde da Família;

II – planejamento e programação integrados das ações individuais e coletivas;

III – monitoramento e avaliação integrada;

IV – reestruturação dos processos de trabalho com a utilização de dispositivos e metodologias que favoreçam a integração da vigilância, prevenção, proteção, promoção e atenção à saúde, tais como linhas de cuidado, clínica ampliada, apoio matricial, projetos terapêuticos e protocolos, entre outros;

V – educação permanente dos profissionais de saúde, com abordagem integrada nos eixos da clínica, vigilância, promoção e gestão.

Com a nova Política Nacional de Atenção Básica de Saúde – PNAB – por meio da Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017 que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se:

[...] a abrangência das ações voltadas à saúde pública, com intervenções individuais ou coletivas, prestadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, em todos os pontos de atenção (esta se destaca pelo fato de contemporizar, trazendo como complemento ao artigo 198 da Constituição Federal, a vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador); a inserção das ações de vigilância em saúde em toda a Rede de Atenção à Saúde e em especial na Atenção Primária, como coordenadora do cuidado; e a integração das práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e do trabalhador e dos laboratórios de saúde pública, preservando suas especificidades, compartilhando saberes e tecnologias, promovendo o trabalho multiprofissional e interdisciplinar (ou seja, reconhecer a diversidade dos processos de trabalho internos à vigilância em saúde, porém buscando integrá-los), (Campos et al, 2017).

A nova PNAB procura integrar a vigilância em saúde com a atenção básica, abrangendo as suas ações dentro das ações de saúde pública, em todos os pontos de atenção, inseridos, dessa forma, nas Redes de Atenção à Saúde – RAS – e, em especial, na atenção primária, preservando a sua essência, identificando o seu trabalho e sua ação de forma compartilhada, multiprofissional e interdisciplinar.

Isso posto, é importante entender as ações de vigilância em saúde como transversais a todas as ações da equipe de AB, que envolvem desde o olhar

sobre o território até a organização de linhas de cuidado, passando pelo entendimento do processo saúde-doença que norteia as consultas individuais e coletivas, visitas domiciliares, grupos e procedimentos realizados pelas equipes de AB. Portanto, a organização das ações integradas de trabalho é responsabilidade partilhada das equipes de AB e VS, da atenção e da gestão, sendo imprescindível priorizar esta pauta nos espaços de diálogo entre essas equipes no cotidiano de trabalho, buscando construir os caminhos para se chegar a essa integração em cada realidade, (Brasil, 2018, p.25).

Enfatiza-se nos documentos públicos e na nova PNAB que as ações de vigilância em saúde devem ocorrer de forma transversal, levando em consideração o território e as linhas do cuidado dentro do processo de trabalho das equipes da atenção básica de saúde, sendo importante priorizar essa integração no cotidiano do serviço.

No que tange à coordenação do cuidado e à ordenação da Rede de Atenção à Saúde, a Atenção Básica se configura como o centro de comunicação, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade, e ser a porta de entrada prioritária. Nessa perspectiva, é também possível e desejável integrar as ações de VS, observando-se sua transversalidade na elaboração das linhas de cuidado e construção de fluxos assistenciais, assim como na definição dos pontos de atenção prioritários para a execução de ações de VS, que podem se constituir, caso necessário, em unidades sentinelas para o monitoramento de alguns agravos relevantes, (Brasil, 2018, p. 39).

O Artigo 5º da Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017 coloca a integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica como condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade.

A PNANB tem a família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Entretanto, reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios e incorpora as ações de vigilância em saúde. Na nova PNAB, constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde. Além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Seguindo os pressupostos da nova PNAB de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve se integrar, orienta também que as atividades específicas dos agentes comunitários de saúde e agente de combate a endemias (ACS e ACE) devem ser integradas propondo atribuições gerais e específicas.

Além das atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica na nova política, são atribuições comuns dos ACS e ACE realizar o diagnóstico situacional de saúde, desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, realizar visitas domiciliares, incluindo a investigação epidemiológica, orientar a comunidade sobre as doenças, identificar casos suspeitos e encaminhar a unidade de saúde, informar, mobilizar e estimular a comunidade o controle e participação social e, por fim, potencializar as ações intersetoriais.

Quanto as atribuições dos ACS já estabelecidas da primeira concepção da política ela possibilita exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor das diferentes esferas administrativas. Podendo ser, atividades do ACS, a serem realizadas em caráter especial, supervisionado por profissional de saúde de nível superior ou membro da equipe, após treinamento, fornecimento de equipamentos adequados, respeitada a autorização legal, sendo as seguintes atribuições:

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Para os Agentes de Combate a endemias, além das atribuições já consolidadas na sua profissão, a nova PNAB, ressalta que o ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde.

A publicação da revisão da PNAB, apresentando como possibilidade dos ACS de exercer procedimentos básicos da área da enfermagem, fez com que o Ministério da Saúde criasse o PROFAGS – Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde –

instituído pela Portaria nº 83/2018, visando oferecer formação técnica de enfermagem para agentes comunitários de saúde e agente de combate a endemias.

A proposta do Ministério da Saúde é qualificar em torno de 250 mil agentes em todo o País, visando ampliar as atribuições dos profissionais, embora muito criticada por várias entidades por não privilegiar as instituições públicas de ensino alternativa para oferecer a modalidade semipresencial e por não fortalecer as ações de promoção e prevenção em saúde no âmbito do território de atuação da ESF.

Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção (Brasil, 2017).

Nesse sentido, a nova política de atenção básica identifica o território como algo dinâmico e móvel em constante processo de transformação, e não apenas algo estático em que grupos ou indivíduos residem e exercem suas formas de reprodução de saúde dentro do contexto em que atuam. O território pode impedir a fragmentação das vigilâncias, mas como ponto de partida para identificar a rede explicativa do processo saúde-doença, ajudando em uma melhor compreensão e resolutividade

Assim, a nova PNAB tenta adotar e unificar um território único aos Agentes de Combate às Endemias para que trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe da Atenção Básica, na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias (Brasil, 2017).

2.4 O Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde surge a partir de uma proposta e alternativa a diferentes modelos assistenciais de saúde vigentes, ou seja, como um modelo de atenção à saúde, com diferentes sujeitos, objetos, processos e formas de organização que compõe o seu trabalho. Para Teixeira, Paim e Vila Boas (1998), na vigilância em saúde os sujeitos são as equipes de saúde e a população, o objeto da vigilância se concentra nos danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida de saúde, os meios de trabalho são: a tecnologia de comunicação social, de planejamentos e programação local, situacional e tecnologias sanitárias e por fim suas formas de organização se estrutura na políticas públicas saudáveis, ações intersetoriais e intervenções específicas.

As ações de promoção e prevenção baseado na vigilância em saúde, combina diferentes tecnologias, envolvendo equipes de saúde e população com uma abordagem mais ampla. Não nega os modelos vigentes, mas analisa esses modelos, como eles interferem nas condições de vida e situações de saúde das populações em um determinado território nas ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma a intervir nos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

A vigilância da saúde tem no princípio de territorialidade sua principal premissa. O trabalho em saúde e a vigilância em saúde devem estar mergulhados no contexto territorial em que as populações residem. Assim, conseguem-se definir problemas e estabelecer prioridades, bem como planejar e obter os recursos para atender às demandas de saúde da comunidade, levando em conta as especificidades regionais. O indivíduo é o objetivo final da vigilância da saúde, mas deve ser considerado parte da família, da comunidade, da população, do sistema social e do ambiente em que vive e estabelecer suas relações, (CAMPOS, 2003).

Campos (2003) define território como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de sustento, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação, como parte integrante do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre o processo saúde e doença, de família, de sociedade.

A vigilância em saúde propõe a incorporação de novos sujeitos. Além dos profissionais de saúde, são sujeitos das práticas os profissionais de outros setores, a população ou grupos populacionais. Os sujeitos das vigilâncias utilizam vários meios de trabalho para identificar seu objeto e realizar suas ações. O sujeito é coletivo e sua intervenção extrapola o setor saúde, deve lançar mão não apenas de saberes e tecnologias pertencentes ao seu campo de atuação, mas também de outros saberes e tecnologias. Alimentam-se de várias bases epistemológicas, métodos, instrumentos e procedimentos, mas não se restringe a elas, abrangem também ações voltadas para ao fortalecimento da sociedade e da cidadania para alcançar suas finalidades de promoção e prevenção de danos e agravos (DE SETA, DELAMARQUES e REIS, 2011, 250-251).

Trata-se, portanto, de desencadear um processo de construção das práticas de Vigilância da Saúde, tendo como eixo central o trinômio "informação-decisão-ação", que se traduzido ponto de vista técnico-operacional, no uso de métodos/técnicas de planejamento que dê em suporte ao processo de identificação e priorização de problemas de grupos populacionais de territórios delimitados e à articulação de operações integradas de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação destinadas ao enfrentamento contínuo dos problemas selecionados (Teixeira, Paim, Vilas boas, 1998, p. 19)

Conforme informam esses autores, o processo de trabalho da vigilância em saúde apoia-se no pilar da informação-decisão-ação. A vigilância em saúde necessita de informações para melhor conhecer e identificar as situações de saúde da população, de modo a subsidiar os gestores e trabalhadores da saúde no processo de planejamento e tomada de decisão, para agir de forma a desenvolver intervenções eficazes que possam melhorar a saúde dos indivíduos e da coletividade.

Embora as vigilâncias em saúde apresentem competências e atribuições na constituição de 1988 e na lei 8080/90, há uma gradação de responsabilidades e ações que o SUS diretamente deve executar como as ações de vigilância epidemiológica e sanitária e outras que deve colaborar ou participar sendo as de meio ambiente, trabalho e saneamento básico. Em parte, isso pode ter contribuído para o desenvolvimento desigual das vigilâncias, houve também o desenvolvimento conceitual e histórico desigual entre os componentes das vigilâncias em saúde. Outro fator importante é que as práticas e os respectivos (sub) sistemas têm sido designados pelos mesmos nomes atribuídos aos serviços ou lugares institucionais organizados na esfera federal. Assim, as vigilâncias epidemiológica e ambiental crescentemente são designadas como “vigilância em saúde”, tomando por base a definição adotada para a secretaria do Ministério da Saúde e por outro lado a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA separada das demais vigilâncias (REIS E DE SETA, 2011).

Ainda as autoras complementam que essa lógica de estruturação e definição parece ser diferente nos estados e nos municípios. Em grande parte deles, notadamente nos pequenos municípios, não existe separação de funções e de equipes para o trabalho nas vigilâncias, independentemente do nome do serviço quando a equipe é pequena. Muitos têm uma só equipe ou mesmo um só profissional, que costuma ser responsável por todas as ações referentes às vigilâncias. Nesses municípios, geralmente não se realizam todas as ações das vigilâncias que é de sua responsabilidade. Há o predomínio de municípios pequenos e muito pequenos, com diferenças regionais, populacionais e de infraestrutura que os nossos municípios no País enfrentam e sofrem com a escassez de profissionais disponíveis nas localidades; o início relativamente tardio do processo de descentralização e regionalização das ações em relação às ações assistenciais, ao cuidado e, finalmente, a própria natureza do trabalho a realizar.

Não existe sistema de informação ou registros estatísticos nacionais que possam demonstrar como está organizado o processo de trabalho da área de vigilância nos municípios e prover informações sobre os trabalhadores que atuam nessa área: (i) quais profissionais desenvolvem as ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária? (ii) estas ações são executadas pelo

mesmo profissional? (iii) qual nível de escolaridade é exigido para os trabalhadores dessa área? (iv) é exigida alguma qualificação específica para os trabalhadores de vigilância? (v) existe diferenciação nos papéis e funções exercidos pelos trabalhadores da área de vigilância segundo porte populacional do município? (vi) existe diferenciação nos papéis e funções segundo modelo assistencial/ organizacional da vigilância nos municípios? (UFMG, 2008, p.13)

Na esfera federal de Governo, existe uma separação mais ou menos clara de atribuições e, mais clara ainda, de instituições em relação à vigilância sanitária – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – e à vigilância epidemiológica e ambiental em saúde que, desde 2007, passou a incorporar também a saúde do trabalhador – Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Além de atribuições de coordenação dos sistemas nacionais e de alguns programas, a esfera federal tem algumas responsabilidades privativas 202-203

As vigilâncias do campo da saúde, no Brasil, não se constituíram de forma linear no sistema de saúde. Seu desenvolvimento foi desigual no tempo e em cada contexto histórico em relação a cada um dos seus principais componentes: as vigilâncias sanitária, epidemiológica, ambiental e em saúde do trabalhador (Reis e De Seta, 2011, p. 225).

O desenvolvimento desigual das 04 (quatro) grandes áreas da vigilância em saúde ajuda a compreender o distanciamento e as diferenças entre os trabalhadores que ocupam as estruturas operacionais dos serviços de vigilância e a dificuldade existente na consolidação de uma profissão, de um projeto de trabalho, o reconhecimento e a criação de identidade com a área.

Entretanto, as parcialidades das vigilâncias são voltadas para a concepção de risco com o qual cada área desenvolve, pela capacidade do seu serviço, grau de institucionalidade e pela sua articulação com as ações intra e intersetorial do sistema único de saúde (REIS E DE SETA, 2011, p. 230).

Outra abordagem fundamental para a compreensão do risco e seus desdobramentos operacionais na vigilância em saúde é a da vulnerabilidade, muito discutida no seu campo de atuação, no que se refere aos enfoques voltados para os indivíduos, grupos e para o ambiente, quando relacionados aos riscos biológicos, físicos, químicos, tecnológicos e sociais. A ideia de vulnerabilidade, mesmo quando tomada em seu sentido comum, revela-se promissora na leitura de situações de perigo, em especial quando reportada a algum agravo específico, como no caso da Aids (GONDIM, 2007).

Se todas as vigilâncias têm em comum o caráter de bem público, duas coisas diferenciam a vigilância sanitária das demais: seu inquestionável poder de polícia administrativa no campo da saúde e o efeito econômico direto que sua

regulação no campo da saúde acarreta. Embora não atue todo o tempo só com base no poder de polícia, é ele quem assegura a efetiva capacidade de intervenção da vigilância sobre os problemas sanitários e possibilita uma atuação mais ampla sobre os interesses privados em benefício do interesse público. Para isso, seus modos de atuação compreendem atividades autorizativas (registro de produtos, licenciamento de estabelecimentos, autorização de funcionamento), normativas, de educação em saúde e de comunicação com a sociedade. Dos dois primeiros modos de atuação decorre seu caráter regulatório, de regulação social (e econômica) no campo da saúde, (Reis e De Seta, 2011, p., 231 - 232).

Concordando com esse pensamento, Aragão e Sydia, (2018) complementam que a regulação sanitária é um exercício de poder, por isso a Visa detém o poder de polícia, restringindo o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse público. Em busca da segurança sanitária, a Visa deve recorrer a tecnologias de intervenção, informações, metodologias e estratégias afinadas com o conhecimento científico atualizado e os princípios estabelecidos pela CF/19883.

Por tudo que já foi visto, pode-se concluir que não há apenas um objeto, mas vários objetos do processo de trabalho nas vigilância (S) em saúde. Assim como são vários os objetos, são múltiplas as intervenções. Cada um dos enfoques privilegia um modo de intervenção: desde o diagnóstico e tratamento individuais (enfoque clínico), controle sanitário de bens e serviços de saúde, controle de vetores, ações de prevenção, educação sanitária (enfoque epidemiológico), até a intervenção sobre os determinantes sociais que, como já citado, é sempre de caráter intersetorial e multidisciplinar (enfoque social). Ora, se os problemas e intervenções na área de promoção da saúde não se limitam ao setor saúde, o trabalho nas vigilância (S) em saúde também não é realizado apenas pelos profissionais de saúde. (REIS E DE SETA, 2011, p. 250).

Observa-se, nas concepções dos autores, o quanto o processo de trabalho da vigilância em saúde é dinâmico e complexo, abarcando vários objetos, requerendo variadas intervenções de diferentes modos sobre os determinantes sociais, que pode ser de caráter intersetorial composto por equipes multidisciplinares. Avaliar sua eficiência e eficácia torna-se complexo também.

A avaliação de políticas sociais, em geral, e das intervenções em saúde pública, em especial, é complexa e envolve diferentes parâmetros. Fala-se em estudar a eficácia, a efetividade e a eficiência dos programas de saúde, confrontar custos e benefícios, avaliar processos e resultados em condições reais e em condições ideais. Espera-se que as intervenções em saúde pública sejam efetivas, isto é, que promovam melhores condições de vida e reduzam a carga de doenças. As intervenções na área também devem ser avaliadas quanto a seu possível impacto, favorável ou não, sobre as políticas de promoção de equidade entre os estratos sociais. (ATUNES, 2015 p. 161)

Em meio aos múltiplos objetos, atores envolvidos e instrumentos de trabalho utilizados no processo de trabalho da vigilância em saúde, que Reis e De Seta (2011, p. 25) consideram duas dimensões:

A dimensão político-gerencial é a que reconhece os problemas de saúde e cria condições para a intervenção, planeja e programa as ações e fortalece a sociedade. A dimensão técnico-sanitária é a que atua no controle dos determinantes, riscos, danos e agravos à saúde.

No processo de trabalho da vigilância em saúde, apresentam-se diferentes conceitos, especificidades, dinâmicas e processos de trabalhos que conversam entre si, mas que também se diferenciam uma das outras. Porém, um ponto em comum é o processo investigativo, realçada pelas autoras:

Uma atividade comum a todas as vigilância(S) em saúde é a atividade de investigação, com a qual se busca caracterizar a situação ou o caso e, se possível, estabelecer nexos causais. O processo investigativo é usualmente desencadeado por uma notificação ou denúncia, mas também pela eclosão de um problema e por ações de monitoramento e avaliação. Sendo desencadeado por modos tão variados, não dá para esperar que ele se baseie em um único método (REIS E DE SETA, 2011, p. 250).

“O percurso investigativo, a abordagem e o posicionamento relacional entre os protagonistas possibilitaram diferentes trocas de experiências, as quais permitiram a construção de um espaço valioso para o processo de ensino, a democratização de saberes” (Quandt, 2015, p. 117).

Assim, percebe-se que a vigilância em saúde não é um termo novo na saúde pública brasileira, mas, sim, de uma área que passou por grandes transformações ao longo dos anos. Todas essas transformações estão contribuindo para a reorientação das práticas de trabalho e para um olhar diferenciado sobre os condicionantes e determinantes em saúde na busca pela integralidade da atenção.

CAPITULO 3 – METODOLOGIA DO ESTUDO

Através da metodologia utilizada, concretiza-se o direcionamento de um estudo científico, norteando a forma de organizar os procedimentos a serem utilizados, balizando a coleta e análise de dados a um objetivo. Como apregoa Severino (2002, p. 162), “Entende-se por métodos os procedimentos mais amplos de raciocínio, enquanto técnicas são procedimentos mais restritos que operacionalizam os métodos, mediante emprego de instrumentos adequados”.

3.1 A abordagem metodológica

Esta pesquisa apresenta uma abordagem qualitativa. Isso não exclui a necessidade de coletar dados socioeconômicos dos entrevistados, visto que eles permitem compreender de forma mais aprofundada as trajetórias educacionais e ocupacionais dos trabalhadores da vigilância em saúde no Brasil.

Em consonância com o entendimento de Chinelli, Vieira e Menezes (2014), as trajetórias ocupacionais assumem relevância analítica tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo. Cabe ressaltar que ambas as abordagens devem ser tomadas, em concordância com Minayo (2013), como complementares. Adota-se aqui o ponto de vista qualitativo buscando recuperar as experiências vividas no passado para explicar a situação que o trabalhador ocupa no presente em relação ao mercado de trabalho e ao seu percurso de formação/qualificação. Mais do que isso, no caso deste estudo, espera-se articular essas trajetórias com as percepções que os trabalhadores da vigilância possuem acerca da valorização profissional.

Este estudo trata da complexidade presente nas trajetórias dos trabalhadores da saúde, pois permite que sejam percebidas as múltiplas determinações do objeto do estudo. Isso implica na utilização de técnicas de pesquisa de caráter qualitativo que permitem compreender e decodificar um sistema complexo de significados, bem como a concretude das relações sociais que o informa.

3.2 Sujeitos do Estudo, Roteiro, Processo de Pesquisa

O estudo contemplará parte dos trabalhadores entrevistados nos municípios de Blumenau, Salvador, Rio Branco, Belo Horizonte e Campo Grande, representando as

cinco regiões do País. Os sujeitos do estudo são, portanto, os trabalhadores que atuam na vigilância em Saúde, já entrevistados pela pesquisa “Trajetórias Educacionais e Ocupacionais dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil”. Desse modo, espera-se aprofundar a análise do material coletado nas entrevistas realizadas entre 2013 e 2014 e nos grupos focais realizados com parte desses trabalhadores entre setembro e novembro de 2017.

As entrevistas foram realizadas com a participação de profissionais de cinco escolas técnicas do SUS das 05 regiões brasileiras, totalizando 100 entrevistas, com média de 1 hora de duração cada uma. Desse total, serão utilizadas 21 entrevistas realizadas com os trabalhadores da vigilância em saúde.

Esta dissertação aproveitou como instrumento de coleta de dados um roteiro capaz de captar a história de vida profissional dos trabalhadores, tomando por base as trajetórias apresentadas a partir das 21 (vinte e uma) entrevistas realizadas com os trabalhadores da vigilância em saúde nas cinco regiões do Brasil. Esse roteiro buscou abarcar a percepção das razões de mudanças, paradas e retornos na trajetória educacional e ocupacional, ou seja, o percurso interno do trabalhador da vigilância em saúde no SUS. Foi criado também outro instrumento para realizar o grupo focal com algumas questões, privilegiando a valorização profissional dos trabalhadores da vigilância em saúde.

Os roteiros das pesquisas foram elaborados a partir de estudos anteriores do Observatório dos Técnicos em Saúde e da literatura pertinente ao tema do estudo, tendo sido discutidos coletivamente em Oficinas de Trabalho com os participantes de todas as regiões contempladas. Foram orientadas por roteiros que contemplaram, de forma geral, os seguintes aspectos: caracterização socioeconômica, composição familiar, trajetória educacional, trajetória ocupacional com ênfase na inserção no mercado de trabalho em saúde, relação formação e ocupação, motivação de ingresso e permanência na área e expectativas profissionais.

Os trabalhadores foram selecionados através da rede de relações dos pesquisadores, procurando diversificá-los quanto à idade, sexo, tipo de vínculo, nível de qualificação e tempo de permanência no trabalho em saúde. As entrevistas foram realizadas nos lugares e momentos de conveniência dos entrevistados, tendo ocorrido, sobretudo, nos seus locais de trabalho, respeitando intervalos de sua rotina laboral.

As entrevistas foram analisadas com base em uma perspectiva compreensiva que busca os sentidos e os significados da fala dos trabalhadores, entendida como resultante

de condições históricas e sociais assim como a interpretação elaborada pelos pesquisadores.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Para garantir o anonimato dos entrevistados, as falas foram identificadas por uma sequência de letras que significam, TACE – Trabalhador Agente de Combate a Endemias, TASP – Trabalhador Agente de Saúde Pública, TVISA – Trabalhador da Vigilância Sanitária, TE – Trabalhador da Enfermagem, TAVS – Trabalhador Agente de Vigilância em Saúde, a inicial da região (S para sul, CO para Centro-Oeste, N para norte, NE para nordeste e SE para sudeste), seguido do número cardinal de ordem da entrevista.

3.3 O Trabalho de Campo: Entrevista e Grupo Focal

Antes do início do trabalho de campo, os representantes regionais das Escolas Técnicas do SUS participaram das oficinas de trabalho que teve como objetivo apresentar a proposta do projeto das trajetórias educacionais e ocupacionais dos trabalhadores técnicos em saúde no Brasil.

Nesse momento da pesquisa, o trabalho envolveu todas as escolas da rede que foi organizado pelo Observatório dos Técnicos em Saúde, do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (LATEPS/EPSJV). A oficina denominada “Desenhando o Trabalho de Campo Regional”, foi realizada no dia 9 de maio de 2015, na sede da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, no Rio de Janeiro.

A oficina buscou ampliar a proposta de investigação, sob a perspectiva de detectar especificidades e aproximações nas trajetórias dos profissionais técnicos da saúde que atuam em diferentes regiões do País. Na ocasião, foi feito um convite às Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) para se inserirem no trabalho. Elas participaram da oficina diretores das ETSUS que indicaram os profissionais das escolas para participar da pesquisa.

A oficina Desenhando o Trabalho de Campo Regional foi realizada em dois turnos. Na parte da manhã, os pesquisadores do LATEPS apresentaram aos participantes as bases conceituais, a metodologia e os passos iniciais da pesquisa. Na parte da tarde, organizou-se um esboço do plano de trabalho de campo, identificando as estratégias para seleção dos entrevistados, distribuição de trabalhadores pelos grupos

ocupacionais selecionados pelo projeto e discussão da coleta de dados e roteiro de entrevistas.

Após a apresentação do projeto aos diretores das ETSUS, foi realizado outro momento na EPSJV com os professores associados à pesquisa, indicados pelos diretores das escolas para conhecerem o projeto. A apresentação do trabalho de campo e do roteiro de entrevista semiestruturado foi elaborado pela coordenação do projeto junto com a equipe de pesquisadores do LATEPS/EPSJV, discussão da coleta e análise de dados.

A realização das entrevistas, grupo focal e coleta de dados em cada estado, representado pela sua região no País, foi realizada pelos profissionais indicados pelos diretores das ETSUS, respectivamente, nos anos de 2014 e 2017, e foi acompanhada também por professores pesquisadores do LATEPS que ficaram responsáveis por cada região e capital da região contemplada na pesquisa.

O termo de consentimento e termo de cessão de direitos sobre depoimento oral foram assinados junto com os entrevistados, sendo gravadas as entrevistas, encaminhadas ao LATEPS/EPSJV/FIOCRUZ e transcritas por uma empresa especializada, contratada pelo laboratório da pesquisa.

O contato inicial foi feito por telefone quando os profissionais indicados pelas ETSUS e professores do LATEPS/EPSJV/FIOCRUZ puderam explicar a cada participante o objetivo do trabalho e foi solicitada sua participação. As entrevistas foram agendadas em local, data e horários escolhidos pelos entrevistados sendo que a maioria delas ocorreu no próprio local de trabalho. O grupo focal foi realizado na ETSUS de cada capital. Antes de iniciar as entrevistas e grupo focal, foi solicitada a leitura e assinatura do consentimento livre e esclarecido, sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes e o compromisso de tratamento ético das informações colhidas.

Após a sua transcrição, as entrevistas foram encaminhadas pelo LATEPS/EPSJV aos representantes de cada região que realizaram a síntese das entrevistas e o quadro de análise transversal. Elas foram analisadas na oficina de trabalho na sede da EPSJV, nos dias 18 e 19 de junho de 2015, referentes ao trabalho de campo realizado nas capitais, junto com a coordenação do projeto professora Monica Viera e professora Fillipina Chinelli professora pesquisadora do LATEPS/EPSJV.

Após três anos de realização das entrevistas, no ano de 2017 foram retomados os entrevistados em cada capital pesquisada com os mesmos participantes das ETSUS, para dar continuidade ao projeto, na busca por identificar as mudanças ocorridas nestes

últimos anos nas trajetórias dos trabalhadores por meio da realização de grupo focal em cada região.

Elaborou-se o roteiro com questões a respeito das trajetórias dos trabalhadores e questões específicas voltadas para os trabalhadores da vigilância em saúde, buscando privilegiar os aspectos da valorização profissional. A realização do grupo focal teve como ponto de partida uma questão que estimulou os trabalhadores a refletir sobre a valorização. Definiram-se algumas questões tais como: o que você entende por valorização? O que é para vocês ser valorizado? Você se sente valorizado? Com esse roteiro enxuto e focado, foi possível compreender quais aspectos os trabalhadores consideram como valor dentro do trabalho da vigilância em saúde.

O orientando participou da etapa da fase qualitativa do estudo, das entrevistas e grupo focal, na capital de Rio Branco, representando o norte. Ele teve acesso ao material transcrito das entrevistas e grupo focal nas demais capitais e regiões do País no acervo do LATEPS/EPSJV/FIOCRUZ para análise do material coletado.

Além das entrevistas e grupo focal, foi realizado o levantamento bibliográfico, buscando temas ligados à qualificação, trajetórias, valorização e o campo da vigilância em saúde visando não só ao aprofundamento teórico como também à coleta de informações secundárias em livros, artigos, dissertações, teses, associados ao objeto de estudo.

3.4 Análise de Dados

Para o tratamento dos dados desta pesquisa, foi escolhida a análise de conteúdo por se tratar de uma técnica identificada por Minayo que permite tornar válidas inferências sobre dados de uma determinada realidade ou contexto, através de procedimentos especializados e científicos. A análise de conteúdo traz um movimento, partindo de uma leitura das falas, depoimentos, documentos, atingindo um nível mais aprofundado, indo além dos sentidos informados no material trabalhado, como variáveis psicossociais, contexto cultural.

[...] a análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos. Em comum as definições que ressaltam o processo de inferência. MINAYO (2006, p. 303)

A Análise de conteúdo caracteriza-se, para a autora, pela pré-análise e criação de um perfil, seguida da exploração do material, através de análise, tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

Na pré-análise, organizou-se o material coletado por intermédio de uma leitura flutuante das entrevistas, quando o pesquisador teve um contato mais aprofundado com o material coletado. Após a pré-análise do material, foi realizada a transformação dos dados em sua forma bruta em texto. A inferência constitui-se o último procedimento de quem se faz uma comparação entre o que apareceu dos sujeitos estudados e o que se encontra presente nas referenciais bibliográficas.

A análise de trajetórias possibilita investigar o vir a ser, ou seja, compreendendo que a trajetória é um processo, percebe-se que, dentro de um determinado trajeto existe a possibilidade de bifurcações. Precisa-se, também, qualificar esse trajeto e perceber como os fatos se apresentaram. Essa percepção, muitas vezes, só acontece durante as entrevistas, e nisso reside a importância delas, pois desse processo pode resultar uma tomada de consciência (FERREIRA, AUED, VENDRAMIN, 2007).

3.5 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

A primeira abordagem para análise dos resultados foi descrever as principais características dos sujeitos do estudo para poder identificar aqueles que proferem os discursos extraídos na análise dos dados e que tem relação com o objeto de estudo.

Os sujeitos desta pesquisa, os trabalhadores da vigilância em saúde, são todos trabalhadores nas esferas municipais e estaduais de saúde, no intuito de preservar a sua identidade. Os trabalhadores entrevistados foram identificados por meio de códigos.

3.5.1 Caracterização dos trabalhadores da Vigilância em Saúde de Rio Branco-Acre

TACE-N1 – Agente de Combate a Endemias, mulher, parda, evangélica, estatutária, tem 25 anos de idade, é casada e vive com uma renda familiar mensal de 3000 reais, não possui filhos, mora em casa própria, tem um companheiro que é Jogador de Futebol, filha de seringueiros aposentados, realiza o curso de gestão pública. Primeiro ingressou como agente de combate a endemias por concurso público. Sempre teve vontade de ser funcionária pública. Pretende concluir a faculdade de gestão pública e passar num concurso de nível superior.

TACE-N2 – Agente de Combate a Endemias, homem, pardo, evangélico, estatutário, 37 anos, casado e possui uma renda familiar mensal de 8000 reais, tem dois filhos, reside em casa própria com uma companheira que é agente penitenciária, é filho de pai aposentado e mãe que atua como Técnica em Radiologia, estudou parte dos estudos em escola pública e outra em escola privada, cursou educação física e ingressou na área da saúde por meio de contrato provisório na área das endemias por influência da família. Tem como expectativa de futuro, fazer uma especialização em saúde pública e atuar como educador físico.

TAVS-N3 – Agente de Vigilância em Saúde, homem, pardo, católico, celetista, 25 anos, solteiro, possuem uma renda mensal de 1700 reais, não tem filhos, reside em casa própria. A ocupação dos pais é auxiliar de gabinete. Cursou regularmente o ensino médio. Ingressou como estagiário na área da saúde. Fez concurso para ser agente de vigilância em saúde. Tem como planos para o futuro concluir a faculdade de biologia e a Formação Técnica em Vigilância em Saúde.

TACE-N4 – Agente de Combate a Endemias, mulher, negra, católica, estatutária, 40 anos, solteira, tem renda mensal de 1500 reais, um filho, reside em casa própria. O Pai é policial civil e a mãe, do lar. Cursou regularmente o ensino fundamental. O ensino médio teve uma parada e concluiu com o supletivo. Fez concurso público para vigilância. Cursou técnico de vigilância em saúde. Tem como expectativas futuras, fazer a faculdade de geografia e pedagogia.

TACE-N5 - Agente de Combate a Endemias, mulher, indígena, espírita, tem 26 anos, sua situação civil é de união estável, com renda mensal de 3000 reais, tem 2 filhos, reside em casa própria, os pais não têm ocupação. Na sua relação escola/trabalho e trabalho e escola, teve paradas no seu percurso da formação. É contratada como agente de endemias mas não exerce essa função. Tem como planos, para o seu futuro, realizar a graduação superior em serviço social.

3.5.2 Caracterização dos Trabalhadores da Vigilância em Saúde de Mato Grosso do Sul - MT

TASP-CO1 – Agente de Saúde Pública, mulher, branca, 42 anos, branca, estatutária, divorciada, mora com o companheiro em uma casa financiada. Possui três filhos que moram com a avó. Fez o concurso para Agente de Saúde Pública sem saber o que era, tomou posse no concurso em 2006. Fez o curso Técnico em Vigilância em Saúde na ETSUS. Pretende fazer faculdade de Serviço Social para trabalhar com crianças, e caso não seja criado o cargo de Técnico em Vigilância em Saúde, irá fazer outro concurso público.

TASP- O2 – Agente de Saúde Pública, mulher, branca, 36 anos, branca, estatutária, solteira, não tem filhos, mora em uma casa cedida pelo pai, uma renda mensal de aproximadamente R\$ 1.400,00. Após concluir o ensino médio, fez curso Técnico de Segurança no Trabalho. Fez o concurso para Agente de Saúde Pública (antigo Agente de Endemias), tomou posse no cargo em 2007. Fez o Curso Técnico de Vigilância em Saúde para ter mais embasamento em suas ações. Pretende fazer o ENEM para tentar entrar na faculdade de Pedagogia e trabalhar com crianças especiais futuramente.

TASP-CO3 – Agente de Saúde Pública, mulher, parda, 25 anos, parda, estatutária, solteira, não tem filhos, mora com os pais em casa própria, com renda familiar em torno de R\$ 1.500,00. Aos 17 anos, tornou-se funcionária pública da prefeitura e começou a trabalhar na vigilância Epidemiológica (Agente de Saúde Pública), não tinha muita noção do que iria fazer nessa função. Fez o curso Técnico de Vigilância em Saúde e está cursando faculdade de Serviço Social porque gosta de trabalhar com pessoas. Pretende continuar na vigilância como técnica se o cargo for criado e se não for, quer continuar na vigilância, mas de “outra forma” (agregando o Serviço Social).

TASP- O4 – Agente de Saúde Pública, mulher, parda, 45 anos, parda, estatutária, casada, mora com o esposo e a filha de 12 anos em casa própria, com renda familiar de mais ou menos R\$ 2.500,00. Trabalhou em banco, onde prestou serviço por 12 anos como caixa. Após sofrer dois assaltos no banco, decidiu trocar de área para ter mais estabilidade e segurança. Foi então que ficou sabendo do concurso para Agente de Saúde Pública através de propaganda na TV e fez a prova. Tomou posse em 2006. Gosta do que faz, mas pretende fazer outros concursos para ter melhores condições de trabalho.

TASP-CO5 – Agente de Saúde Pública, mulher, parda, 35 anos, branca, estatutária, solteira, agente de saúde, não tem filhos, mora com a mãe e o sobrinho em casa própria com uma renda mensal de aproximadamente quatro salários mínimos. Filha de trabalhadores rurais, conta que a família é oriunda do estado de Pernambuco e vieram para a capital do Mato grosso do Sul em busca de melhores condições para criarem os filhos. Caçula de oito irmãos, afirma que o pai, já falecido, e a mãe eram analfabetos.

3.5.3 Caracterização dos Trabalhadores da Vigilância em Saúde de Belo Horizonte – MG

TACE-SE01 – Agente de Combate a Endemias, mulher, 32 anos, parda, evangélica, estatutária, solteira. Mora em Santa Luzia, o único filho de 13 anos, vive em casa própria, herança dos avós. Renda familiar de R\$1000,00 (salário mais a pensão do filho). Atua como ACE em Belo Horizonte (onde está 3 anos), com carga horária de 8 horas. Tem o desejo de trabalhar com gestão de pessoas. Pretende estudar línguas, aperfeiçoar-se na área de RH, fazer um curso de psicologia e tem vontade de ir para outros lugares.

TACE-SE02 – Agente de Combate a Endemias, homem, 36 anos, pardo, não tem religião definida, solteiro (noivo). Mora em casa, sozinho, no fundo do lote da mãe. Renda pessoal de R\$1500,00 (renda familiar de R\$3.500,00). Atua como ACE desde 2008, onde se efetivou como (celetista). Trabalha 08 horas por dia e a vigilância em saúde é a sua principal atividade. Deseja fazer concurso da prefeitura para trabalhar na saúde da família, pois o salário é bem melhor. Pretende trabalhar um pouco mais na prefeitura, na zoonoses, até ter experiência com a enfermagem e sair.

TACE-SE03 – Agente de Combate a Endemias, mulher, 45 anos, parda, católica, solteira. Mora em casa com o pai (a mãe é separada do pai) e três irmãos. Não tem filhos. Renda familiar de R\$3.0000,00. Seus pais são aposentados. Está cursando administração em uma faculdade particular. Atualmente trabalha na prefeitura, 06 horas por dia (de manhã), estatutária, concursada desde 1996 e não gosta muito da área da saúde. Pretende, depois de formada, estudar inglês e fazer pós-graduação em gestão pública. Ficará como ACE até passar em outro concurso (deseja a área de direito). Pretende trabalhar na área de administração pública.

TACE-SE04 – Agente de Combate a Endemias, homem, 25 anos, testemunha de jeová, solteiro. Mora em casa com os pais, no bairro São Benedito, em Santa Luzia. Está cursando o último ano de graduação em enfermagem, na faculdade de Minas Gerais. Relata que ainda não tem certeza se está no caminho certo. Em 2008, fez concurso público para a vigilância motivado pela estabilidade do emprego público e por gostar da área de saúde. Deseja continuar na vigilância, mas pretende fazer outro concurso para um cargo de nível superior. Pretende fazer pós-graduação em urgência e emergência ou gestão de saúde pública.

TE-SE05 – Técnico em Enfermagem, 46 anos, mulher, parda, católica, casada. O marido é tenente da polícia militar. Tem 02 filhas (18 e 10 anos), que estudam em escola pública. Mora em residência própria. Renda familiar (dela e do marido) é de R\$7000,00. Formou-se em gestão em saúde (02 anos, tecnólogo) e depois em enfermagem, ambos na FUMEC. Está fazendo pós-graduação em saúde pública. Fez o concurso para técnico de enfermagem na PBH, mas devido à sua experiência na Andrade Gutierrez com a vigilância em saúde do trabalhador, surgiu a oportunidade e fez uma entrevista para trabalhar na área, onde está há 18 anos. Para o futuro, pensa em trabalhar em hospital, mas não deseja sair da saúde pública.

3.5.4 Caracterização dos Trabalhadores da Vigilância em Saúde de Blumenau – SC

TVISA-S01 – Fiscal Sanitário, homem, gestor da Vigilância em Saúde do município de Blumenau, tem 42 anos de idade, casado há 25 anos, tem um filho de 11 anos. O maior sonho de Eduardo é tornar essa vigilância referência como a melhor do País, com salário digno e reconhecimento. Pretende fazer um mestrado na área da saúde para ser um professor melhor.

TVISA-S02 - Fiscal Sanitário, homem, tem 39 anos. É solteiro, reside em Pomerode, na casa do pai. Não tem filhos. Atualmente é concursado e trabalha na Vigilância Sanitária e na epidemiologia, na Supervisão da Equipe da Dengue. Quanto ao futuro, pretende continuar na Vigilância, fazer um curso superior para eu se aperfeiçoar mais na área e para melhorar. O que ele quer fazer mesmo era Engenharia Sanitarista, mas na região não tem.

TVISA-S03 - Fiscal Sanitário, mulher, tem 33 anos, casada, tem 1 filha de um ano e quatro meses. Não tem casa própria. Fez o curso superior de Administração. Não exerce a profissão. Foi trabalhar na Vigilância Sanitária porque havia sido aprovada em concurso da Prefeitura de Indaí para fiscal de Saúde [estatutária] em 2003. Após algum tempo, surgiu a oportunidade de cursar o técnico à noite. Atualmente trabalha na prefeitura de Blumenau para a qual também fez concurso para a área de vigilância [trabalha com alimentos] e onde tem vínculo de estatutária. Silvia pretende continuar estudando mas ainda não sabe o que quer.

TVISA-S04 - Fiscal Sanitário, mulher, tem 35 anos, kardecista, casada, duas filhas com 11 anos e 17 anos. Apareceu uma oportunidade de trabalhar na Vigilância, na qual foi contratada. Por sete anos foi contratada, onde apareceu a oportunidade de fazer o curso técnico. Após isso, começou a cursar biomedicina. Josiane pretende continuar trabalhando na Vigilância, mas sugeriu que quando formada em biomedicina, gostaria de trabalhar na área, pensa também em conciliar dois vínculos.

TVISA-S05 - Fiscal Sanitário, homem, tem 39 anos, solteiro, sem filhos, sempre residiu em Blumenau. No seu primeiro emprego, trabalhava como auxiliar de topógrafo com um engenheiro agrimensor. Trabalhou depois em uma indústria que fazia carteirinha de plástico, também com carteira assinada.

3.5.5 Caracterização dos Trabalhadores da Vigilância em Saúde de Salvador – BA

TACE-NE1 – Agente de Combate a Endemias, homem, 35 anos, negro, separado, tem 1 filho de 5 anos, mora com a mãe em um apartamento alugado, e a renda familiar varia em torno de 3.200 reais. Fez o concurso para agente de endemias da prefeitura. Pretende continuar estudando não porque gosta, mas porque acha ser necessário para o crescimento. Trabalhar na vigilância é sua atividade principal. Tem como planos para seu futuro cursar a faculdade de direito.

CAPITULO 4 – TRAJETÓRIAS E VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

Este capítulo sistematiza a análise do material empírico acerca das trajetórias dos trabalhadores da vigilância em saúde, privilegiando aspectos da valorização. Com base nos depoimentos dos entrevistados e do material dos grupos focais, são recuperados seus percursos educacionais e ocupacionais, as percepções sobre as condições de trabalho e suas expectativas futuras.

4.1. Percursos de formação e inserção profissional

Mais da metade dos 21 (vinte e um) entrevistados que atuam como trabalhadores de nível médio na área da vigilância em saúde possui escolaridade superior ao posto de trabalho que ocupam. Estão sendo assim considerados os que, no momento das entrevistas, tinham concluído ou estavam cursando o ensino superior. Esse achado possui múltiplas determinações, sendo que vale destacar a não exigência de formação profissional específica para atuar na área como discutido no capítulo 2.

A formação que os entrevistados mais procuram é na área de tecnologia em gestão pública. Além do curso superior também demonstraram interesse em fazer especialização em gestão pública ou em saúde pública.

Outros trabalhadores entrevistados buscaram cursos na área da saúde ou áreas afins da vigilância em saúde como enfermagem, educação física, biologia, serviço social, biomedicina, engenharia em saúde pública, magistério, geografia, pedagogia e direito.

Quanto à motivação para inserção na vigilância em saúde, muitos deles foram influenciados através da sua rede de contato tanto na família via aqueles parentes que atuam na área da saúde ou através de conhecidos e vizinhos que informavam oportunidades de ingresso.

De forma geral, a inserção na área da vigilância pode ser caracterizada como muito aleatória. Muitos trabalhadores estavam interessados na estabilidade que o serviço público poderia oferecer e vislumbraram essa oportunidade na vigilância, mas desconheciam o processo de trabalho da vigilância em saúde. Há alguns entrevistados, no entanto, que informaram gostar da atenção básica e da vigilância.

Também cabe chamar atenção para o caso de dois trabalhadores que foram inseridos na vigilância por meio de políticos que proporcionaram oportunidades de trabalho.

4.1.1. A formação profissional na área da vigilância

Nos percursos educacionais e ocupacionais do trabalho da vigilância em saúde, percebe-se que os trabalhadores, ao fazer inserção nessa área, percorrem diversos setores. TACE-N1, 25 anos, ao ingressar no sistema de saúde como Agente de Combate a Endemias, permaneceu durante cinco anos atuando como ACE tanto no posto de saúde como posteriormente no Centro de Zoonoses, ou seja, atuou tanto dentro como fora da vigilância até ser supervisora de campo na área das endemias.

Então, eu fiquei 05 anos lá, sendo Agente de Endemias, durante 05 anos. Nesses 05 anos, a gente... passei por Agente de Endemias, passei por Posto de Saúde, passei por Zoonoses, tudo relacionado a isso eu passei. Aí com 02 anos e pouco, eu estava diretamente na rua, virei supervisora de campo.

A TACE-N1, além de passar por diversos setores, realizou a formação técnica na vigilância em saúde, fora do seu horário de expediente, mesmo sendo cansativo por conta da carga de trabalho que enfrentou em suas atividades laborais durante o dia. Os jovens trabalhadores veem a importância da escola ou da formação como algo importante para vários aspectos da sua vida e para sua profissão.

Não foi muito fácil, [...] a gente passa o dia no sol, e é muito cansativo, muita responsabilidade, e a noite tinha que ir para o curso, mas também o curso era muito gostoso, a gente acabava que... a gente ia motivado para ir para... (TACE-N1, 25 anos)

TACE-N1, que pertence à área das endemias e foi inserida na área de vigilância sanitária – Visa, demonstra que a área da vigilância em saúde exige que o trabalhador continue estudando, por ter que apreender mais, aprender coisas novas, atualizar-se para lidar com as situações novas que a atividade demanda. Ressalta-se também que a formação técnica colaborou nessa inserção pelo conhecimento de estudo que tinha da VISA. Trata agora de recapitular o material didático no curso. Quando indagada sobre as necessidades de estudo nas duas áreas, percebe-se que a entrada numa nova área exige mais:

(...) aqui, é uma área que eu tinha conhecimento de estudo, (...) eu tive que aprender mais, estudar mais, lembrar de conteúdos que eu tinha visto, pegar a apostila e rever, sabe, as apostilas da época do curso, e ficar vendo, inclusive eu trago a apostila sempre para ficar dando uma olhada, tinha que estudar mais. (TACE-N1, 25 anos)

Na fala dos entrevistados, percebe-se a importância da formação técnica para que possam reconhecer os processos que visualizam no cotidiano dos serviços. A formação proporcionou uma visão mais integrada da vigilância em saúde e na possibilidade de o

curso oferecer outros olhares para compreender as subáreas da vigilância em saúde como TACE-N2, 37 anos sinaliza:

Até inclusive ajudou a gente a questão da Escola, porque também estudou a parte de Vigilância Sanitária, então de certa forma, foi uma parte importante, porque são coisas que a gente vive no dia a dia, mas não sabe, não vê como é a realidade. Então isso é legal, do Instituto que deu uma visão mais...integrada da situação (TACE-N2, 37 anos).

Em relação aos percursos ocupacionais no interior da própria área, as entrevistas demonstram uma rotatividade dos trabalhadores que atuam em diversos programas. Importa ressaltar que essa divisão por áreas técnicas ou programas pode limitar a visão de que os trabalhadores realizam apenas determinado programa, ação ou função. A forma de organização do trabalho de nível médio em saúde é pouco integradora nos diferentes saberes que esses trabalhadores acionam. Isso dificulta a possibilidade de quebrar paradigmas reducionistas que ainda persistem na área da vigilância, conforme discutido no capítulo 2:

Na área de saúde eu já trabalhei no programa de combate à leptospirose, no programa de combate ao escorpião, no programa de combate à dengue. E, atualmente, eu estou trabalhando no combate à raiva (TACE-NO1, 35 anos)

Nas entrevistas, os trabalhadores salientaram o fato de a formação na área de vigilância em saúde ter possibilitado uma visão mais ampliada e integral. A formação abriu outras possibilidades de aprofundar os conhecimentos técnicos e científicos no processo de construção e desconstrução da aprendizagem, na fala de TVISA-S01, 42 anos:

A quebra de paradigmas foi tão forte que eu achei a pior, mas foi a melhor coisa da minha vida, porque abriu um horizonte de possibilidades. Me instigou a estudar técnica, além de um processo, entender o coeficiente e indicador e trabalhar de uma forma muito mais profunda de resultados. Entender que a Vig. Sanitária é muito maior que um alvará sanitário, é uma dificuldade. Trabalhei com bons profissionais e tive a possibilidade de me desconstruir no curso técnico. Foi muito difícil, não sei eu como professor eu tenho essa possibilidade de dar esta oportunidade de reconstruir alguém, como eu mudei.

O TVISA-S01 ressalta o quanto a formação foi fundamental para compreender o processo de trabalho da VISA. Enfatizou o quanto uma fiscalização sanitária necessita de múltiplos olhares e profissionais, sendo o direto sanitário fundamental nessas situações problemas que a VISA enfrenta:

Fundamental, porque o que a gente aplica no dia a dia aqui em... é a legislação em sua integridade de todos os procedimentos. De nada adianta o agente ir pra rua e não ter a fiscalização do ato. Então aqui tem infração sanitária, montamos processo administrativo, julgamos o processo, determinamos a penalidade, aplicamos a penalidade, se tiver que interditar, faz a manutenção, denuncia ao Ministério Público, Respondem ações

judiciais, o advogado é fundamental neste processo. Aqui tem uma multiplicidade de olhares. (TVISA-S01, 42 anos)

Em grande parte das entrevistas, os trabalhadores valorizam a formação. Mesmo no caso em que pertencem a um subgrupo ocupacional específico e serem inseridos em outra área da vigilância em saúde, pode-se aproveitar a formação técnica. No entanto, nem todos os Estados souberam aproveitar a formação completa, como no caso dessa trabalhadora que atuava nas endemias e foi inserida na vigilância sanitária:

[...]então, ela foi puxar, assim, alguns alunos que, exatamente, tinham feito o curso, que tinha experiência na área já, e aí foi quando ela entrou em contato comigo, para me fazer a proposta, se eu queria vim para cá; eu falei que queria, que gostava de vim. E assim, é... nossa, me ajudou muito o curso, como eu estava falando antes, é... [...], a gente teve estágio na Área da Vigilância Sanitária, nós estagiamos com um pessoal do Estado... (TACE-N1, 25 anos)

TASP-CO5, que pertence ao grupo de 23 (vinte e três) recém-egressos do curso de formação profissional na área da vigilância em saúde, aponta que todos esperam que o curso seja melhor aproveitado no local de trabalho. Querem impactar positivamente os processos de trabalho na vigilância em saúde, a partir da formação que obtiveram, com carga horaria extensa, tempo de duração longo e preocupam-se com os resultados dos investimentos realizados. Mesmo assim, ainda pretendem continuar estudando, como se verifica na fala da agente de saúde abaixo:

[..]nós agarramos a chance, e a gente fez imaginando que melhoraria a forma de trabalhar e tal, a gente recebeu uma capacitação grande, com professores bons, então eu espero que seja aproveitado, eu espero que essa mão de obra, eu espero que...o que o estado gastou, e tal, seja levado para frente, é o que eu espero, e eu espero continuar na vigilância sim, e continuar estudando! (TASP-C05, 35 anos)

Salientam que, para ampliarem seus ganhos, é preciso estudar mais. Associam o tempo de formação e estudos aos ganhos salariais. Identificam a formação como muito importante para vários aspectos da sua vida e para seu futuro profissional, conforme destaca TACE-N1:

Então, assim, a questão de salário, porque a gente sempre quer mais, mas para isso a gente precisa estudar mais, se profissionalizar mais, para ganhar mais, é isso que eu estou fazendo. (TACE-N1, 25 anos)

Para a TASP-C03, 25 anos, o que mudou da época da entrevista até o grupo focal é que está prestes a concluir a formação em serviço social. Pretende fazer concurso como assistente social ou outro cargo que exija qualquer nível superior. A formação técnica foi muito importante para conhecimento e desenvolvimento pessoal

dos trabalhadores, porém o serviço não mudou em relação às práticas. Apesar das condições em si do trabalho exposto ao sol e outros fatores desgastantes, além das dificuldades para ingressar em uma formação, para ela:

O curso técnico me ajudou a despertar e ver que o trabalho é importante, mas a satisfação também. O mercado de trabalho hoje exige qualificação e isso é constante, você vê que a qualificação pode te levar a buscar uma coisa um pouco melhor. Procurar um caminho então hoje eu valorizo mais o estudo, a área que eu escolhi. O trabalho me ajuda a manter a minha vida, mas não me dá perspectiva nenhuma.

Ainda para TASP-C03, são muitas barreiras que os trabalhadores da vigilância em saúde enfrentam. Precisam, segundo essa entrevistada, de muita força de vontade para romper com elas e buscar outras possibilidades, oportunidades. Alguns demoram muito tempo para reconhecer isso porque os trabalhadores não apresentam visibilidade para gestão, mas outros trabalhadores estão começando a perceber isso mais rápido.

Para continuar a seguir no trabalho, mesmo com inquietações vivenciadas no trabalho da vigilância, vislumbra na realização de formação superior a abertura de novas oportunidades. Apesar de não ser uma tarefa fácil, a formação técnica pode ser um ponto de partida para ampliar horizontes e recomeçar outra formação:

[...] isso tudo foi um processo onde eu fui me descobrindo nesse processo e foi no curso aqui que comecei a me descobrir e ver que por mais que estivesse morrendo eu podia fazer uma faculdade a noite mas é difícil [...] tudo isso interfere na sua motivação de procurar outra coisa (TASP-C03, 25 anos).

O conhecimento recolocou o lugar do trabalho e deu significado na vida do TACE-NO1, identificado na seguinte fala:

Toda mudança vem de dentro de nós, de dentro para fora, comecei a ver o cenário de outra forma. Eu vivia vendo os pacientes reclamar do serviço. Não passei a ser mais expectador. Passei a buscar meus direitos e a frequentar o MP. Eu vi que posso mudar. O conhecimento me libertou, passei a ler a Lei 8080. Antes eu queria só ganhar meu salário e o resto que se exploda.

4.2. Aspectos destacados no fazer-se trabalhador da vigilância e associações com a valorização

Este tópico também se inicia com destaque para o aspecto da formação profissional diante da sua centralidade no processo de profissionalização. Essa ausência é percebida como uma falta que fere a relação que esses trabalhadores desenvolvem com o trabalho.

[...] a falta de respeito, a falta de incentivo dos gestores. A falta de capacitação. Eu sei que eu posso ser um profissional melhor, sei também que os gestores, que a saúde pública, enfim, podem me dar capacitação e eles não dão por causa da politicagem, vamos dizer assim. Isso me deixa muito, assim, triste. Então, um ponto negativo é isso, é a falta de capacitação. Eu queria ser um profissional melhor pra atingir a expectativa das pessoas que nos

procuram. Hoje mesmo eu vacinei um cachorro e ela me fez uma pergunta “olha, ele tá com uma pele aqui”. Eu fiquei sem resposta. Então, eu também não sou veterinário, mas eu gostaria de ter essa resposta, pelo menos, o básico (TACE-NE1, 35 anos).

Outros aspectos mais relacionados às características desse fazer profissional são destacados pelos trabalhadores da vigilância em saúde e aparecem por diversas vezes nas entrevistas: lidar com o público, desenvolver atividades de educação e comunicação em saúde, como se identifica no recorte desta entrevista:

Eu estou gostando, por que? Eu continuo trabalhando com o público, com as pessoas, e isso é muito bom. Eu gosto. (TACE-N1, 25 anos)

Para a TACE-N1, 25 anos, ao recuperar sua trajetória de ACE, registra uma mudança que interferiu na percepção da satisfação com o trabalho. Ela, que atuava no campo e migrou para realizar atividades no setor de cadastro de estabelecimentos de saúde no serviço de vigilância sanitária, verificou as mudanças nas suas condições de trabalho e considera a estrutura atual muito boa:

É, porque lá... tem uma estrutura boa para os funcionários, sabe; tem um local de refeição, um local de descanso, você tem 15 minutos de manhã, 15 minutos de tarde, você pode descer, descansar. Se ficar para almoçar aqui você tem a copa, um lugar que eles disponibilizam, sabe, um local para você almoçar, tem um dormitório que você pode estar dormindo, no horário de almoço; então, você tem uma estrutura muito boa aqui, é muito bom mesmo trabalhar aqui; assim, você não sente falta de nada.

Nas entrevistas, percebemos que, no subgrupo ocupacional dos agentes de endemias, a insatisfação em relação às condições de trabalho nas atividades de campo, a falta de valorização e reconhecimento por parte da gestão do serviço e da comunidade é uma fala muito comum entre os agentes. Poucos relatam que se identificam com o trabalho de campo nas visitas domiciliares do ACE, como exceção dessa agente de combate a endemias:

Ah, antes, quando eu estava no... eu gostava muito a questão do... de entrar no domicílio das pessoas, eu sempre gostei disso. Às vezes, no curso, eu até mencionava lá, que alguns reclamam, eu não, sempre gostei, porque você conhece a realidade das pessoas, e ser Agente de Endemias [...] (TACE-N1, 25 anos).

Ser agente de combate a endemias não é apenas prevenir e controlar as doenças endêmicas, quebrar a cadeia de transmissão das doenças, prestar orientações ou ações educativas. Os profissionais que tem um contato mais próximo com a comunidade não devem apenas saber falar ou se comunicar com os usuários. Muitas vezes, deve saber

ouvir as pessoas e acolher os problemas e situações de saúde. Isso deve ser incorporado no processo de trabalho, identificado no contexto da família ou na comunidade:

você acaba se tornando assim uma psicóloga, sabe; porque as pessoas, você entra na casa delas, e as pessoas acabam, assim... muitas, muitas vezes eu chegava em algumas residências, e as pessoas estavam com problemas, e dentro, assim, de uma hora, meia hora, a pessoa contava a vida inteira dela para a gente, e chorar, sabe. Então, isso, eu me identificava muito com as pessoas, assim; eu gosto disso, eu gosto de estar com aquele contato... (TACE-N1, 25 anos).

Além de saber ouvir, como já abordado anteriormente, as relações interpessoais, o bom senso, a ética, ser reservado em alguns momentos, são saberes (valores e atitudes) que caracterizam o trabalho da vigilância em saúde. Nas entrevistas com os trabalhadores do subgrupo ocupacional da vigilância sanitária, na fala desta agente de saúde, constata-se que:

A gente tem que saber muito interagir com as pessoas, e é... ter bom senso, muita ética também, porque a gente escuta muita coisa das pessoas, às vezes a gente pega pessoas fragilizadas, querem contar problemas e a gente tem que ouvir, então saber ouvir é muito importante, e saber calar. (TASP-C05, 35 anos).

Os trabalhadores fazem bastante referência aos saberes profissionais nas entrevistas, como é o caso da TVISA-S03, 33 anos, fiscal da vigilância sanitária de Blumenau. Nas suas ações educativas no setor de alimentação, percebe-se um aprendizado significativo nos sujeitos envolvidos no processo de capacitação, apresentando a sua experiência no trabalho de fiscalização e o quão é importante repassar esses conhecimentos aos colegas profissionais que não tem essa vivência:

Eu uso muito minha experiência da rua nas palestras, dou muitos exemplos, uso fotos e as pessoas se identificam e isso faz a diferença porque eu tive a prática, foi fundamental ter a experiência da rua da fiscalização do setor de alimentos. Tem uma colega que está comigo que não teve essa experiência e agora está acompanhando os fiscais para ter essa visão porque até deixa seu trabalho mais coerente porque você viveu aquilo.

Em relação à valorização profissional, a fiscal não sabe como aprofundar isso. Pensa na formação como processo de continuidade e tem interesse em saber o que vem acontecendo com os trabalhadores da vigilância em saúde que vivenciam as ações educativas no seu cotidiano.

Para ela, crescimento profissional acontece de forma solitária, assim como a área da vigilância é muito solitária. O bom relacionamento com os colegas também é importante para criar laços, vínculos e precisa ser cuidado, pois influencia na percepção de valorização.

Outra situação que pode ser compreendida como valorização dentro do processo de trabalho é quando esta trabalhadora realizava atividade de fiscalização e tinha satisfação em voltar no estabelecimento fiscalizado para saber se tudo tinha sido compreendido e cumprido sem necessidade de multá-lo. Portanto, identificava-se com essa parte do seu processo de trabalho.

Outras características realçadas sobre ser trabalhador da vigilância em saúde incluem continuar estudando, atualizar-se, saber lidar com situações adversas e ter paciência, como destacado na fala deste agente de vigilância em saúde:

Bom, ele tem que ter muita vontade de continuar estudando, de continuar aprendendo, paciência, saber lidar com pressão, acho que basicamente é isso. (TAVS-N3, 25 anos).

No trabalho da vigilância em saúde, as habilidades de leitura e escrita para elaboração de relatórios técnicos são bastante valorizadas, conforme constato por meio da seguinte fala:

Assim, eu tive uma progressão muito, [...] E, assim, eu trabalho com produtos químicos e tal, até o momento que me pediram para fazer um relatório, então esse relatório me fez progredir para onde eu estou hoje. (TAVS-N3, 25 anos)

A questão salarial é bastante comentada pelos trabalhadores da vigilância em saúde. A grande maioria considera o salário pouco e ressalta que deveriam receber mais, pelo trabalho que desenvolvem no Sistema Único de Saúde, o que é penoso também, devido às condições de trabalho quando é realizado nas ruas e sob exposição ao sol:

O nosso salário é R\$958 mais algumas coisas, com insalubridade, vale transporte e alimentação. Só que isso é quase um salário mínimo. Só que por a gente morar em Belo Horizonte, uma cidade grande, que tem um custo alto, no mínimo seria uns 02 salários mínimos. E nossa categoria não tem um piso salarial, e isso é ruim porque por exemplo o salário mínimo aumenta 20% e o nosso aumenta 5/6%. (TACE-SE04, 25 anos).

O depoimento do TACE-NO1, também associa a questão salarial a outros aspectos centrais na constituição do trabalhador, como vínculo empregatício, carga horária e relacionamento com os pares o que é percebido de forma negativa:

Eu não me sinto satisfeito com o salário. Eu seria muito hipócrita se eu falasse “olha, recebo bem”. Eu sou mal assalariado. Na verdade, o meu salário é o menor salário da prefeitura de Salvador. nós, os agentes de endemias, os agentes comunitários, nós possuímos o menor salário da classe. Então, a insatisfação é geral. É geral. Em relação a vínculo empregatício eu estou muito satisfeito, que é o estatutário, eu me sinto satisfeito com o vínculo. Em relação ao interpessoal, eu sou um pouco insatisfeito porque os colegas deveriam ser mais solidários uns com os outros. E carga horária, eu sou insatisfeito porque a gente trabalha muito e ganha pouco. Então, eu acho

que a gente deveria trabalhar menos para ganhar a altura do que a gente ganha. (TACE-NE1, 35 anos)

Já para a TE-SE05, 46 anos, que atua na vigilância em saúde do trabalhador, a falta de funcionários é o que mais dificulta a continuidade da realização de uma atividade considerada por ela prazerosa, voltada para o trabalho de campo, como aconteceu com ela:

(...) a gente ia nas vigilâncias, a gente ia pra fora. Mas devido à falta de funcionários a gente não tem essa oportunidade mais. Mas eu adorava quando ia para campo, era bem vista, tanto nas empresas quanto nos colégios.

A busca pela estabilidade e segurança jurídica no emprego público é um direito que buscam no processo de se tornarem trabalhadores da vigilância em saúde, tal como mencionado por TVISA-S04, 35 anos, ao afirmar que:

Eu acho que foi muito bom para mim, porque eu entendo hoje o que é ser contratado e dou valor ao que é ser efetivo, se esforçar para passar no concurso e estar lá dentro. Então assim, me sinto privilegiada, por ter tido a oportunidade de ter entrado lá, e ter feito o curso, feito concurso e passado, mas eu não acho que seja viável nem para o Município ter contratado e nem para a pessoa trabalhar contratada.

Outro aspecto refere-se à relação entre a natureza do trabalho na vigilância e a carga horária de trabalho. Propõem uma redução da carga horária, pois acreditam que após 06 (seis) horas de expediente, o trabalho não é mais produtivo, devido aos riscos e sobrecarga que são expostos, como citado a seguir:

(...) eu gosto do trabalho, eu gostei do trabalho, o ambiente de trabalho, é um ambiente bom de trabalho também, tirando a carga horária. A carga horária é uma carga que eu acho que para Técnico de Vigilância deveria ser reduzida. (TVISA-S04, 35 anos)

Uma fala na entrevista realizada com um trabalhador da vigilância sanitária, realça o quão é importante e valorizada é a ética nas relações de trabalho, bom senso e responsabilidade durante as atividades de inspeção ou fiscalização sanitária:

[...] Então isso, eu sou assim, e eu gosto disso assim também, eu acho que por esse meu jeito, acho que é um ponto positivo para não ficar enganando um estabelecimento, uma atividade que vá vistoriar. Então é lá fora, não é uma pessoa tão bem quista por todo mundo, mas pelo o que eu escuto tem muita gente que gosta quando a gente está vindo, trata bem e tal. Eu acho que sei conciliar bem essas situações. (TVISA-S04, 39 anos)

O bom senso nas ações de vigilância sanitária é algo bastante realizado pelos fiscais sanitários, e a busca pelo conhecimento das legislações proporciona respaldo ao desenvolvimento das atividades de inspeção/fiscalização:

Digamos que eu sou paciente, que eu tenho bom senso acredito eu, que eu sempre vou à busca do conhecimento, porque na Área de Vigilância Sanitária a gente tem que ler muito, muita legislação, tem que se informar. (TVISA-S03, 33 anos)

Os profissionais passam por diversas situações-problema no seu cotidiano e, por pior que elas sejam, os profissionais tendem a ser flexíveis, desenvolver a empatia, tentar compreender o ser humano, colocar-se no lugar do outro, não podendo ser rude com as pessoas, ser um profissional educando, devendo:

[...] Então assim, tem que ter a educação, tem que ter o equilíbrio, tem que ter o bom senso, tem que estar baseado na legislação, tem que estar bem fundamentado e tem que ter conhecimento um conhecimento mínimo. Eu acredito que seja mais isso assim. (TVISA-S03, 33 anos)

O jogo de cintura nas atividades da Visa também é mencionado como forma de poder resolver diferentes situações, ou situações complexas nas quais os fiscais devam proceder, utilizando a cordialidade junto ao setor regulado nas medidas, conforme relatado a seguir:

[..] Ela pode ter um grau de instrução altíssimo, como baixo eu vou conseguir resolver a situação, jogo de cintura. [...] É claro, falta de higiene, geralmente a nossa primeira medida é interdição, mas mesmo assim tem que usar de educação para aquela pessoa entender porque está nisso, mas você tem que se colocar no lugar dela. [...] Aí eu acho que a empatia é fundamental para um fiscal. (TVISA-S04, 35 anos)

Mesmo com a insatisfação de Silvana, existem trechos em sua fala de assuntos que ela valoriza, por exemplo, o gostar de trabalhar na saúde e na vigilância em saúde, a vontade de aprender coisas novas, mesmo tentando buscar outros percursos, sempre se volta para a área da saúde:

Não temos outra atividade, gostamos de trabalhar na saúde. Me envolvo bastante, busco aprender e meu marido até reclama. Amo trabalhar como agente de vigilância. [...] Eu já até tentei fazer outras coisas, mas acabo parando na área da saúde que é a que gosto.

Sobre o que é central na valorização profissional, TVISA-S01, 42 anos, fiscal sanitário, afirma que o reconhecimento pela qualificação e competência do servidor é fundamental no processo de motivação e crescimento de uma equipe. Acreditar no seu fazer é fundamental. E vai mais além:

Quem semeia vento pode colher tempestade! Já quem semeia ética, profissionalismo, retidão de conduta poderá colher o melhor no futuro!

Para o TACE-N2, o que mudou entre a entrevista e o grupo focal foi o vínculo empregatício. Antes o trabalhador era contratado por uma OS. Atualmente, ele é contratado com vínculo efetivo pela prefeitura de Rio Branco. Em relação ao seu

trabalho é que passou a ter mais segurança jurídica. Quando tinha vínculo instável fazia várias coisas aleatórias no serviço, ao mesmo tempo e afirma que:

Trabalho na área da vigilância e faço o que eu gosto, sinto o prazer de fazer o que faço. Eu participo do sindicato da saúde, acho gratificante pode colaborar em prol da população e a Secretaria é muito parceira e maravilhosa nesse sentido e passamos a dar mais visibilidade a entidade.

No grupo focal, alguns anos após a realização da entrevista de 2013, TVISA-S01, 42 anos, sinaliza algumas mudanças na sua vida profissional que ampliaram o sentimento de se sentir em parte valorizado:

“...uma parte se sente frustrada por ter deixado a direção por motivos políticos e não técnicos, com dito anteriormente, mas outra parte se sente valorizada, pois a gestora solicitou que fizesse parte de outra forma, não sei se foi um prêmio de consolação, mas diminuiu um pouco a minha frustração”.

Para TASP-CO1, ser valorizado na vigilância em saúde é ter melhores condições de trabalho, eficiência na comunicação interna e um feedback positivo nas solicitações de material para o desenvolvimento de ações.

Na minha área da vigilância seria ter material para trabalhar e ter retorno, pois a gente faz comunicado interno e fica sem resposta. A gente identifica os problemas, encaminha e o retorno não vem. [...]. A questão é saber o que fazer e ver que faltam as condições. Não é só salário! (TASP-CO1, 42 anos)

Para Silvana, apesar das más condutas e pronunciamento dos gestores por suas críticas aos trabalhadores, o que ocasiona a desmotivação dos servidores, procura levar a questão do aprendizado e educação permanente em saúde para o conselho de saúde.

O trabalho da vigilância em saúde é bastante diversificado, desenvolvido por diferentes atores, competências e relações entre trabalhadores, gestores e usuários. Isso é destacado na fala do TACE-N2:

O trabalho de vigilância em saúde é eclético, não limita, trabalhamos com várias área como dengue, malária, tuberculose, doenças de chagas e e-tec... e tem a parte de educação em saúde...são muitas atribuições, relações de chefias, entre chefias e servidor. Quando cheguei no município vim do Estado e tinha aquele receio mas vim para colaborar e isso foi mudando com o passar do tempo. Ganhar credibilidade para o usuário e a população reconhecer, isso é gratificante.

Para a TACE-SE01, valorização profissional pode ser compreendida como:

É ser visto. Aquela ali é a Vanessa! A gente é só mais um, muitas vezes um número e o que a gente pensa do serviço não é considerado. Seu saber não equivale ao que está na gestão do trabalho. Você está na ponta, mas ainda assim seu saber é considerado equivocado em relação ao trabalho.

Segundo TVISA-S01, fiscal sanitário, 42 anos, a valorização profissional é uma palavra complexa hoje em dia. Ser valorizado está associado ao melhor profissional, aquele que tenha aptidão para o cargo. Além disso, seria:

Aquele que estaria teoricamente melhor qualificado para exercer determinada função, deve ter liderança, saber trabalhar em grupo e compartilhar suas experiências e resultados, ser líder e ter conhecimento para promover as discussões com o grupo.

Valorização profissional pode ser compreendida como referência, qualidade. Não é uma questão financeira, mas uma consequência da valorização, conforme depoimento do TACE-N2:

São duas relações diferentes, mas que tem objetivo. O trabalho não quer só quantidade e sim qualidade. É ser referência. Isso é ser valorizado. Isso é gratificante. Não vejo pela questão financeira, mas é consequência. Acho central. Compromisso com a instituição. Tem gente que falta por faltar. Tem gente que gosta de estar ali. Eu gosto de trabalhar. Honrar os compromissos.

Para TACE-N01 falar de valorização é muito complexo. Às vezes, ser valorizado é ter um bom salário. As concepções da valorização profissional são amplas e ultrapassam ter uma conta em banco com um salário-base legal. Para ele, isso vai muito além dessa compreensão e cita exemplo:

Faço parte de uma associação e quando conversamos com o secretário de saúde que precisamos ser valorizados, a primeira coisa que ele fala: vocês ganham bem! O capitalismo no Brasil tem esse jeito, ligar ao salário, mas valorização é ter respeito pelos outros e a gestão pelos trabalhadores e entre os colegas de trabalho.

Os estudos sobre o conceito de valorização profissional, mencionados anteriormente na revisão de literatura, iluminam alguns aspectos como a satisfação e o prazer no trabalho associados tanto a dimensões mais objetivas como remunerações, condições materiais de trabalho, quadro de trabalhadores, bem como as subjetivas, com destaque para valores como o respeito, confiança, sentimento de reconhecimento e o prazer de enfrentar desafios. O depoimento da TACE-N1 aposta na dimensão da visibilidade por parte dos usuários que o trabalho possibilita:

Sabe o seu nome, onde vê você, vai lá, cumprimenta, abraça. Um morador vê a gente, às vezes, num canto: Olha o Agente de Endemias! A gente não sabe nem quem é, mas eles nos conhecem, então você acaba ficando conhecido na comunidade que você está atuando. (TACE-N1, 25 anos)

A mesma profissional dá pistas de que, muitas vezes, sentir-se valorizado encontra-se associado ao se sentir reconhecido. As relações interpessoais são centrais nesse contexto. Minayo (2013) ressalta que os profissionais percebidos positivamente pela sociedade e por sua instituição, mas tendem a valorizar os papéis desempenhados, num movimento cumulativo entre reconhecimento e resiliência, conforme se verifica nesta afirmação:

Agora, [...] o Agente de Endemias, ele leva educação e saúde, ele está lá, e é um trabalho diário, todo dia, tanto que você acaba ficando conhecida pela população. (TACE-N1, 25 anos)

As ações e atividades que os trabalhadores da vigilância realizam em seu cotidiano indicam as penosidades que enfrentam devido às contradições que marcam as relações contemporâneas entre capital e trabalho. No caso do trabalho em saúde, o cotidiano de trabalho ainda gera situações de risco ocupacionais (químico, físico, biológico, psicossocial, ergonômico) para esses trabalhadores que deveriam ter as condições adequadas e asseguradas para a prática do cuidado no seu sentido amplo. Essa é uma dimensão do fazer profissional que expõe os trabalhadores a riscos e aparece de forma recorrente nas entrevistas. Essa percepção revela a necessidade de maior reconhecimento pelo trabalho que é desenvolvido e os riscos a que são expostos, como destacado na fala seguinte:

...eu e outras colegas. Então, assim, a gente passou por muita situação, muitas difíceis, assim; então, eu acho que deveria ter um reconhecimento melhor. Exatamente pela... a periculosidade que a gente passa no trabalho, [...] a gente acaba trabalhando com produto químico; e assim, esse produto, ele, todo produto químico, ele tem um poder acumulativo, então a gente não sabe como vai ser o nosso futuro (TACE-N1, 25 anos).

O ambiente de trabalho no qual se encontram inseridos os profissionais é realçado pelos trabalhadores como importante aspecto que se associa à valorização profissional. Pode ampliar os sentidos de autorrealização com o trabalho. Essas relações cotidianas estabelecidas entre eles são bastante valorizadas.

Satisfeito o trabalhador nunca está, mas está na média digamos assim. Os grupos que eu criei com as pessoas que eu trabalho ultimamente, são pessoas que eu percebi que tem muito a me acrescentar. (TACE-N4, 40 anos)

Para TACE-N2,

Se forem pessoas que te ajudem, vamos dizer, é uma segunda casa. Primeiro que você mora mais no trabalho e depois vai descansar em casa. Então foi um local que eu fui... [...] O pessoal me recebeu de braços abertos. Então foram um dos pontos fundamentais e aquela questão do incentivo profissional, inserindo no mercado de trabalho propriamente dito no setor. Então fui valorizado. (TACE-N2, 37 anos)

As relações de trabalho são muito apontadas nas entrevistas como um dos fatores motivacionais ao trabalhador. Quando são saudáveis, fazem-nos permanecerem no serviço de vigilância. A troca de saberes, o apoio mútuo, os vínculos estabelecidos são pontos valorizados no depoimento seguinte:

Muito a me acrescentar, esforçadas, que conhecem, estão trabalhando, que não se importam de passar conhecimento também, me ajudam bastante, então

são bons vínculos, isso é muito importante, mas eu só vim ter noção disso agora, depois de dez anos no setor público. Antes eu não tinha muito essa noção. (TACE-N4, 40 anos)

TACE-N2 sentiu-se valorizado também por outras funções que foi assumindo dentro do trabalho da vigilância em saúde: foi multiplicador, dedicando-se, também, nessa função a fazer palestras e capacitações. Também mencionou o aumento da satisfação ao ser incentivado a realizar viagens profissionais para fora do Estado, incluindo instituições que admirava. O reconhecimento profissional motiva o trabalhador a desenvolver suas ações da melhor forma o possível, como relata:

E aí, que eu fui mais valorizado ainda [...] Reconhecimento, isso que me motiva. Reconhecimento, não preciso de salário grande, não precisa de nada disso, mas você reconhecer um profissional, vamos nos sentir, mesmo moralmente é o que importa para o servidor.

Um ponto importante que se verifica nas entrevistas é quando o trabalhador percebe os resultados apresentados com o seu trabalho. Ele nota o valor da sua ação e como ela é valorizada pela sociedade, o que faz com que o seu trabalho adquira sentido. Isso se refere também ao processo de trabalho e ao modo de ser do trabalhador, permitindo captar a importância das subjetividades envolvidas e do reconhecimento no trabalho. Para o TACE-N2:

Então para mim é gratificante, porque você faz, tem resultados. Resultado ali de trabalho e assim, a população valoriza e vê o seu trabalho, isso é gratificante, isso é importante, então isso me motiva a cada vez mais estar trabalhando. É legal quando tu chega num Estado, ou num Município, ou numa parte de seção: Poxa eu vi o seu trabalho lá divulgado. Isso é legal, isso é bom, e isso motiva cada vez mais, dizer que você é um profissional bom, né. Que a gente nunca é aquele super eficiente, mas bom que pode estar de certa forma ajudando em alguma coisa. (TACE-N2, 37 anos)

A valorização profissional pode se dar por meio da resolutividade exercida pelos trabalhadores no Sistema Único de Saúde. Quando os usuários os reconhecem e agradecem pelo trabalho desenvolvido como forma de reconhecimento, como se constata no seguinte depoimento:

O que eu mais gosto de fazer é quando eu atendo e consigo resolver o problema de algum paciente e ele agradece, é o reconhecimento. (TE-SE05, 46 anos).

O reconhecimento do trabalho desenvolvido também por outros setores, assim como pela sociedade, amplia a percepção de valorização profissional. A partir dessas

experiências de trabalho com respostas às situações-problema que foram surgindo no serviço, TVISA-S02, 39 anos, destaca que:

[...] depois que eu terminei de fazer o curso que eu peguei uma bagagem boa que hoje em dia, tem problemas as pessoas me chamam e tal, vai e resolve. E eu sinto que outros setores reconhecem isso. [...] eu consigo sentir feedback produtivo referente a isso. [...] porque eu acho que é um reconhecimento que a sociedade tem. Ela te vê com esses olhos para o bem.

Para a TVISA-S03, 33 anos, é positivo quando seu serviço na vigilância apresenta-se na mídia e nos meios de comunicação. Associa a isso, como forma de valorização, quando o trabalho da vigilância sanitária é bem avaliado pela população:

Então isso é gratificante, porque estão vendo, até pessoas comentam assim: Não realmente este estabelecimento estava ruim mesmo, já deveria ter fechado, enfim, alguma coisa nesse sentido. Ainda bem que a Vigilância Sanitária atuou, fez esse trabalho. Ainda bem que a Vigilância é ativa, é prestativa está fazendo o seu trabalho, escuta bastante essas coisas.

No serviço da vigilância em sanitária, identifica-se a percepção que os trabalhadores têm sobre o valor do serviço e a sua credibilidade perante à sociedade ao longo da sua história. Antigamente, os fiscais da Visa eram comparados a malandros que só passeavam de carro e não realizavam de fato a fiscalização, porém,

Hoje não, a população vê que as nossas intervenções são por motivos justos, sabem o quanto é importante o nosso trabalho, nos procuram pedindo orientação, interessante assim. Então eu acho que hoje, pela população nós somos valorizados. (TVISA-S04, 35 anos)

Ser reconhecido como bom profissional não basta! A falta de reconhecimento percebida tanto por usuários como pelos gestores desanima. Esse é um importante fator que contribui para a não valorização do trabalhador, como expresso no depoimento abaixo:

Eu me vejo como um grande agente de endemias, eu me vejo como um grande profissional. E, em relação ao reconhecimento das pessoas, é zero. As pessoas não reconhecem o nosso trabalho. Os moradores, as pessoas que nós estamos indo lá levar saúde, combater a doença, não nos reconhecem, não nos dá nenhum prestígio. Gestores nem se fala. Gestores querem só receber os milhões que vem, e a gente tem que ralar pra que eles sejam elogiados. E assim, né, a gente trabalha, a gente pega no pesado, mas o reconhecimento vem pelo índice, “o prefeito conseguiu baixar o índice de dengue”. Mas não foi o prefeito, existe todo um pacote, onde os agentes estão inseridos nesse pacote. Então, não existe reconhecimento, nem da população, e ne dos gestores (TACE-NE1, 35 anos).

A qualificação, como discutido anteriormente na pesquisa, é o conceito que melhor se adequa aos anseios e necessidades dos trabalhadores. Ela encontra-se atrelada à organização do serviço, à gestão dos serviços e às práticas de trabalho e da construção das subjetividades dos trabalhadores. Dessa forma, pode-se responder aos problemas de

qualificação do serviço, do posto de trabalho, contemplando, enfim, os problemas enfrentados pela gestão do trabalho. TACE-N4 sente a ausência da qualificação como um problema, pois:

Eu acho problemático que eles não... não fazem... a gente passou muito tempo sem ter nenhum tipo de qualificação, vai estagnando o servidor e ele fica desmotivado e vai cada vez dando menos valor ao que ele faz, [...] a valorização, de uma forma geral é muito complicado, muito deficitário!

TASP-C05, 25 anos, visualiza o descaso em relação ao trabalho e ao aperfeiçoamento do profissional, o que pode inibir o trabalho da vigilância em saúde e contribuir para a ausência de valorização profissional. No entanto, sinaliza uma ação dentro do processo de trabalho que ela valoriza: a satisfação por poder quebrar a cadeia de transmissão das doenças na comunidade:

A gente que trabalha na vigilância, a gente conhece muita coisa, é... muitos lugares que tem também a oportunidade de conhecer, e a gente tem o prazer e o privilégio de estar livrando pessoas de males terríveis, evitando doenças e tal, então eu acho bem legal isso, eu gosto disso, e o que eu não gosto! (TASP-C05, agente de saúde, 25 anos)

Na fala do profissional abaixo, há um descompasso entre o que enxerga como positivo nas ações educativas em saúde para a população e como valoriza essa ação. Comparando o modelo centrado no hospital, considera que seu trabalho de prevenção não é valorizado:

Não é muito valorizada pois é um trabalho que busca prevenção. O ser humano só valoriza o que sente. Por exemplo, se o paciente sente uma dor e vem alguém que dá um medicamento para melhorar a dor, tem uma valorização porque ele já passou pela dor e sabe que aquilo incomoda. Agora quando ele não passa por isso e vem uma medida preventiva, ele não valoriza essa ação. (TACE-SE04, 25 anos)

Antes de os trabalhadores da Vigilância em Saúde serem inseridos no Sistema Único de Saúde, buscavam a estabilidade profissional em seu vínculo empregatício. Porém, com o passar dos anos, durante suas atividades laborais, os trabalhadores observam que ser servidor público de saúde não é uma posição de grande prestígio ou status. Diferentes sujeitos concebem a valorização profissional de forma distinta: o que o trabalhador entende por valorização, o que a sociedade percebe, como o gestor valoriza e a realidade do trabalho, conforme se verifica neste relato:

[...] é vista como importante dentro da saúde, mas não é muito valorizada por parte da população e pelas próprias autoridades que não dão condições melhores de trabalho. (TACE-SE03, 45 anos)

As tecnologias da informação e comunicação em saúde compõem uma dimensão tangível da atividade profissional que os trabalhadores valorizam e de que sentem falta. Para alguns, no lugar de preencher os dados manualmente, poderiam utilizar outras tecnologias para alimentar as bases de dados, conforme citado por TASP-CO5, 32 anos:

Hoje se eu falar em geral, eu diria que a gente desejaria uma mudança em tecnologia, algo para beneficiar. Hoje você ainda tem que sair para o campo com uma bolsa, uma prancheta e um lápis. Você poderia ter um computador, um tablete, algo para evitar certos incômodos. Por exemplo, eu visito imóveis, seria a tecnologia que facilitaria demais.

A logística no desenvolvimento das ações de vigilância em saúde também foi citada como um fator relevante que o trabalhador valoriza e que, para ele, facilitaria realização do trabalho de campo. TASP-CO5, 32 anos, ao afirmar que:

A locomoção. A gente vai a pé, do ponto até a área, às vezes a distância. Poderia ter um carro para todos os agentes. Facilitaria o tempo, o cansaço, o desgaste.

Os trabalhadores associam o salário com a valorização e motivação profissional, porém acreditam que a ausência de valorização deva-se ao fato de perceberem as ações educativas e de prevenção como práticas desvalorizadas pelo serviço de vigilância em saúde:

Não é que eu sou muito boa, mas eu acho que o serviço que a gente faz deveria ser mais valorizado. Não é que o dinheiro vai motivar, mas acaba motivando. Hoje eu acho que o nosso salário deveria chegar a uns 03 salários mínimos. Acho que seria bom pela valorização, pelo valor que isso teria para você e para quem você estaria visitando, mas eu acho que para a área do ACE não vai mudar muita coisa, porque hoje a gente trabalha com orientação, com educação, passar para eles o que transmite endemias e como evitar as doenças causadas por vírus. (TACE-SE01, 32 anos)

A ausência de indicadores de saúde, produzidos pelos serviços de vigilância epidemiológica e sanitária para orientar o planejamento e os investimentos na rede de atenção à saúde no SUS, é um aspecto que o trabalhador percebe como falta de valorização do serviço, devido a ter uma relação com a política. É o que afirma TVISA-S01:

Sabe porque eles não são reconhecidos? Qual é a secretaria de saúde deste país que usa indicadores emitidos pela epidemiologia ou da vigilância sanitária para orientar seus investimentos? Nosso setor ainda tem a ver com interesses políticos é onde vai ganhar mais votos. (TVISA-S01, 42 anos)

Segundo TIVSA-S01, o trabalho no serviço público e na vigilância não tem valor se comparado com a responsabilidade de quem possui o poder de abrir e fechar uma

empresa. Nesse setor, o salário-base é baixo. Além disso, esses profissionais estão submetidos, também, à sobrecarga de trabalho:

Todos eles, qualquer um deles sabe que a prática é assim. Porque não tem a valorização do seu serviço. O salário é muito baixo. Imagina um servidor que tem o direito de abrir ou fechar qualquer empresa neste país, que trabalha muito ganhar R\$ 1.800 como salário base (TVISA-S01, 42 anos).

A valorização profissional é relacionada também com a identificação com o trabalho. Sentir-se parte daquele serviço e participar do processo de crescimento de uma área de atuação, para TVISA-S01, é:

Meu maior sonho é tornar essa vigilância referência como a melhor do país, com salário digno e reconhecimento.

A falta da criação do cargo de técnico em qualquer uma das áreas das vigilâncias, constitui-se como um problema a ser enfrentado na gestão do trabalho da vigilância em saúde, a nível federal, estadual e municipal, para melhor redefinir competências, atribuições e diferenciar as funções de agente para técnico. A qualificação e a formação dos trabalhadores devem dialogar junto com as políticas de gestão do trabalho de modo a valorizar mais os trabalhadores. Segundo TVISA-S03:

Pois é, eu acho que é a falta de valorização também um pouco sabe, porque eu pelo menos não consigo, o fiscal, do técnico, para mim não está bem definido. [...] Então assim, eu vejo também muitas Prefeituras que nem querem abrir concurso para técnico, [...] enfim, teria que estar regulamentando isso, pra ter um piso salarial, uma carga horária definida, até as atividades, [...] (TVISA-S03, 33 anos)

Para TVISA-S04, o reconhecimento encontra-se relacionado ao salário e ao adicional de produtividade:

Não tem reconhecimento, a gente vê pelo salário, pelo piso salarial, para conseguir uma produtividade foi muito difícil. (TVISA-S04, 35 anos)

Na área das endemias, no Estado do Acre, percebe-se uma feminilização do mercado de trabalho, pois grande parte dos trabalhadores é formada por mulheres. Pelas situações de riscos e vulnerabilidade que a profissão de Agente de Combate a Endemias apresenta, os homens acabam desistindo da profissão e apresentam mais rotatividade do que as mulheres. Mesmo assim, os trabalhadores identificam-se e sentem-se satisfeitos com o trabalho nesse campo:

Eu, no meu caso, eu gostava de trabalhar, eu gostava de trabalhar... eu me identifiquei com isso, mesmo com toda a situação difícil, eu me identificava com o trabalho, eu me sentis satisfeita de fazer aquilo; mas tem muitos colegas que não, exatamente por isso, pelos perigos, pelo risco que corre [...] . (TACE-N1, 25 anos)

Percebe-se nas entrevistas que, mesmo os trabalhadores inseridos em algumas áreas específicas da vigilância, dependendo da área em que atuam, acabam sentindo falta de algum conhecimento específico, o que os faz pensarem em realizar uma formação superior que tenha relação com o processo de trabalho desenvolvido por eles, ao mesmo tempo em que se identificam e sentem falta de um conhecimento mais aprofundado em alguma base epistemológica como, relata este trabalhador:

Então, eu pensei em fazer Biologia. Como eu trabalho numa área que mexe com vertebrados e invertebrados, morfologia. Entomologia, então é uma área que eu também me identifiquei. (TAVS-N3, 25 anos)

4.3 Ideias de Futuro

Quando indagado se gostaria de estudar mais sobre o que acontece na área em que atua, Peterson sinaliza que os impedimentos ao crescimento profissional parecem caracterizar o trabalho no cotidiano. A própria área de vigilância parece que o impede de buscar maior satisfação e realização profissional, mesmo que o fazer desperte vontade de aprender mais.

Sim, muitas das vezes desperta, mas muitas vezes a gente vê os acontecimentos e tem vontade de fazer só aquilo ali mesmo. Às vezes está dando epidemia no bairro, a gente podia ver, estudar mais a fundo, mas o setor epidemiológico não dá respaldo, então às vezes você tem interesse de saber mais, mas eles não têm interesse em passar aquelas informações, perde a motivação. Antes eu cobrava mais, mas a chefia fica com medo de a gente tomar o cargo deles. [...] por exemplo, hoje eu vejo a nossa área difícil, pois ela não dá uma base para você crescer. Por exemplo, eu se eu quiser hoje, eu tenho que sair dessa área para tentar na área que eu formei, porque eu não tenho como crescer aqui dentro como agente de endemias. (TACE-SE02, 36 anos)

TACE-N1, que é ACE e atua no setor de cadastro da Visa, no momento da entrevista, cursava tecnólogo em gestão pública, pretende futuramente fazer o curso de bacharelado em saúde coletiva:

Eu estou fazendo Gestão Pública agora; e, na verdade, eu tenho vontade de fazer Saúde Coletiva, eu estou com muita vontade de fazer, mas...
E eu vou fazer o ENEM esse ano, porque eu vou ver se eu consigo passar em Saúde Coletiva, porque é uma área que me identifico... (TACE-N1, 25 anos)

TACE-N4, que atua na área técnica de controle de doença de chagas, pretende fazer futuramente a graduação em pedagogia, embora já tenha cursado geografia:

Olha, eu pretendo aos quarenta anos de idade voltar para a minha..., para meu banco na universidade e eu quero, eu nem quero pegar o diploma como professora de geografia, eu quero fazer pedagogia, quero trabalhar com crianças, criancinhas até sete anos de idade. Esse é o meu sonho. (TACE-N4, 40 anos)

Já TVISA-SE02, fiscal e formado em técnico em vigilância sanitária, pensa em fazer graduação em engenharia sanitária:

[...] inclusive estou pensando seriamente em fazer um curso superior para Área de Saúde. O que eu queria mesmo era fazer Engenharia Sanitarista, mas por aqui não tem. (TVISA-SE02, 39 anos)

TVISA-S01, pretende seguir carreira acadêmica e continuar na docência:

Eu pessoalmente... eu quero fazer um mestrado na área da saúde para ser um professor melhor. (TVISA-S01, 42 anos)

TACE-SE02 tinha o desejo de trabalhar na área da enfermagem e concluiu sua formação. Passou a trabalhar como enfermeiro plantonista. O interessante notar na vida desse trabalhador da vigilância que continua atuando na área da vigilância e atualmente na enfermagem é a mudança de percepção da forma como enxergava o trabalho. Realizou o curso de ginástica chinesa pela prefeitura e atuou como instrutor em Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PICS. Antes era um trabalhador menos atento às demandas do outro. Hoje tem uma visão diferente do outro e uma visão mais humana das relações de trabalho. Ele visualiza mais as pessoas.

Com o curso de enfermagem aprendi a ter empatia faço mais isso de ajudar as pessoas, depois do curso de enfermagem passei a me colocar mais no lugar das pessoas (TACE-SE02, 36 anos).

Embora Peterson enfatize que essa mudança de visão de mundo associe-se ao fato de cursar enfermagem, realiza também, na própria unidade de saúde, as Práticas Integrativas e Complementares – PICS. Isso leva a indagar se essa mudança de comportamento e valorização da pessoa humana estaria mais atrelada à formação, à enfermagem ou as PICS?

Como expectativa de futuro, Peterson pretende fazer concurso e trabalhar na ESF, como enfermeiro, conforme já havia relatado nas entrevistas, e mantém esse projeto de vida, mesmo apresentado sua desmotivação. Valorizando as condições de trabalho que se materializam no serviço e uma visão mais humana dos indivíduos, ele tenta mudar de grupo ocupacional.

Já TASP-CO1 pretende realizar outra formação e fazer o técnico de enfermagem. Ele se preocupa com aposentaria:

Não podemos pensar em aposentar, pois o salário ainda vai ficar menor.

TACE-SE01, estatutária com contrato de trabalho efetivo, pretende fazer mestrado, realizar pesquisa no grupo de estudos sobre gênero e migração para se inserir como assistente social. Mesmo sendo de contrato provisório, tem esse desejo como expectativa de futuro:

Mesmo que seja contrato eu quero, pois já trabalhei o que não vale a pena seguir, como estou mesmo sendo estatutária por 13 anos. Eu conheço outras pessoas que abrem mão para seguir um projeto com mais sentido uma outra saiu da prefeitura para vir para a ETSUS por contrato.

O trabalho da vigilância em saúde requer transformar uma realidade dentro do contexto de atuação dos trabalhadores. Em relação a isso, como perspectiva de futuro TACE-N2 afirma que:

Não quero ser mais um. Quero transformar alguma coisa. Colaborar com alguma coisa. Tenho esse lado sindical. É importante para os grupos. A saúde estar no meu corpo e na minha mente.

Como se vê, neste capítulo, extraíram-se as falas dos entrevistados, procurando compreender os seus percursos de formação e inserção no grupo ocupacional da vigilância em saúde e destacar aspectos realçados pelos depoimentos deles com o fazer-se trabalhador da vigilância em saúde, associando isso com a valorização profissional e suas expectativas de futuro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação, pode-se concluir que o percurso de formação e inserção dos trabalhadores da vigilância em saúde são caracterizados de forma muito aleatória e, de forma geral, está relacionada com a busca pela estabilidade no serviço público, apesar de, no decorrer das suas vidas produtivas, perceberem que ser trabalhador estável na vigilância em saúde no SUS não seja uma posição que os gestores e sociedade valorizem.

No início das atividades laborais, os trabalhadores da área desconhecem a organização do processo de trabalho. Isso se deve ao fato da não exigência da formação profissional específica para atuar na área da vigilância em saúde.

Os percursos ocupacionais na área da vigilância em saúde são caracterizados pela atuação dentro e fora da área da vigilância em saúde, tanto nas atividades de campo, áreas técnicas, diversos programas ou setores e outros níveis de atenção à saúde, como por exemplo, na atenção básica de saúde. Os percursos internos dentro das áreas das vigilâncias em saúde foram poucos relatados. A rotatividade de profissionais na área das endemias é muito grande.

Nas falas identificadas nas entrevistas e no grupo focal, os trabalhadores compreendem, na prática, como seria o processo de valorização profissional, mas têm dificuldade de conceitua-lo. Os trabalhadores não têm uma concepção clara sobre a definição de valorização profissional. Para alguns, isso é um conceito amplo e complexo.

Os trabalhadores da vigilância em saúde associam a valorização profissional com melhores condições de trabalho, eficiência na comunicação, reconhecimento, conhecimento, tornar-se referência, respeito ao trabalhador, relações interpessoais, efetividade no desenvolvimento das ações, visibilidade do trabalho, reconhecimento por parte da população e gestores, identificação com o trabalho, redefinição de competências, santificação e prazer em trabalhar. Essas foram as palavras-chave identificadas pelos entrevistados sobre as concepções de valorização profissional.

O primeiro ponto que os trabalhadores da vigilância em saúde valorizam é a formação técnica em vigilância em saúde. Eles veem a escola como algo importante para vários aspectos da sua vida e para sua profissão. Esse é um aspecto reafirmado em vários depoimentos. Como discutido no capítulo dois, a área da vigilância foi-se constituindo sem discutir a centralidade da formação específica.

O Brasil não aproveita a formação de modo a organizar os processos de trabalho na área da vigilância. Ainda assim, os trabalhadores relatam que a área da vigilância em saúde exige que o profissional continue estudando e se atualizando para lidar com situações adversas.

Para os trabalhadores, a formação profissional proporcionou uma visão mais ampla e integrada das quatro áreas que compõem a vigilância em saúde, apesar de as práticas serem fragmentadas por áreas técnicas ou programas, inibindo a quebra de paradigmas reducionistas na área da vigilância em saúde.

A formação abriu a possibilidade, nas trajetórias dos profissionais entrevistados, de: aprofundar os conhecimentos técnicos e científicos; construir e desconstruir conhecimentos, fundamentais para compreender o processo de trabalho da vigilância em saúde, abrindo horizontes para a continuação de estudos e ingressos em outras formações.

As pessoas entrevistadas associam, ainda, tempo de estudos a ganhos salariais. Porém, na área da vigilância em saúde, identificam muitas barreiras de crescimento e desenvolvimento profissional e buscam outras possibilidades e oportunidades fora da área da vigilância em saúde. Boa parte dos trabalhadores reconhecem esses desafios.

Além disso, perceberam-se, neste estudo, aspectos do processo de trabalho valorizados pelos trabalhadores da vigilância em saúde e que podem ser melhor aproveitados pela formação técnica:

- Liderança com o público;
- Desenvolvimento de ações educativas com a população;
- Melhores condições de trabalho (melhoria na logística do desenvolvimento das ações, tecnologias da educação e informação em saúde, proteção contra riscos ocupacionais);
- Saber ouvir os usuários e manter-se calado;
- Ética nas relações interpessoais, incluindo o bom senso, cordialidade e empatia;
- Troca de experiências e saberes profissionais;
- Habilidades de leitura e escrita para elaboração de relatórios técnicos;
- Educação Permanente em Saúde;
- Quebra da cadeia de transmissão das doenças.

O salário, estabilidade e carga horária são bastante citados nas falas das entrevistas como componentes da valorização profissional. Entretanto, eles compreendem que a valorização profissional não se resume somente a melhores ganhos salariais e proteção.

Outras condições estão associadas com isso, conforme apontado. Eles acreditam que seus ganhos são poucos e mereciam ganhar mais pelo trabalho que desenvolvem e pelos riscos a que são sempre expostos.

O campo da vigilância em saúde e seu processo de trabalho estimulam e despertam a vontade nos trabalhadores de aprenderem mais sobre sua área e contexto de atuação. No entanto, a própria vigilância em saúde desfaz esse sonho e acaba por levar os trabalhadores a buscarem a migração para outros campos de trabalho. Tudo por não vislumbrarem crescimento profissional.

Portanto, como se pôde notar no decorrer desta pesquisa, os resultados obtidos sinalizam a centralidade do tema para o campo do trabalho e educação no SUS e demonstram como as ETSUS podem aproveitar todas as questões que permeiam a vida desses trabalhadores no mundo do trabalho e nos processos de formação e qualificação.

REFERENCIAS

ALVES, Giovanni. **Dimensões da Reestruturação Produtiva** – Ensaio de sociologia do trabalho. 2ª Edição (Ed. Praxis), 2007.

ANTUNES; José Leopoldo Ferreira. **Intervenções em saúde pública e seu impacto nas desigualdades sociais em saúde**, revista de sociologia da USP, v. 27, n. 1

ANTUNES, Ricardo. **A nova morfologia do trabalho e suas principais tendências**. In Antunes, Ricardo (org.) Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil 2. São Paulo, Boitempo Editorial, 2013, p 13-27.

ARAGÃO; Antônio Augusto Vieira; OLIVEIRA; Sydia Rosana de Araújo. **SANARE. O Poder do Poder de Polícia À Luz do Direito Sanitário e da Vigilância Sanitária**, Sobral - v.17, n.01,p.58-64, Jan./Jun. - 2018

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. **Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (4):2215-2228, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000400036&script=sci_arttext> Acesso em: 03/12/12.

AZEVEDO CS, Braga Neto FC, Sá, MC. **O indivíduo e mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia**. *CAD. Saúde Pública* 2002; 18(1).

AZEVEDO, C. da S. & Sá, M. C. **Subjetividade, Gestão e Cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia**. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2013.

BATISTELLA, C.E.C; **Qualificação e Identidade Profissional dos Trabalhadores Técnicos da Vigilância em Saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos** In Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso et all. Morosini, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 197 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde,

2010. 108 p. : – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1 : Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 228 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, De 21 De Setembro de **2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: 2017.

CARDOSO, Adalberto. **Ensaio de sociologia do mercado de trabalho brasileiro**. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2103. Educação & Sociedade. Print version ISSN 01017330Onlineversion ISSN 16784626Educ. Soc. vol. 19 n. 62 Campinas Apr. 1998<http://dx.doi.org/10.1590/S010173301998000100003>

CARDOSO; R; M; G; MEIRA; K. C.; PAZ; E. P. A.; DUTRA; V. G. P. D.; CAMPOS;C. E. A.; **Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde**. ARTIGO • Ciênc. saúde colet. 22 (5) Maio 2017 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. *Ciência. Saúde Coletiva*, v.8, n. 2, p. 569-84, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>> Acesso em: 07/12/12.

CHINELLI, Filippina; VIEIRA, Monica & MENEZES, Clarissa. **Qualificação Profissional e Trajetórias Ocupacionais de Trabalhadores Técnicos em Saúde**. *Revista Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas*, 2014.

CHINELLI, Filippina; VIEIRA, Monica. **Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento:repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 2013

COUTINHO, M. C. (2009). **Sentidos do trabalho contemporâneo: as trajetórias identitárias como estratégia de investigação.** Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 12 (2), 189-202.

D'ÁVILA; José Luis Piôto. **Trajetória escolar: Investimento familiar e determinação de classe.** Educação & Sociedade. Print version ISSN 0101-7330 On-line version ISSN 1678-4626

DEJOURS, C. **Da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho;** Editora Fiocruz; 2004.

DE SETA; Marismary Horsth, DELAMARQUE; Elizabete Vianna e Reis; Lenice Gnocci da Costa. **Trajetórias, desafios e perspectivas das Vigilâncias do campo da saúde.** In Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (Orgs.). Qualificação de Gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.

DUBAR, Claude. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais.** São Paulo: Martins Fontes, 2005

DUBAR, Claude. **A Crise das Identidades: A Interpretação de uma Mutação.** São Paulo: EDUSP, 2009 Matos, Ivy Daniela Monteiro. **Identidades e Trajetórias Profissionais no Trabalho Docente: Um Estudo de Caso com Professores da Área de TI / Ivy Daniela Monteiro Matos; orientadora, Maria Soledad Etcheverry Orchard. - Florianópolis, SC, 2015.**

FRANZOI; Naira; VIEIRA, Monica; RAMOS; Marize; Verbete Profissão. IN: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2007. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/profissao_01.pdf Fonte: Revista RET-SUS nº29 - jun. 2007.

FERREIRA, A. D. O.; AUED, B. W.; VENDRAMIN, C. R.; **Considerações Metodológicas sobre o Estudo de Trajetórias Ocupacionais de Jovens. Trabalho & Educação – vol.16, nº 1 – jan / jun – 2007.**

FERRETTI, Celso João. **Opção Trabalho: Trajetórias ocupacionais de Trabalhadores de Classes Subalternas.** São Paulo: Cortez: 1988.

Fonseca, Angélica Ferreira (Org.) **O território e o processo saúde-doença.** / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Novos fetiches mercantis da pseudoteoria do capital humano no contexto do capitalismo tardio.** In: ANDRADE, Juarez; PAIVA, Laurina

(org.). As políticas públicas para a educação no Brasil contemporâneo: limites e contradições. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011, pp. 18-35.

GONDIM; Sônia Maria Guedes. **Grupos Focais Como Técnica de Investigação Qualitativa: Desafios Metodológicos**. Paidéia, 2003,12(24), 149-161.

GUIMARÃES, N. A. & Hirata, H. (2006). **Desemprego: trajetórias, biografias, mobilizações**. São Paulo: Senac.

HIRATA, H. **Da polarização das qualificações ao modelo da competência**. Ferretti, Celso João etai. (orgs.), Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar. Petrópolis:Vozes, 1994 pp. 128-142.

KOBER, C.M. **Qualificação profissional, uma tarefa de Sísifo**. Campinas; Autores Associados, 2004.

MARTINS, S. A. C.; e KRAWULSKI, E. **Trabalho em integração com a vida: trajetórias de trabalhadores da atenção básica à saúde e a construção de sua identidade profissional**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2012, vol. 15, n. 1, p. 115-134

MARTINS; Heloisa H. T.de Souza. **A difícil transição: análise das trajetórias ocupacionais de jovens operários metalúrgicos**. Pro-Posições - "Vol. 1 N25 (32) julho 2000A

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Valorização profissional sob a perspectiva dos policiais do Estado do Rio de Janeiro**. Ciência & Saúde Coletiva, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 9ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

MONKEN, Maurício; BATISTELLA, Carlos. **Verbetes “Vigilância em Saúde”**. IN: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/vigsau.html>

NESCON/UFMG. **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, 2008.

NORONHA, A. P. P; AMBIEL, R. A. M. **Orientação Profissional e Vocacional: análise da produção científica**. Psico-USF (Impr.), Itatiba, V. 11, N. 1, June 2006.

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. de. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000

- PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. **Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na Atenção Básica**. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc:IMS/UERJ:Abrasco, 2008, p. 360 – 17-41 .
- PAIVA, Vanilda. **Educação e trabalho: notas sobre formas alternativas de inserção de setores qualificados**. *Contemporaneidade e Educação*, Rio de Janeiro, p.8-21, n.4, dez/1998.
- PINTO, I. C. M. e SILVA, R. M. **Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno**. *Texto Contexto de Enfermagem*, 2009
- QUANDT; Fábio Luiz **Saúde ambiental: Responsividade de um processo investigativo e a construção do conhecimento**. *Rev. Docência Ens. Sup.*, v. 5, n. 2, p. 153-181, out. 2015
- SABROSA, Paulo. **Vigilância em Saúde**. Disponível em <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060718160725.pdf>. Acesso em 23 de setembro de 2013.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2002.
- SILVA, E. L. dá; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: Laboratório de Educação a Distância da UFSC, 2001
- SILVA, L. F. C. **Percursos Desiguais. Trajetórias ocupacionais dos trabalhadores no setor de telecomunicações no período pós privatização**. Tese de doutorado. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.
- SILVA, Rosiane Lopes da. **Educação permanente: valorização do trabalhador e fortalecimento do SUS / Permanent education: valorization of the worker and strengthening of SUS**. São Paulo; SMS; 2018. 3 p.
- TARTUCE, G. L. B. P. **Tensões e Intenções na Transição Escola-Trabalho: um estudo das vivências e percepções de jovens sobre os processos de qualificação profissional e (re) inserção no mercado de trabalho na cidade de São Paulo, 2007**. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde / Unified Health System, assistance models and health surveillance** *Inf. epidemiol.SUS* ;7(2):728, abr.jun. 1998. ilus.

TEIXEIRA; Rodrigo Alves; DWECK; Esther; CHERNAVSKY; Emilio. **A economia política da política fiscal e o processo de impeachment.** Anais do XXIII Encontro Nacional de Economia Política. Tema: Crise, austeridade e luta de classes: o Brasil num beco sem saída. Niterói: 2018. ISSN 2177-8345

VERIGUINE, N. R., Basso, C., Krawulski, E., Coutinho, M. C. & Soares, D. H. P. (2011). **O método de pesquisa trajetória no trabalho e processos identitários.** In Anais da I Jornada Internacional de Práticas Clínicas no Campo Social (pp. 1-9). Maringá, PR: UEM.

VIEIRA, Monica. **Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde.** Trab. educ. saúde [online]. 2007, vol.5, n.2, pp.271-286. ISSN 1981-7746. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462007000200004>.

WALDMAN; Eliseu Alves. **Usos da Vigilância e da Monitorização em Saúde Pública.** IESUS, VII(3), Jul/Set, 1998

ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS TRABALHADORES NA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1. Perfil socioeconômico

1. Idade –
2. Sexo –
3. Cor/ Raça/ Etnia –
4. Religião –
5. Estado civil –
6. Local e condição de moradia –
7. Filhos (quantos, idade, se trabalham) –
8. Família (renda familiar, situação familiar) –
9. Escolaridade do pai e da mãe ou responsável e outros membros da família –
10. E ocupação dos pais e ou responsáveis
11. Você tem irmãos? (Posição filial)

2. Trajetória educacional (tentar perceber razões de mudanças, retornos, paradas)

1. Com que idade você entrou na escola?
2. Você estudou em escola pública, privada ou nas duas? Como foi? A escola era perto ou longe de casa?
3. E o ensino médio? Com quantos anos ingressou? Que tipo de ensino médio cursou? Quando concluiu? Em quais escolas estudou? Estudou à noite? Era profissionalizante ou não? Por que fez profissionalizante? Qual curso?
4. Até que séries você estudou? Você estudou direto ou parou e depois voltou?
5. Por que parou? E porque voltou?
6. Além da escola, você fez outros cursos? Quais foram? Em que ano? Por que?
7. Você pretendia continuar estudando quando acabou o ensino médio? E hoje? Você pretende continuar estudando? Por quê? O que?
8. Você já sabia o que queria fazer? (Expectativas de formação superior) Por que?
9. O que você pesou /considerou nessa escolha? O que acharam dessa escolha?

3. Trajetória ocupacional (procurar considerar razões de mudanças, retornos)

1. Quando você começou a trabalhar? Com que idade? Em que? Por quê? Com quem? Como foi?
2. Você já trabalhou com que? Essas atividades eram remuneradas?
3. Enquanto você estudava, também exercia alguma atividade remunerada? Qual?
4. Você lembra das demais atividades remuneradas que você exerceu? Quais foram?
5. Em cada uma dessas atividades você tinha carteira assinada? Se não, você sabe por que? Quantas horas por dia trabalhava?
6. Trabalhar na Vigilância é sua atividade principal?
7. Você trabalha em alguma outra atividade remunerada? E não remunerada?

4. Trabalho na área de Vigilância (Tentar identificar o percurso interno)

1. Como iniciou o trabalho na Vigilância? Quando? Por que? Como foi o processo seletivo?
2. Outras pessoas da família também trabalhavam na área da saúde? Quem?
3. Você já tinha tido alguma experiência de trabalho na área de saúde e/ou de ajuda a pessoas que necessitavam de algum tipo de cuidado?
4. O que motivou você a trabalhar na Vigilância?
5. O que você mais considerou para tomar a decisão de trabalhar na Vigilância?
6. Você acha que alguma característica sua a(o) ajudou a trabalhar na Vigilância?
7. Seu trabalho exige que você continue estudando? Seu trabalho desperta vontade de saber mais sobre o que faz?
8. Quantas horas em média você trabalha por dia? Você considera que esta carga de trabalho é equivalente ao escrito no seu contrato de trabalho?
9. Qual é seu vínculo de trabalho? Tem carteira assinada? Qual o órgão/instituição que assina sua carteira de trabalho?
10. Você desenvolve alguma outra atividade remunerada paralelamente ao trabalho na Vigilância? Com carteira assinada? Qual atividade e em que momento você a realiza?
11. Quais os principais problemas da sua vida profissional?
12. Quais as características que você acha que um trabalhador da vigilância tem que ter?
13. Você gosta do que faz? O que mais gosta no seu trabalho e o que menos gosta?
14. Existe uma separação entre o tempo de trabalho e o tempo fora do trabalho em dias da semana? E no final de semana? (O que você faz quando não está trabalhando aqui?)
15. Quais os aspectos que você considera positivos no trabalho na Vigilância? E os negativos?
16. Você está satisfeito com as condições de trabalho na Vigilância? (Salário, vínculo empregatício, relações interpessoais e de trabalho, carga horária)
17. Qual deveria ser o seu salário? Porque?
18. Você pretende continuar trabalhando na Vigilância? Como, de que forma? Você acha isso possível?
19. Para você o que é ser um trabalhador da vigilância? Quem você considera que possa ser chamado de trabalhador da vigilância em saúde (reconhecimento entre pares – identidade e diferença)? Fale um pouco sobre as vigilâncias sanitária, ambiental, epidemiológica, saúde do trabalhador...
20. Quais são os seus projetos para o seu futuro? Qual sua visão de futuro profissional?
21. Em que outros setores da secretaria de saúde você atuou? E na área de vigilância, você já atuou em outro posto de trabalho? Quais? Quais as razões das mudanças?
22. Como você acha que sua atividade profissional é vista (reconhecimento)? (Pela população, pelos outros profissionais, pelos gestores)

ANEXO 2 – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL - TRAJETÓRIAS DE VIDA E TRABALHO UNS ANOS DEPOIS...

- ✓ Com esse desdobramento do estudo gostaríamos de saber o que mudou na vida de trabalho de vocês desde nosso último encontro no momento das entrevistas?
 - Formação: Cursos?
 - Mudanças no trabalho? Relação com chefia e colegas? Salário, desemprego? Novo trabalho? Novas atividades?
- ✓ Gostaríamos que vocês falassem um pouco também sobre como sentem o trabalho hoje e se esse significado se alterou desde que conversamos:
 - De que modo?
 - A que atribuem essa mudança?
 - Afeta a vida pessoal? Como?
- ✓ E o dia a dia de trabalho? Como está?
 - Percebem repercussões da crise que afeta o país?
 - De que forma? (Sofrimento, desemprego, significado do trabalho)
- ✓ O que fazem diante disso? Recorrem a quais estratégias para enfrentar o cotidiano de trabalho especialmente?
- ✓ E em relação as expectativas que tinham no momento da entrevista? Como seguem pensando o trabalho e a vida?
- ✓ O que é valorização profissional?
- ✓ Você se sente valorizado? Porque?
- ✓ Que aspectos da valorização profissional você identifica como centrais?