

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

Veronica Alexandrino Santos Azevedo

A POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O CURSO TÉCNICO DE  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA EPSJV-FIOCRUZ: encontros e desencontros.

Rio de Janeiro

2022

Veronica Alexandrino Santos Azevedo

A POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O CURSO TÉCNICO DE  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA EPSJV-FIOCRUZ: encontros e desencontros.

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

Orientador: Prof. Dr. Maurício Monken

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Grácia M<sup>a</sup> de Miranda  
Gondim

Rio de Janeiro

2022

**Catálogo na Fonte**

**Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**

**Biblioteca Emília Bustamante**

**Marluce Antelo CRB-7 5234**

**Renata Azeredo CRB-7 5207**

A994p      Azevedo, Veronica Alexandrino Santos  
              A Política Nacional de Vigilância em Saúde e o  
              curso técnico de Vigilância em Saúde da EPSJV-  
              Fiocruz / Veronica Alexandrino Santos Azevedo. -  
              Rio de Janeiro, 2022.  
              139 f.

Orientador: Maurício Monken

Coorientadora: Grácia Maria de Miranda Gondim

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo  
Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim  
Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação  
Profissional em Saúde, 2022.

1. Educação Profissional em Saúde. 2. Educação  
Continuada. 3. Política Nacional de Vigilância em  
Saúde. 4. Curso Técnico de Vigilância em Saúde.  
I. Monken, Maurício. II. Gondim, Grácia Maria de  
Miranda. III. Título.

CDD 370.113

Veronica Alexandrino Santos Azevedo

A POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O CURSO TÉCNICO DE  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA EPSJV-FIOCRUZ: encontros e desencontros.

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

Aprovada em 29/09/2022

BANCA EXAMINADORA

---

(Doutor Maurício Monken - Fiocruz/EPSJV)

---

(Doutora Grácia M<sup>a</sup> de Miranda Gondim - Fiocruz/EPSJV)

---

(Doutora Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini - Fiocruz/EPSJV)

---

(Doutor Gustavo Corrêa Matta - Fiocruz/ENSP)

## AGRADECIMENTOS

A Deus por seu amor incansável, por renovar minhas forças quando eu já não conseguia continuar. Por Ele, com Ele e para Ele são todas as coisas.

Ao meu esposo e amigo Ronaldo Aguiar pelo incentivo, apoio nas horas difíceis, por compreender minhas ausências e se desdobrar com as tarefas de casa, quando eu virava a noite estudando e escrevendo.

Aos meus pais, que mesmo sem compreender o que é um mestrado, sabem que é algo importante para minha formação e falam com orgulho que sua filha estuda na Fiocruz. Às minhas avós Lourdes (*in memorian*) e Helena que sempre intercederam por mim.

A minha equipe de trabalho Caravana da Saúde que desde o início me apoiou na realização deste mestrado e diziam “vai que a gente segura as pontas”! Alan Gomes, Elvis Ferreira, Jaqueline Nascimento, Kelson Sales e Willian Araújo, companheiros de trabalho, de luta e de arte, muito obrigada.

Aos meus orientadores Maurício e Grácia, serenidade e empolgação, que aceitaram meu convite. Certamente era com vocês que eu teria que trilhar este caminho, que honra ter um diálogo tão próximo com aqueles que construíram na história da Poli os processos formativos da Vigilância em Saúde, principalmente, para os trabalhadores do SUS. E por acreditarem no meu potencial como pesquisadora, convidando-me para compor a equipe do projeto Rede PMA APS “Vigilância em Saúde (VS) e a territorialização: modelo de atenção reorientador de práticas e saberes na Atenção Primária à Saúde (APS)”. Que possamos nos encontrar em muitos outros momentos. Muito obrigada mesmo.

Aos professores Márcia Valéria Morosini e Gutavo Matta, que compuseram minha banca de qualificação e defesa, pelas valiosas contribuições que me permitiram delimitar meu objeto de pesquisa e aprimorar as discussões apresentadas nesta dissertação.

A coordenação do mestrado, em especial à professora Marcela Pronko que nos acolheu e incentivou de forma ímpar. Amenizou a distância, criando espaços de escuta e de afeto, mesmo pelas telas. Foi atenta às necessidades da nossa “turminha pandêmica”. Agradeço também às queridas Leila e Clarissa por sanarem nossas dúvidas (que não eram poucas) e ajudarem tanto em tudo que podiam. E ao corpo docente deste PPG por compartilharem conosco sua vasta bagagem intelectual e nos impulsionarem a construir a nossa.

A “turminha pandêmica” mais unida que eu já conheci, mesmo mediados por plataformas e grupos virtuais fomos presença e motivação uns para os outros. Agradeço a confiança em permitir que eu fosse representante discente da turma 2020, juntamente com a querida Larissa. Ainda que nem todos que iniciaram tenham concluído, nosso lema “vamos juntos!” nunca se perdeu. André, Arthur, Clara, Crislene, Diego, Fabiane, Isabella, Larissa, Márcia, Marco, Nathália, Paula, Raphael, Rayla, Rodolfo, Thalyta e Veronica Wermeling, desejo que trilhem um lindo caminho de sucesso.

Um agradecimento muito particular àqueles que a pandemia não impediu que se conhecessem pessoalmente: nosso G6. Sim! Tivemos a grata oportunidade de cursar a disciplina eletiva Avaliação de Políticas Públicas ministrada pela professora Ana Reis no Curso de Verão. André, Arthur, Clara, Isabela e minha xará Verônica foram fundamentais para resistir ao caos que vivemos ocasionado pela pandemia da Covid-19. Um grupo que não mediu esforços para se ajudar: leituras, trabalhos coletivos, revisões, desabafos, choros, risadas e celebrações. Que presente a amizade de vocês!

A Edilene Menezes, coordenadora do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (LAVSA) da EPSJV/Fiocruz, por todo material cedido para o avanço da dissertação e pelo convite para trabalhar neste laboratório tão caro a mim. A Maria Amelia, companheira de pesquisa, que me acolheu com tanto carinho e simplicidade, juntas temos construído um rico trabalho sobre a concepção de vigilância em saúde nos séculos XIX e XX. Enfim, a todos os profissionais do LAVSA pelo incentivo e credibilidade depositados em mim e no estudo que me propus.

E para concluir, agradeço as irmãs e irmãos da comunidade *Totus* por partilharmos a vida, sermos sustento nas horas difíceis e júbilo nas conquistas. Juntos até o céu!

*A vida tem duas faces:  
Positiva e negativa  
O passado foi duro  
mas deixou o seu legado  
Saber viver é a grande sabedoria  
Que eu possa dignificar  
Minha condição de mulher,  
Aceitar suas limitações  
E me fazer pedra de segurança  
dos valores que vão desmoronando.  
Nasci em tempos rudes  
Aceitei contradições  
lutas e pedras  
como lições de vida  
e delas me sirvo  
Aprendi a viver.*

(Cora Coralina)

*“É justo que muito custe o que muito vale”*

(Santa Teresa D'Ávila)

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa é analisar as interseções e afastamentos entre a Política Nacional de Vigilância em Saúde e o Curso Técnico de Vigilância em Saúde oferecido pelo Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (Lavs) da EPSJV/Fiocruz. A pesquisa tem uma abordagem qualitativa, foi utilizada a Pesquisa documental e uma adaptação da análise de conteúdo para codificar e caracterizar as categorias de análise. Identificamos que: a PNVS e o Plano de curso comungam da mesma compreensão de que o modelo de atenção à saúde proposto pela VS supera os modelos hegemônicos; ambos estão pautados no conceito ampliado de saúde; outra aproximação é a concepção de formação, a PNVS referência a PNEPS como orientadora dos processos formativos, ou seja, toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho e se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. O Plano também traz na territorialização a aprendizagem significativa e o processo de trabalho no território. Há um afastamento quanto ao marco legal da VS que orienta os documentos analisados, a Política ainda se organiza de forma fragmentada, diferente da proposta presente no Plano, orientado pelos autores baianos Teixeira *et al.* (1998). Outro afastamento é sobre as atribuições dos profissionais de saúde, em especial ao ACE. A Política sequer cita esse profissional, fala de forma genérica em “profissionais que atuam na VS”, já o Plano descreve detalhadamente as atribuições do Técnico de VS. Esta pesquisa conclui que há mais pontos convergentes que divergentes entre a PNVS e o Plano de curso do CTVISAU. Contudo uma questão, que não foi objeto desta pesquisa, mas que sobressaiu constantemente nas leituras e na própria prática da pesquisadora é a distância entre o que está na Política e no Plano e o que ocorre de fato na prática dos trabalhadores da VS. Diante disso concluímos que as maiores interseções e afastamentos não estão nos documentos que norteiam as atribuições dos entes federados e dos processos formativos na área da VS. Mas das diversas compreensões sobre a própria vigilância e dos interesses por trás de cada concepção, que resulta em uma vigilância fragmentada e pouco resolutive.

Palavras-Chave: Política Nacional de Vigilância em Saúde. Curso Técnico de Vigilância em Saúde. Processo formativo.

## ABSTRACT

The objective of this research is to analyze the intersections and divergences between the National Health Surveillance Policy and the Technical Course on Health Surveillance offered by the Laboratory of Professional Education in Health Surveillance (Lavsá) of the EPSJV/Fiocruz. The research has a qualitative approach, using Documentary Research and an adaptation of content analysis to codify and characterize the categories of analysis. We identified that: the PNVS and the Course Plan share the same understanding that the health care model proposed by the VS overcomes the hegemonic models; both are based on the expanded concept of health; Another approach is the concept of training, the PNVS refers to the PNEPS as a guide for training processes, that is, it takes as its object the problems and needs emanating from the work process and is based on significant learning and the possibility of transforming professional practices. The Plan also brings significant learning and the process of working in the territory into territorialization. There is a departure from the legal framework of the VS that guides the documents analyzed, the Policy is still organized in a fragmented way, different from the proposal present in the Plan, guided by the Bahian authors Teixeira et al. (1998). Another departure concerns the attributions of health professionals, especially the ACE. The Policy does not even mention this professional, it speaks in a generic way of “professionals who work in the SV”, whereas the Plan describes in detail the attributions of the SV Technician. This research concludes that there are more converging than divergent points between the PNVS and the CTVISAU course plan. However, an issue that was not the object of this research, but that constantly stood out in the readings and in the researcher's own practice is the distance between what is in the Policy and the Plan and what actually occurs in the practice of VS workers. In view of this, we conclude that the greatest intersections and distances are not in the documents that guide the attributions of the federated entities and the training processes in the area of VS. But from the different understandings of surveillance itself and the interests behind each conception, which results in a fragmented and unresolved surveillance.

Keywords: National Health Surveillance Policy. Technical Course on Health Surveillance. Formative Process.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Caracterização dos documentos analisados

Quadro 2 - Categoria *Vigilância em Saúde* na Política Nacional de Vigilância em Saúde

Quadro 3 - Categoria *Processo formativo* na Política Nacional de Vigilância em Saúde

Quadro 4 - Categoria *Vigilância em Saúde* no Plano de curso do CTVISAU

Quadro 5 - Categoria *Processo formativo* no Plano de curso do CTVISAU

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB** Atenção Básica
- AC** Análise de Conteúdo
- ACE** Agente de Controle de Endemias e Auxiliar de Controle de Endemias
- ACS** Agente Comunitário de Saúde
- AIS** Ações Integradas de Saúde
- AP** Área Programática
- APS** Atenção Primária à Saúde
- APSS** Atenção Primária à Saúde Seletiva
- AVS** Agente de Vigilância em Saúde
- BID** Banco Interamericano de Desenvolvimento
- BM** Banco Mundial
- CAP** Coordenadoria Geral de Atenção Primária
- CCV** Coordenação de Controle de Vetores
- CEBES** Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
- CEFET** Centro Federal de Educação Tecnológica
- CNS** Conferência Nacional de Saúde
- CNS** Conselho Nacional de Saúde
- CNVS** Conferência Nacional de Vigilância em Saúde
- CONASEMS** Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
- CONASS** Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
- CONSU** Conselho Nacional de Saúde Suplementar
- CRE** Coordenadoria Regional de Educação
- CTVISAU** Curso Técnico de Vigilância em Saúde
- DAPS** Divisão de Ações e Programas de Saúde
- DFPSS** Departamento de Formação Profissional para o Sistema de Saúde
- DGSP** Diretoria Geral de Saúde Pública
- DNEES** Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde
- DVS** Divisão de Vigilância em Saúde
- EC** Emenda Constitucional
- EdpopSUS** Curso de Educação Popular em Saúde

**EDUCOM** Assessoria de Educação e Comunicação em Saúde

**EJA** Educação de Jovens e Adultos

**EM** Ensino Médio

**EPS** Educação Permanente em Saúde

**EPSJV** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

**ESF** Estratégia Saúde da Família

**ETAL** Equipe de Teatro e Atividades Lúdicas

**ETSUS** Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

**FAD** Febre Amarela e Dengue

**FIOCRUZ** Fundação Oswaldo Cruz

**FUNASA** Fundação Nacional de Saúde

**GFRNB** Gerência de Fatores de Risco Não-biológico

**IAP** Instituto de Aposentadorias e Pensões

**ICICT** Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

**INPS** Instituto Nacional de Previdência Social

**IOC** Instituto Oswaldo Cruz

**IPCA** Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

**LABFORM** Laboratório de Formação Geral e Educação Profissional em Saúde

**LABGESTÃO** Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde

**LABMAN** Laboratório de Educação Profissional em Manutenção de Equipamentos de Saúde

**LABORAT** Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde

**LATEC** Laboratório de Educação Profissional em Técnicas Laboratoriais em Saúde

**LATEPS** Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde

**LAVSA** Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde

**LBA** Legião Brasileira de Assistência

**LDB** Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira

**LIC-PROVOC** Laboratório de Iniciação Científica na Educação Básica

**LIREs** Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde

**MEC** Ministério da Educação

**MP** Medida Provisória

**MS** Ministério da Saúde

**NAM** Núcleo de Adolescentes Multiplicadores

**NASF** Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**NOB** Normas Operacionais Básicas

**NUVSA** Núcleo de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente

**OMS** Organização Mundial da Saúde

**OPAS** Organização Pan-americana da Saúde

**OSCIPS** Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

**OSS** Organizações Sociais da Saúde

**PA** Postos de apoio e abastecimento

**PECS** Programas de Extensão de Coberturas

**PES** Planejamento Estratégico Situacional

**PIASS** Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

**PNAB** Política Nacional de Atenção Básica

**PNCD** Plano Nacional de Controle da Dengue

**PNEPS** Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

**PNSS-Covid-19** Política Nacional de Saúde Suplementar Para o Enfrentamento da Pandemia da Covid-19

**PNVS** Política Nacional de Vigilância em Saúde

**PPP** Projeto Político Pedagógico

**PREPS** Programa de Preparação Estratégica Pessoal da Saúde

**PROEP** Programa de Expansão da Educação Profissional

**PROFAE** Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

**PROFAPS** Programa de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde

**PROFORMAR** Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde

**PROTEC** Programa de Extensão e Melhoria do Ensino Técnico

**PROVOC** Programa de Vocação Científica

**PS** Promoção da Saúde

**PSF** Programa Saúde da Família

**PT** Partido dos Trabalhadores

**RAS** Rede de Atenção à Saúde

**RET-SUS** Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

**RSI** Regulamento Sanitário Internacional

**SEBRAE** Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

**SENAC** Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial  
**SENAI** Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial  
**SENAR** Serviço Nacional de Aprendizagem Rural  
**SENAT** Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte  
**SESC** Serviço Social do Comércio  
**SESCOOP** Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo  
**SESI** Serviço Social da Indústria  
**SESP** Serviço Especial de Saúde Pública  
**SEST** Serviço Social do Transporte  
**SGTES** Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
**SINDACS** Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do município do Rio de Janeiro  
**SME** Secretaria Municipal de Educação  
**SMS** Secretaria Municipal de Saúde  
**SPES** Serviço de Propaganda e Educação Sanitária  
**SUCAM** Superintendência de Campanhas de Saúde Pública  
**SUDS** Sistema Único Descentralizado de Saúde  
**SUS** Sistema Único de Saúde  
**SVS** Secretaria de Vigilância em Saúde  
**SVS** Superintendência de Vigilância em Saúde  
**TC** Trabalho de Campo  
**UBS** Unidade Básica de Saúde  
**UFRGS** Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
**UNICEF** Fundo das Nações Unidas para a Infância  
**VigiSUS** Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde  
**VS** Vigilância em Saúde

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	15
INTRODUÇÃO .....	18
METODOLOGIA .....	26
1 CAPÍTULO 1 – SAÚDE PÚBLICA E O CONTROLE DE DOENÇAS .....	31
1.1 HISTÓRICO DOS MODELOS EXPLICATIVOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA .....	31
1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....	37
1.3 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL E AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA DÉCADA DE 1990 ATÉ 2021 .....	46
1.4 O TRABALHO EM SAÚDE E NO CONTROLE DE DOENÇAS: o Agente de Combate às Endemias .....	56
2 CAPÍTULO 2 – EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E A FORMAÇÃO PARA A ÁREA DE ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	63
2.1 ESCOLA DO FAZER E ESCOLA DO DIZER: RESGATANDO A ORIGEM DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL .....	63
2.2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE .....	71
2.2.1 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde .....	74
2.3 A EPSJV E SUA IMPORTÂNCIA NO PROCESSO FORMATIVO PARA ÁREA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	77
2.3.1 A formação Politécnica na EPSJV .....	78
2.3.2 Formação profissional na EPSJV .....	84
2.3.3 A Formação em Vigilância em Saúde desenvolvida pela EPSJV .....	86
3 CAPÍTULO 3: IDENTIFICANDO INTERSEÇÕES E DISTANCIAMENTOS ENTRE A POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O CURSO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	89
3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....	89
3.2 CURSO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA EPSJV: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS, METODOLÓGICOS, DIDÁTICO-PEDAGÓGICOS, CONTEÚDOS E ESTRUTURA CURRICULAR .....	91
3.3 ANÁLISE DOCUMENTAL E DE CONTEÚDO .....	101
3.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	118
ANEXOS .....	132

## APRESENTAÇÃO

Que excelente oportunidade cursar um mestrado profissional que dialogue tão estreitamente com os campos da Educação, Trabalho e Saúde. Digo isso, pois minha trajetória profissional e acadêmica perpassa por esses campos, tão logo entenderão a escolha pelo objeto de estudo desta pesquisa.

Entre o final de 2001 e início de 2002 uma grave epidemia de Dengue, causada pela reintrodução do sorotipo 3, afetou o Estado do Rio de Janeiro. Lembro-me até hoje das unidades de saúde públicas lotadas, as notícias diárias pelo número de casos e óbitos, o quanto fiquei apreensiva, já que também fui gravemente acometida pela doença. Foram notificados 80.215 casos em 2001, destes foram registrados 467 óbitos no estado. Em 2002 notificaram-se 288.245 casos, com 1.831 óbitos no estado (AZEVEDO, 2009). Neste período o governo federal repassou aos municípios as ações de controle da dengue.

E foi exatamente no 1º concurso público para Auxiliar de Controle de Endemias (ACE) do município do Rio de Janeiro que me tornei servidora estatutária. A alegria de ter “um emprego estável” aos 21 anos logo foi esmorecendo pelas péssimas condições de trabalho: uniformes sujos e rasgados; postos de apoio e abastecimento (PA) insalubres, por vezes apenas um depósito para armazenar o inseticida, nossas bolsas e alimentos; medo por trabalhar em territórios desconhecidos e violentos; “rivalidade” entre os servidores pelos diferentes vínculos empregatícios; desgaste físico por trabalhar sob fortes temperaturas; conflitos com os trabalhadores celetistas que foram demitidos antes do nosso ingresso; uma rotina burocrática e limitada. Certamente, não ficaria muito tempo nessas condições!

Com 6 meses de trabalho de campo em visitas domiciliares fui convidada a participar de um processo seletivo para integrar a Equipe de Teatro e Atividades Lúdicas (Etal) gerenciada pela Assessoria de Educação e Comunicação em Saúde (Educom) da Coordenação de Controle de Vetores (CCV) na Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS). A mudança da metodologia de trabalho fez com que eu me encontrasse na Saúde Pública, a arte como instrumento para promover saúde. Alguns anos depois, desvinculei-me da Etal e compus o corpo de educadores em saúde da Educom. Prestávamos assessoria aos educadores locais presentes nas 10 Áreas programáticas (AP) do município do Rio de Janeiro, organizávamos seminários, conferências, cursos, formações curtas para ACE, movimentos sociais e demais órgãos públicos e privados.

Em 2006 uma grande pauta tomou centralidade em nossas formações: a discussão e implementação do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde- VigiSUS (BRASIL, 1998). Ocorreram riquíssimos encontros entre representantes das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador, presenciamos o fortalecimento da Vigilância em Saúde do nosso município.

Concomitantemente ocorria o Curso de Desenvolvimento Profissional de Agentes Locais de Vigilância em Saúde do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde- Proformar, majoritariamente direcionado aos ACE, contudo em minha turma houve a inserção de ACS (agentes comunitários de saúde) e agentes ambientais da Secretaria Municipal de Meio ambiente. Foi uma formação diferente de todas que havíamos feito, aprendemos sobre o conceito de território, a história e a memória do lugar, a importância da intersetorialidade e da participação dos atores locais, as fragilidades e potencialidades do território, o Planejamento Estratégico Situacional (PES). Inegavelmente, nossa prática educativa foi profundamente impactada, as ações educativas pontuais já não respondiam ao desejo de mudanças efetivas no território.

Nesse mesmo período cursava a licenciatura em Letras, um caminho dividido entre a saúde e a educação, não imaginava que um dia se encontrariam. A dinâmica da vida traz escolhas e mudanças, em 2008 solicitei transferência para minha AP de origem, a 3.3, juntamente com o trabalho educativo por meio de palestras, oficinas, brigadas, a arte novamente abrasava-me, e logo a equipe “Saúde Carioca” foi ganhando um ar de ludicidade, as esquetes e as paródias tornaram-se nosso carro-chefe.

A inquietude da formação voltava a chamar-me aos bancos da escola. Passei para a Especialização em Comunicação e Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Ali me encantei pela história da Comunicação, pelos processos comunicativos utilizados pela Saúde Pública e na prática do ACE, como também pela pesquisa e produção acadêmica.

Os caminhos da educação e da saúde não apenas se encontraram, mas tornaram-se um só: a formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS). Atuei como Educadora Popular no Curso de Educação Popular em Saúde- EdpopSUS (2016-2018) do Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat), fui tutora de duas turmas no Profomar-Rio (2010 e 2014) e docente da disciplina de Comunicação no Curso Técnico de Vigilância em Saúde- CTVISAU (2012 a 2020), ambos do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (Lavsa) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV).

No decorrer destes anos solicitei transferência para a AP 5.1, desde 2017 atuo na equipe de Teatro e Atividades Lúdicas Caravana da Saúde, composta por ACE vinculados administrativamente à Divisão de Vigilância em Saúde (DVS). Entretanto por trabalharmos, não apenas com agravos relacionados à vigilância, mas também na perspectiva da Promoção da Saúde (PS) estamos alocados na Divisão de Ações e Programas de Saúde (Daps) da Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) da AP 5.1<sup>1</sup> da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)<sup>2</sup>. O histórico e atuação desta equipe podem ser conhecidos na pesquisa de Jaime Della Corte (2011).

Nesse breve histórico busquei apresentar o quão estou imbricada com a Vigilância em Saúde (VS) e os processos formativos para os trabalhadores de nível fundamental, médio e técnico do SUS.

Esta dissertação tem a discreta pretensão de levar discentes, docentes e demais interessados a passear pelos campos da saúde e da educação e descobrir as disputas presentes nos processos formativos para a área da Vigilância em Saúde.

---

<sup>1</sup> A Área de Planejamento 5.1 abrange os bairros Vila Militar, Campo dos Afonsos, Bangu, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, Padre Miguel, Senador Camará, Santíssimo e Jabour.

<sup>2</sup> A estrutura da SMS é dividida em cinco subsecretarias e o Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e de Inspeção Agropecuária (IVISA-Rio): Subsecretaria Geral (SubGeral), Subsecretaria de Gestão (Subg), Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (Subpav) e Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (Subhue). As 10 Coordenadorias Gerais de Atenção Primária estão inseridas na Subpav.

## INTRODUÇÃO

As ações de vigilância, prevenção e controle de endemias tiveram sua origem no Brasil em 1808 com a criação da Provedoria-Mor, seus profissionais realizavam inspeções sanitárias nos portos, a fim de diminuir os riscos de agravos e doenças. Somente em 1889 o governo federal criou a polícia sanitária para impedir surtos epidêmicos, além do monitoramento das doenças transmissíveis. No início do séc. XX Oswaldo Cruz assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), o que hoje corresponderia ao Ministério da Saúde, sua principal meta era erradicar a febre amarela, peste bubônica e varíola. Na década de 1970, os guardas sanitários passaram a ser conhecidos como agentes de saúde pública e houve a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), da Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde (Dnees) e instalação das unidades de Vigilância Epidemiológica da Varíola em âmbito estadual. Em 1990, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) iniciou um processo de descentralização de suas ações e serviços (BARBOSA *et al.*, 2016).

Sendo assim, os servidores federais passaram a ter suas atividades direcionadas pelos estados e municípios que estavam alocados, é válido destacar que este profissional recebe diversas nomenclaturas: Agente de Saúde Pública, Guarda de Endemias, Agente de Controle de Endemias, Auxiliar de Controle de Endemias, Guarda Sanitário, Agente de Vigilância em Saúde, de acordo com a escolaridade, o vínculo, contrato e/ou local de trabalho (GONDIM; MONKEN, 2017).

Diante da longa trajetória e importância desses servidores, em 2006 foi publicada a Lei Federal nº 11.350, que descreveu e regulamentou o trabalho do ACE e ACS. Com a vigência da nova lei, o trabalho do agente passou a ocorrer exclusivamente no âmbito do SUS, mediante contratação por meio de seleção pública, não sendo permitida a contratação temporária ou terceirizada, salvo em situações de epidemias (BRASIL, 2006b).

Em 2018, a Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, alterou a lei 11.350, dispondo sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais ACS e ACE (BRASIL, 2018a).

Tradicionalmente os processos formativos direcionados aos ACE ocorriam na forma de treinamento, um curso básico de 40h, para o desenvolvimento das atribuições do cargo: preencher formulários de Febre Amarela e Dengue (FAD), realizar visita domiciliar, coletar larvas, vistoriar, eliminar e tratar possíveis criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor dos vírus da Dengue,

Zika e Chikungunya, além de orientar para prevenção desses agravos (BRASIL, 2009). Conforme nos aponta Torres (2009, p.17) “A formação estava absolutamente restrita ao conteúdo técnico para o controle daquela determinada doença, de modo que eram feitos treinamentos de curta duração, respaldados por guias ou cartilhas elaboradas dentro da própria Funasa”. Contudo, nesta pesquisa abordaremos outro processo formativo, baseado na territorialização: o Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU) do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (Lavs) da EPSJV/Fiocruz.

O Lavs teve a sua origem em 2002, com a junção do antigo Núcleo de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente (Nuvsa) com o Núcleo de Saúde Coletiva. E possui uma longa trajetória na oferta de cursos nesta área, iniciou com o Curso Básico de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente, com turmas nos anos 1996, 1997, 1999, 2000, 2001, 2002 e 2003. E o Curso Técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, 1996, 1998, 2000, 2001, 2002 e 2003. A primeira oferta do CTVISAU ocorreu em 2008 na modalidade integrada ao Ensino Médio, de 2008 a 2011 ingressaram cerca 120 alunos, dos quais 52 se formaram em técnicos nos anos 2010-2011 (EPSJV, 2012).

Por meio de convênio entre a EPSJV/Fiocruz e a Funasa foi proposto o Curso de Desenvolvimento Profissional de Agentes Locais de Vigilância em Saúde do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde- Proformar<sup>3</sup>- nacional (com uma carga horária de 168h), entre 2003 e 2006 formou cerca de 32 mil trabalhadores, dentre eles servidores vinculados aos governos federais e municipais (BARBOSA *et al.*, 2016). O curso tinha como objetivo principal “levar os alunos a realizarem um trabalho de campo nas áreas em que já atuavam, fazendo um diagnóstico das condições de vida e saúde da população, identificando situações de risco, potencialidades e vulnerabilidades do local” (TORRES, 2009, p. 17).

Em 2010, através do Projeto TEIAS, que integrava o Programa Território Integrado de Atenção à Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e a EPSJV reformularam a proposta do Proformar nacional, o curso teve ampliação da carga horária, para 400h e foi denominado Proformar-Rio. Tornando-se assim introdutório ao CTVISAU, como parte das 1440 horas totais (BATISTELLA *et al.*, 2010). Foi ofertado aos servidores do cargo ACE - formou em

---

<sup>3</sup> Em outubro de 2001, foi assinado o convênio para a realização do Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde (Proformar nacional). Este foi realizado em 26 estados brasileiros, qualificou 32.000 trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborou dez livros didáticos, produziu quatro vídeos e formou 1.100 professores/tutores em todo o país.

O programa foi uma ação conjunta do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/linha-do-tempo/inicio-do-proformar>>. Acesso em: 05 jun. 2022.

2010/2011 (47 turmas – 965 alunos) e 2014 (19 turmas – 407 alunos), a EPSJV conduziu o processo pedagógico do curso (BATISTELA *et al.*, 2010; PEREIRA *et al.*, 2018).

As primeiras turmas do CTVISAU subsequente ao Ensino Médio (EM) iniciaram em 2012 por meio de parceria entre a EPSJV/Fiocruz e a SMSDC-RJ, para os ACE que foram aprovados no Proformar Rio, com a finalidade que se tornassem técnicos de Vigilância em Saúde, na perspectiva de agir de forma crítica sobre os eventos de saúde na área da vigilância. Atendendo à ordenação da formação em vigilância em saúde, definida em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS) na Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES).

Segundo Grácia Gondim, coordenadora do curso à época:

“O curso é uma concretização de uma das diretrizes da 8ª Conferência Nacional de Saúde e também da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde, que indicam a necessidade de qualificar a força de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a coordenadora destacou que a iniciativa também corrige uma "injustiça histórica" de poucas oportunidades de formação para trabalhadores de nível médio. [...] Estamos também assumindo um compromisso com o fortalecimento do SUS e a reorganização da atenção e do cuidado em saúde”, pontuou. Ela comentou também sobre o que o curso pode representar para cada um dos trabalhadores. ‘Com o diploma de técnico, o horizonte se amplia para vocês’” (JÚNIA, 2012)<sup>4</sup>

Até 2020, foram formadas 18 turmas (509 técnicos) e elaborados 54 Diagnósticos das Condições de Vida e Situação de Saúde de territórios da Estratégia da Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro.

Segundo o Plano de Curso do CTVISAU (EPSJV, 2012) sua estrutura foi inspirada no currículo integrado (RAMOS, 2009a), possui 1440 horas, articula conteúdos da formação geral e técnica, e tem o trabalho e a pesquisa como princípio educativo, viabilizando o desenvolvimento de projetos para integrar o conhecimento e proporcionar a aprendizagem significativa.

Os temas são articulados por um trabalho de investigação no campo, o diagnóstico envolve a utilização de instrumentos de pesquisa para coleta de dados, produção e análise de informações (mapas, entrevistas, questionários, observação de campo, dados primários e secundários, imagens etc.), que busca através da territorialização em saúde<sup>5</sup>, caracterizar as condições de vida e situação de

<sup>4</sup> Trecho retirado do site da EPSJV, matéria intitulada “EPSJV inicia formação de técnicos de vigilância em saúde: curso é realizado em parceria com a Prefeitura do Rio de Janeiro e qualificará 160 trabalhadores em sua primeira etapa”. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/acontece-na-epsjv/epsjv-inicia-formacao-de-tecnicos-de-vigilancia-em-saude>>. Acesso em: 19 ago. 2022.

<sup>5</sup> A territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos de trabalho e das práticas de vigilância em saúde, através de uma atuação a partir de uma delimitação territorial previamente determinada. A territorialização de atividades de saúde vem sendo preconizada por diversas iniciativas no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) como

saúde, a história do lugar, a cultura, os problemas e potencialidades do território. Todo esse levantamento é essencial para a elaboração e execução do Planejamento Estratégico Situacional (MONKEN, 2008; PEREIRA *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2001). Esse constitui o suporte teórico e prático da Vigilância em Saúde, os diagnósticos de condições de vida e situação de saúde devem relacionar-se tecnicamente ao trinômio estratégico *'informação-decisão-ação'* (TEIXEIRA *et al.*, 1998, p. 14, grifos nossos).

A Vigilância em Saúde apresenta-se como uma proposta de modelo de atenção que supera os modelos hegemônicos, sanitarista e biomédico, enraizados na saúde pública. A fim de atender aos princípios e diretrizes do SUS, a VS propõe uma redefinição das concepções e práticas sanitárias, organiza processos de trabalho em saúde, atua em territórios delimitados, incentiva a participação social, visando responder de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população. Gondim e Monken apontam que a VS é

um modelo de atenção pautado na democracia, na liberdade e na justiça social. No estágio atual do sistema de saúde brasileiro, se coloca como uma proposta radical (polêmica), inovadora (inquietante) e em experimentação (praticada), cujo arcabouço teórico-conceitual se constitui como eixo de um processo de reorientação dos atuais modelos assistenciais que dão suporte às práticas sanitárias em curso. A vigilância em saúde tem sido compreendida a partir de distintas perspectivas: processo de trabalho estruturado em torno da integração das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária; monitoramento/análise da situação de saúde e proposta de redefinição de práticas sanitárias, que incorpora as dimensões anteriores, mas não se restringe a elas (2017, p. 42-43).

Após mais de 30 anos da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e 20 anos de ações de Vigilância em Saúde no Brasil, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS) em Brasília, entre os dias 27 de fevereiro a 2 de março de 2018, com o tema central *'Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS) Público de Qualidade'*, com o objetivo de propor diretrizes para a formulação da Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) e o fortalecimento de ações de Promoção e Proteção à Saúde (EVANGELISTA, 2018).

A PNVS foi promulgada através da Resolução Nº 588, de 12 de Julho de 2018 (BRASIL, 2018b) e consta no inciso VII do Art. 10 que é de responsabilidade dos órgãos governamentais: promover a formação e capacitação em Vigilância em Saúde para os profissionais de saúde do SUS, respeitando as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (BRASIL,

---

o Programa de Saúde da Família, a Vigilância Ambiental em Saúde, Cidades Saudáveis e a própria descentralização das atividades de assistência e vigilância. No entanto, esta estratégia, muitas vezes, reduz o conceito de espaço, utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção (MONKEN, 2003, p. 20).

2017b), bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação vigente.

Diante do exposto, o objetivo geral desta pesquisa é analisar as interseções e afastamentos entre a Política Nacional de Vigilância em Saúde e o Curso Técnico de Vigilância em Saúde oferecido pelo Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (Lavsa) da EPSJV/Fiocruz. E tem como objetivos específicos: identificar as estratégias para organização da Vigilância em Saúde no âmbito da formação profissional; analisar a concepção de Vigilância em Saúde presente no plano de curso do CTVISAU; e, compreender a relação entre elementos pedagógicos da formação no CTVISAU com os princípios básicos da PNVS.

A dissertação está estruturada da seguinte forma: no primeiro capítulo discutiremos Saúde Pública e o controle de doenças, apresentando um histórico dos modelos explicativos do processo saúde-doença, seguido de um debate sobre as Políticas Públicas de Saúde atualizado com o contexto pandêmico, ocasionado pela Covid-19. Logo depois abordaremos os modelos de Atenção à Saúde no Brasil e as ações de vigilância em saúde da década de 1990 até 2021, por fim traremos um resgate do trabalho em saúde e no controle de doenças do ACE.

No segundo discorreremos acerca da Educação Profissional e a formação para a área de atuação da Vigilância em Saúde, iniciaremos com a discussão da dualidade educacional estrutural e sua relação com a origem da educação profissional, posteriormente exporemos o histórico da Educação Profissional em Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Os últimos subcapítulos apresentarão a EPSJV e sua importância no processo formativo para área da Vigilância em Saúde.

No terceiro apresentaremos a proposta desta dissertação: identificar interseções e afastamentos entre a Política Nacional de Vigilância em Saúde e o Curso Técnico de Vigilância em Saúde (descrevendo os principais pontos da PNVS e os pressupostos teóricos, metodológicos, didático-pedagógicos, conteúdos e a estrutura curricular do CTVSAU da EPSJV), a partir da análise de conteúdo.

Conforme exposto na apresentação desta dissertação, o interesse por estudar o tema da Vigilância em Saúde partiu das vivências profissionais da pesquisadora. Habituada aos treinamentos, cursos e oficinas cujo objetivo era a instrumentalização para as ações de prevenção as doenças, deparou-se (felizmente!) com o Curso Proformar, um processo formativo que ampliou seu olhar sobre o processo saúde-doença, novas formas de elaborar o planejamento em saúde e a inclusão de distintos

atores sociais, fomentando assim a participação popular. Inclusive à época iniciava a discussão e implementação do Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde- VigiSUS (BRASIL, 1998) no município.

Além da experiência adquirida na prática laboral no âmbito da SMS-Rio, a pesquisadora atuou como tutora de duas turmas no Profomar-Rio (2010 e 2014) e na docência da disciplina de Comunicação no CTVISAU (2012 a 2020). Tendo acompanhado esse processo formativo percebeu o empenho e a luta da EPSJV/Fiocruz na formação dos ACE do município do Rio de Janeiro, para que se tornassem Técnicos de Vigilância em Saúde. A formação na EPSJV baseia-se nos conceitos de politecnicidade e omnilateralidade, visando uma formação integral e ampliada, a fim de que o trabalhador compreenda seu processo de trabalho como um todo, superando treinamentos específicos e fragmentados.

Nesse percurso foi possível observar a estruturação e a organização da política de VS no município<sup>6</sup>, assim como, significativa mudança na atuação laboral daqueles que cursaram o CTVISAU. Essa mudança pode estar intimamente ligada à construção crítica e reflexiva sobre o trabalho de promoção da saúde e o olhar para o território que é fomentado durante o processo de aprendizagem. Para a SMS-Rio foi um investimento com retorno imediato, pois a compreensão ampliada sobre saúde, o entendimento da vigilância em saúde e suas atribuições se converteram em prática no decorrer da formação: alguns servidores assumiram a Gerência de Fatores de Risco Não-biológico (GFRNB) e passaram a atuar de forma mais específica em ações de mapeamento, monitoramento e prevenção às enchentes, contaminação do solo e desastres, e outros retornaram à sala de aula na função de tutores, preceptores e docentes. Percebe-se, portanto, que a formação técnica em VS foi também uma forma de valorização dos educandos-trabalhadores.

Outra questão relevante, que justifica este projeto no tema indicado, é a pouca produção acadêmica voltada para analisar a PNVS e a formação técnica em VS. Do mesmo modo, diálogos recentes com professores-pesquisadores do Lavsa da EPSJV apontam não haver pesquisas que estabeleça relação do CTVISAU com a PNVS. Assim como pela proposta de discutir a interface dos 3 campos de estudo tão caros a este mestrado: Educação, Saúde e Trabalho.

No atual contexto de desmonte do SUS é urgente formar trabalhadores comprometidos com a saúde pública, que sejam resistentes diante dos retrocessos na política de Atenção Básica (AB). Os

---

<sup>6</sup> É importante destacar que o marco legal que orienta as ações de vigilância em saúde no município do Rio de Janeiro é a Portaria Ministerial nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009, revogada pela Lei nº 1378, de 09 de julho de 2013 (BRASIL, 2013). Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/vigilancia-em-saude>>. Acesso em: 08 set. 2021.

avanços que o município do Rio de Janeiro alcançou na AB no período 2008-2015 estagnaram e até retrocederam nas últimas gestões municipais, inclusive no diálogo com a categoria dos agentes de saúde.

O tema pesquisado tem sido bastante discutido pela Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), pois em dezembro de 2020 o governo federal instituiu o Programa Saúde com Agente (BRASIL, 2020c), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Conasems. É destinado à formação técnica dos ACS e dos ACE, e foi criado em atenção às leis que ampliaram as atribuições desses agentes.

O início das aulas ocorreu em agosto do corrente ano, no formato semipresencial, com carga horária de 1.275 horas e duração mínima de 10 meses. De acordo com informações do site<sup>7</sup> a iniciativa visa melhorar os indicadores de saúde, a qualidade e a resolutividade dos serviços da APS aos brasileiros. Também reforça a valorização dos Agentes, que desempenham papel relevante como educadores para a cidadania na Saúde, por meio de maior atuação na prevenção e no cuidado das pessoas. O intuito é que esses profissionais tenham um olhar apurado sobre informações coletadas nas residências e saibam orientar melhor os moradores que necessitam de atendimento.

A RET-SUS emitiu uma Nota Técnica em 21 de maio de 2021, a fim de obter esclarecimentos no que se refere à exclusão das instituições integrantes da Rede (Escolas Técnicas, Escolas de Saúde Pública e Centros Formadores do SUS), aos aspectos pedagógicos do programa e às responsabilidades dos municípios para a adesão ao programa. Percebe-se que tais processos formativos enfraquecem a proposta de formação em Vigilância em Saúde defendida pela Rede<sup>8</sup>.

Esta pesquisa ganha ainda mais sentido com o convite recebido em janeiro de 2021 para integrar o projeto de pesquisa da Rede PMA APS “Vigilância em Saúde (VS) e a territorialização: modelo de atenção reorientador de práticas e saberes na Atenção Primária à Saúde (APS)” coordenado pelos pesquisadores Grácia Gondim e Maurício Monken, cujo objetivo é analisar a racionalidade conceitual e técnica da Vigilância em Saúde e da territorialização de informações como modelo e metodologia integradores de saberes e práticas no âmbito da APS. O projeto será

---

<sup>7</sup> Para saber mais sobre o curso Saúde com Agente acesse <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/deges/programa-saude-com-agente>>.

<sup>8</sup> Ver debate na matéria intitulada “Programa Saúde com Agente divide opiniões e expectativas”. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/programa-saude-com-agente-divide-opinioes-e-expectativas>>. Acesso em: 10 maio 2022.

desenvolvido no município do Rio de Janeiro, devido à aproximação que o Lavsa tem com a SMS-RJ desde 2010 na formação técnica dos ACE em VS. E seu término está previsto para agosto de 2023.

Por fim, faz-se necessário pontuar as condições adversas nas quais este mestrado ocorreu: a pandemia da Covid-19. A turma 2020 ou “turminha pandêmica” como ficou conhecida, teve apenas 1 semana de aula presencial, quando foi declarada a necessidade do fechamento dos sistemas educacionais em 194 países<sup>9</sup> e o isolamento social foi uma das principais medidas sanitárias para conter o avanço da disseminação da doença causada pelo Sars-CoV-2, a Covid-19. O impacto desta crise sócio-sanitária histórica será pontuada no capítulo que aborda as políticas públicas de saúde e os modelos de atenção à saúde.

---

<sup>9</sup> Cerca de 1,5 bilhão de estudantes e jovens em todo o planeta estão sofrendo ou já foram afetados pelo impacto do fechamento de escolas e universidades devido à pandemia da Covid-19 (91,3% da população mundial de estudantes). Disponível em: <<https://pt.unesco.org/covid19/educationresponse/globalcoalition>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa descritiva visa discorrer e gerar novos conhecimentos científicos para o campo da formação profissional em saúde e da Vigilância em Saúde. O processo de elaboração do conhecimento não é particular, mas elaborado pelo conjunto dos sujeitos sociais, isto é, o conhecimento é histórico e social. “Histórico, porque cada conhecimento novo é um aprofundamento de conhecimentos anteriores; e social, porque nenhum sujeito constrói um conhecimento totalmente novo” (TOZONI-REIS, 2010, p. 113).

A pesquisa tem uma abordagem qualitativa, por entender que esta se ocupa do universo de significados das ações e relações humanas, servindo de subsídio para a compreensão de fenômenos em seu ambiente natural, onde esses ocorrem e do qual faz parte. Além de permitir ao pesquisador maior apropriação de todos os processos e resultados obtidos. É capaz de incorporar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 1994). Segundo os autores Ramires e Pessôa:

A pesquisa qualitativa tem como identidade o reconhecimento da existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, de uma interdependência viva entre sujeito e objeto e de uma postura interpretativa, constituindo-se como um campo de atividade que possui conflitos e tensões internas (2013, p. 25).

Turato (2005) constatou que tem crescido consideravelmente o interesse e as produções de pesquisas qualitativas no campo da saúde. E acrescenta “no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas” (p. 509). Reforça ainda, que “o pesquisador é o próprio *instrumento* de pesquisa, usando diretamente seus órgãos do sentido para apreender os objetos em estudo, espelhando-os então em sua consciência onde se tornam fenomenologicamente representados para serem interpretados” (p. 510, grifo no original).

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador usar uma variedade de procedimentos e instrumentos de produção de informações, nessa, utilizamos a pesquisa documental. Por identificar que os documentos institucionais selecionados (fontes primárias) carecem de análises mais detalhadas. As vantagens deste tipo de pesquisa são a estabilidade da fonte, a exatidão de informações e a comparação de documentos produzidos em espaços temporais distintos. Alonso (2016) aponta que este tipo de fonte exige do pesquisador uma minuciosa triagem e avaliação crítica, a fim de

estabelecer a fidedignidade e representatividade do material que está sendo pesquisado. E que o “método qualitativo exige o uso esmerado da linguagem, o domínio da língua é seu trunfo, os resultados das pesquisas qualitativas para lograrem rendimento completo precisam de texto narrativo” (*Ibidem*, p. 20).

Na primeira fase desta pesquisa realizamos uma revisão bibliográfica, no período de março de 2020 a março de 2022, por meio de consultas em bases de dados eletrônicas (Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO, site do PPG da EPSJV, ARCA, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e Biblioteca Emília Bustamante). Adotamos as seguintes palavras-chaves: Vigilância em Saúde; processos formativos; Auxiliar ou Agente de Controle de Endemias; formação profissional; PNVS; Curso Técnico de Vigilância em Saúde. Não utilizamos trabalhos que não estavam em língua portuguesa. Marconi e Lakatos (2007) afirmam que esta fase é imprescindível para qualquer pesquisa, seja documental ou não, pois é neste momento que se coletam informações prévias sobre o campo de interesse e permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto.

Nessa fase identificamos uma vasta produção sobre educação profissional em saúde, Vigilância em Saúde, processos de trabalho dos ACE. Entretanto, não constatamos estudos que correlacionem a formação técnica em Vigilância em Saúde conduzida pela EPSJV e a PNVS, até mesmo por essa ser recente. Especificamente sobre a PNVS encontramos um artigo que aponta para os desafios da sua implementação (GUIMARÃES *et al.*, 2017), outros estudos abordam distintas análises, tais como: formação profissional do ACE (ALMEIDA, 2012; SOUZA, 2021), identidade e valorização profissional dos técnicos de vigilância em saúde (TORRES, 2009; MULATINHO, 2016; LIMA, 2016; PEREIRA JUNIOR, 2018; FONTENELLE, 2018), análises de currículos e demais especificidades do Proformar, cursos técnicos de vigilância em saúde e EdpopSUS (SILVA, 2008; MOREIRA, 2012; REIS, 2013; VICENTE, 2014; ARJONA, 2015; LUCENA, 2016; MOREIRA, 2016). O material aludido foi essencial para uma profunda reflexão sobre as lacunas e necessidades de estudar a PNVS.

A segunda fase concentra o cerne desta pesquisa que é a análise documental e de conteúdo da Política Nacional de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2018b), que está disponível no site do governo federal e do Plano de Curso do CTVISAU (EPSJV, 2012), disponibilizado pela coordenação do Lavsa/EPSJV. O método da análise documental consiste em um intenso e amplo exame de diversos materiais (fontes primárias), que não receberam tratamento analítico/científico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. Silva e Mendes (2013, p. 210) apontam que

este método “constitui uma rica fonte de dados e informações, porque estes foram produzidos a partir de determinado contexto histórico e socioeconômico e, mesmo existindo há vários anos ou décadas, ainda são capazes de retratar esse contexto e fornecer conhecimentos sobre ele”. Os documentos escolhidos visam delimitar o universo que será pesquisado e as perguntas, que o pesquisador elabora ao documento, são tão importantes quanto o próprio documento, conferindo-lhes sentido (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015).

Os autores Carlomagno e Rocha (2016) nos auxiliam a criar e classificar categorias para realizar a análise de conteúdo. Contudo é importante salientar a divergência que apontam entre Harold Lasswell e Laurence Bardin, segundo os autores, a análise de conteúdo foi criada por Lasswell e seus colegas norte-americanos durante a Segunda Guerra Mundial, e tinha por objetivo sintetizar e compreender o conteúdo dos argumentos usados por jornais e propagandas inimigos. E acrescentam:

Na literatura brasileira, usualmente artigos que utilizam análise de conteúdo fazem referência a Bardin (2011 [1977]), o *prefereti* dos sociólogos brasileiros. A despeito disto, defendemos aqui nos atermos à perspectiva norte-americana, que é, de fato, o clássico fundador desta área. Acreditamos que este status de citação quase unânime de Bardin é superestimado. Não há praticamente nada nesta autora que já não estivesse em Lasswell e em seus co-autores e colegas de pesquisa – ou nos metodólogos norte-americanos. Já temos, portanto, os aspectos fundamentais de que precisamos com as lições ensinadas pelos *founding fathers* desta metodologia, bem como pelos atuais metodólogos que os seguiram (p. 175, grifos no original).

A metodologia da análise de conteúdo nos permite classificar e categorizar diversos tipos de conteúdo, refinando suas características a elementos-chave (CARLOMAGNO; ROCHA, 2016). Essa metodologia é muito utilizada no plano da comunicação social, principalmente para mensurar estratégias argumentativas em campanhas eleitorais. Mas também é bastante aplicada na análise documental, conforme aponta Pimentel (2011), e em outras áreas, como enfermagem e educação. Outro conflito entre os autores Lasswell e Bardin é quanto à natureza deste tipo de análise, para a literatura norte-americana é *quantitativa*, para a brasileira é *qualitativa*.

A designação se seu método é quantitativo ou qualitativo se refere a como você sistematiza os dados com os quais trabalha, não a natureza de sua análise. Não importa que, por exemplo, ao identificar os argumentos presentes em determinada mensagem, você esteja verificando “qualidades” deste objeto. Se você sistematiza (e de alguma forma quantifica) estas informações em uma planilha, banco de dados ou em uma folha de caderninho, esta pesquisa é, portanto, quantitativa-categórica (CARLOMAGNO; ROCHA, 2016, p. 177).

Sobre as regras de criação e classificação de categorias coerentes de análise, os autores, as elencam em 5 etapas: 1) devem existir regras claras e objetivas de inclusão e exclusão nas categorias,

o significado destas categorias deve ser explicitado aos leitores; 2) as categorias precisam ser mutuamente excludentes, nenhuma unidade de análise pode se encaixar em duas ou mais categorias; 3) as categorias não podem ser muito amplas, sendo seu conteúdo homogêneo entre si; 4) as categorias devem contemplar todos conteúdos possíveis e “outro” precisa ser residual, a esta regra os teóricos dão o nome formal de “exaustividade”; 5) a classificação deve ser objetiva, não passível de ser codificada de forma diferente a depender da interpretação do analista, a esta ideia os metodólogos da análise de conteúdo chamam “confiabilidade”. E discutem o equilíbrio entre comparabilidade e adaptabilidade na criação de categorias.

Após a coleta, os procedimentos metodológicos a serem seguidos na análise são: a caracterização de documento, a codificação, os registros, a categorização e a análise crítica. Para a análise dos dados recorreremos à técnica de análise de conteúdo, que Bardin define como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN *apud* KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015, p. 245).

Nesta análise, inicialmente foi realizada uma leitura flutuante (MINAYO, 1994) para apreender as ideias centrais e identificar os temas recorrentes nos documentos. De acordo com Kelly-Santos (2009, p. 24) esta etapa inicial permite analisar e descrever os documentos quanto ao título, a instituição produtora, a data, os temas principais e secundários, o objetivo, o público para o qual se destina, o formato do material e gênero, conforme sistematizado no Quadro 1 do capítulo 3. Após a primeira classificação outras leituras mais aprofundadas foram realizadas dos materiais selecionados, para a codificação e categorização das unidades temáticas, que foram organizadas e agrupadas em diferentes núcleos de sentidos (MINAYO, 1994), presentes nos Quadros 2, 3, 4 e 5, do mesmo capítulo.

Temos como proposta adaptar a análise de conteúdo de Bardin, ressaltando referências baseadas nos conceitos e temas desenvolvidos nesta pesquisa visando identificar e traduzir os elementos essenciais encontrados nos documentos escolhidos. Utilizaremos as categorias *Vigilância em Saúde* e as subcategorias *território, análise de situação de saúde, intersetorialidade, planejamento, participação e controle social, e processo formativo*, para agrupar os achados da análise de conteúdo. Na categoria *Vigilância em Saúde* é importante compreender qual concepção é defendida, pois há muita divergência teórica. Sobre *processo formativo*, incluiremos palavras do

mesmo campo semântico, como curso, capacitação, treinamento, educação permanente, considerando que também há muita disputa em cada conceito.

A organização da dissertação em dois grandes blocos nos permitirá, no primeiro, discutir alguns aspectos da Saúde: modelos explicativos do processo saúde-doença, políticas públicas de Saúde, os modelos de Atenção à Saúde no Brasil e as ações de vigilância em saúde, e por fim a categoria profissional do ACE e sua atuação no controle de doenças. No segundo, as especificidades da Educação Profissional: dualidade educacional, Educação Profissional em Saúde e a importância da EPSJV no processo formativo para área da Vigilância em Saúde.

Compreendemos que estruturar a pesquisa com esta base teórica nos trariam as categorias de análise que permitiriam estudo e debate para os campos da Saúde e da Educação. Ressaltando que não se fará uma aplicação rigorosa de todas as etapas previstas no método da análise de conteúdo de Bardin. Mas, daremos ênfase em identificar as categorias de análise para fazer a investigação nos documentos, que sejam pertinentes para compor os campos da formação técnica e da Vigilância em Saúde.

Por fim, apresentaremos os dados coletados e analisados, que respondam aos objetivos desta pesquisa.

## 1 CAPÍTULO 1 – SAÚDE PÚBLICA E O CONTROLE DE DOENÇAS

Este capítulo visa apresentar um breve histórico dos modelos explicativos do processo saúde-doença situando-os no contexto histórico dos processos produtivos da sociedade, seguido pelo debate de políticas públicas de saúde no Brasil, da 1ª República aos dias atuais, em plena pandemia da Covid-19 e ao crescente ataque à Atenção Básica. O subcapítulo posterior abordará os modelos de Atenção à Saúde no Brasil e as ações de vigilância em saúde da década de 1990 até 2021 e por fim o trabalho em saúde e no controle de doenças realizado pelo Agente de Combate às Endemias.

### 1.1 HISTÓRICO DOS MODELOS EXPLICATIVOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A compreensão do processo saúde-doença mudou muito ao longo da história, embora sempre vinculado aos diferentes modos de produção e reprodução das sociedades humanas. De uma visão mágico-religiosa, perpassando pela medicina hipocrática, pelo entendimento da doença como castigo divino, a Medicina Social, os modelos Unicausal e Multicausal, a produção social da saúde e da doença, a saúde como ausência de doença, a saúde como completo bem-estar e, por fim, a saúde como um valor social (conceito ampliado) (BATISTELLA, 2007a; LUZ, 2009).

Os homens primitivos organizavam-se em bandos nômades, buscavam água e alimentos que mantivessem sua sobrevivência. Inicialmente saúde e doença eram atribuídas à divindade (ao pensamento mágico ou religioso), os fenômenos da natureza eram entendidos como castigo ou retribuição. As doenças e agravos que não pudessem ser entendidos como inerentes às atividades cotidianas – quedas, cortes e lesões obtidas durante as caçadas – eram explicados pela ação sobrenatural de deuses ou de demônios e espíritos malignos mobilizados por um inimigo (BATISTELLA, 2007a).

Cerca de 3.000 anos antes de Cristo (*a.C.*), a doença era vista como consequência de um desequilíbrio entre os elementos que formavam o corpo humano (humores) e que a causa do processo de adoecimento estava na relação do organismo humano com a natureza. Nas diferentes culturas, as práticas de cura eram ministradas por líderes espirituais: adivinhos, feiticeiros, benzedeiros, curandeiros, xamãs, pajés e sacerdotes incas. E tornavam-se mais elaboradas a partir do registro dessas, aglutinavam tratamentos mágicos e religiosos com regras de vida, em especial as dietéticas (PALMEIRA *et al.*, 2004), consonante relata Batistella:

Encarregados de realizar a cura, erradicando o mal e reintegrando o doente a partir de diferentes recursos extáticos de convocação, captura e afastamento dos espíritos malignos, os curandeiros valem-se de cânticos, danças, instrumentos musicais, infusões, emplastros, plantas psicoativas, jejum, restrições dietéticas, reclusão, tabaco, calor, defumação, massagens, fricção, escarificações, extração da doença pela provocação do vômito, entre outros recursos terapêuticos (2007a, p.29).

Conforme os grupos humanos tornaram-se sedentários e fixaram-se em regiões próximas a rios e vales férteis, iniciou-se um processo de poluição, acúmulo de lixo, que atraíam muitos insetos. O crescimento da população e as novas formas de contato provocaram o surgimento de doenças antes desconhecidas. A própria domesticação dos animais, seja para auxílio no plantio, seja como fonte regular de proteínas, favoreceu o surgimento de outros males, ocasionados por microrganismos, vermes e parasitas. Doenças como a varíola e a tuberculose migraram do gado para os seres humanos, porcos e aves transmitiram a gripe, e o cavalo, o resfriado comum (PALMEIRA *et al.*, 2004).

Os gregos são os responsáveis pelo rompimento da visão religiosa (da superstição e das práticas mágicas) e pela formulação de uma medicina baseada em explicações racionais para os fenômenos de saúde e doença. Identificaram que aspectos naturais (frequência da chuva, intensidade do calor e do frio) e aspectos sociais (trabalho, lazer, posição social) estavam relacionados ao processo saúde-doença. Hipócrates e outros médicos da época redigiram vários textos, conhecido como Corpo Hipocrático, que se fundamenta na concepção dos humores e de sua relação com o ambiente físico.

Em seu mais famoso livro: *Ares, Águas e Lugares*, Hipócrates chamará de ‘endêmicas’ aquelas doenças em que observou a ocorrência de um número regular e contínuo de casos entre os habitantes de uma comunidade, e de ‘epidemia’ o surgimento repentino, explosivo, de um grande número de casos em uma população. Ele atribui como fatores responsáveis pela endemicidade local o clima, o solo, a água, o modo de vida e a nutrição. Essa observação terá um importante aspecto prático, conduzindo e orientando as atitudes e a organização das comunidades gregas no sentido da prevenção das doenças por ocasião da conquista de novos territórios ao Leste e Oeste. Datam daí os primeiros contratos de médicos municipais, que em comunidades maiores deixavam de exercer seu ofício de forma itinerante. Além das práticas curativas, esses médicos já atuavam no sentido da preservação da harmonia e do equilíbrio entre os elementos constituintes do corpo humano. As ações de higiene e de educação em saúde estavam baseadas na recomendação de um modo ideal de vida, em que nutrição, excreção, exercício e descanso eram fundamentais (BATISTELLA, 2007a, p. 32).

Algumas ações assistenciais, defendidas pelos hipocráticos, são muito presentes até os dias de hoje: observação do ambiente onde se encontra o doente e atenção aos líquidos do corpo – suor, saliva, urina; a exploração do corpo (ausculta e manipulação sensorial), anamnese, o entendimento do problema e os procedimentos terapêuticos.

As descobertas da medicina grega foram assimiladas pelo Império Romano, que deixou como contribuição construções de sistemas de esgotos e de banhos públicos, suprimento de água e outras instalações que melhorassem as condições sanitárias das cidades. Os romanos identificaram também que as atividades laborais poderiam estar relacionadas a determinadas doenças e agravos, o que atualmente chamamos de saúde dos trabalhadores (PALMEIRA *et al.*, 2004).

A chegada do cristianismo modificou as concepções sobre saúde e doença, introduziu o pecado como motivador das doenças, uma forma de reparação dos desvios humanos. Como este mundo representava apenas uma passagem para purificação da alma, as doenças passaram a ser entendidas como castigo de Deus, expiação dos pecados ou possessão do demônio. O bem-estar físico tornou-se secundário frente à salvação espiritual. Sendo Jesus Cristo o legítimo médico que curava os males do corpo e da alma, as práticas de cuidado e cura ficaram sob a responsabilidade dos religiosos (*Ibidem*, 2004).

Palmeira e autores (2004) relatam que durante a Idade Média (500-1500 *d.C.*) a medicina misturou-se à religião, na Europa surgiram templos cristãos dedicados a santos e mártires que haviam se voltado para a cura. A partir do século XII a medicina clássica recupera sua atuação e as atividades de cura dividiam-se entre diversos personagens, dentre eles: herboristas (elaboravam e receitavam produtos à base de ervas), barbeiros (extraíam dentes e executavam operações), adivinhos etc. Esses atendiam a maioria da população, entretanto eram combatidos pelos médicos que os viam como charlatães e enganadores da boa-fé do povo. Os médicos formados nas novas universidades, baseados na medicina hipocrática-galênica e conhecedores do organismo humano, tinham sua clientela composta por membros das camadas sociais mais elevadas, que podiam pagar por seus serviços. Foi um período marcado por grandes epidemias e outras doenças: peste bubônica, varíola, sarampo, erisipela, lepra, difteria, sarampo, tuberculose e carbúnculo.

Nesse período surgem os primeiros hospitais originados da igreja, com objetivo de acolher os pobres e doentes, e a instituição da quarentena<sup>10</sup> como forma de frear a propagação das doenças. Esse termo tornou-se muito comum na atualidade, devido à pandemia da Covid-19. Foucult (*apud* BATISTELLA, 2007a, p. 36) narra que,

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso.

<sup>10</sup> Conjunto de medidas e restrições que consistia especialmente no isolamento, por períodos de tempo variáveis, de indivíduos e mercadorias provenientes de regiões onde grassavam epidemias de doenças contagiosas.

Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. (...) E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação.

A igreja preservou grande parte do conhecimento de higiene e saúde da civilização greco-romana e ao no final da Idade Média alguns mosteiros começaram a abrigar as primeiras universidades.

A partir do século XV, período inicial do Renascimento, novas ideias e expressões artísticas colocavam o ser humano em destaque (antropocentrismo) em oposição ao teocentrismo. No campo da saúde, as verdades dogmáticas perpetuadas pela força da igreja dão lugar à revolução científica, passam a ser desenvolvidos estudos de anatomia, fisiologia, e de individualização da descrição das doenças, fundada na observação clínica e epidemiológica, experimentação e método. A experiência acumulada pelos médicos forneceu elementos para a especulação sobre a origem das epidemias e o fenômeno do adoecimento humano. Somente no final do século XVIII, com o surgimento da anatomia patológica, que nascerá a medicina moderna. Mesmo com o surgimento de novas teorias médicas, a terapêutica permaneceu sem grandes modificações, até o séc. XIX a medicina oriental continuou a administrar elixires, sangrias e outros expedientes (BATISTELLA, 2007a; PALMEIRA, *et al.*, 2004).

As cidades assumem grande importância econômica e política, após o término do modelo feudal de sociedade e a expansão comercial. “A introdução da máquina a vapor intensifica o ritmo produtivo, as fábricas passam a demandar mais mão de obra, e as cidades crescem nas periferias. O corpo, tomado como meio de produção pelo capitalismo emergente, será objeto de políticas, práticas e normas” (BATISTELLA, 2007a, p. 40). Diversos países na Europa investiram em reformas sanitárias urbanas, higiene militar, criação de novos hospitais e na elaboração de leis que assegurassem mínimas condições de saúde para a população trabalhadora. Seria o início da Vigilância em Saúde do trabalhador?

É no séc. XVIII que os governos começam a responsabilizar-se pela saúde da população. Nessa época são elaboradas formas de registros sobre nascimentos, mortes e tipos de doenças contraídas, essas informações auxiliavam os governantes a compreender e intervir nos problemas de saúde, assim como fez o médico inglês John Snow no estudo da cólera (PALMEIRA *et al.*, 2004). Tais registros são essenciais para o que hoje conhecemos da Vigilância Epidemiológica.

A medicina social surge não somente para promover a cura do indivíduo, mas para manter a saúde da população. Entre o final do séc. XVIII e início do XX houve o retorno de muitas epidemias:

peste, varíola, malária, febre amarela, cólera e gripe. Para a medicina de então, a questão mais importante passou a ser o conhecimento das formas de transmissão das doenças epidêmicas. Os conceitos contágio e infecção foram explicados através da “teoria miasmática”, isto é, elementos nocivos que estavam no ambiente geravam as doenças: os miasmas. Em meados do século XIX, os conhecimentos do campo da biologia e da química tornaram-se mais próximos ao campo médico, um fato importante foi o desenvolvimento da microbiologia. Louis Pasteur concluiu que seres microscópicos eram responsáveis pela transmissão de algumas doenças epidêmicas. O químico francês chegou a elaborar as primeiras vacinas contra doenças animais e a primeira de uso humano - a vacina contra a raiva. Os avanços no campo da bacteriologia permitiram a elaboração de vacinas e tiveram êxito no controle de diversas doenças, que antes causava medo e morte às diversas sociedades (*Ibidem*, 2004).

Palmeira *et al.* (2004) narra que no final do séc. XIX, vários médicos sanitaristas dedicaram-se ao estudo da bacteriologia e às expedições para regiões do interior do país, o que ampliou o conhecimento sobre as formas de adoecimento e morte das populações, Oswaldo Cruz e Carlos Chagas foram destaques nessas descobertas. Com o avanço dos estudos, a medicina aceitou que para cada doença havia um agente específico para ser combatido através de vacinas e produtos químicos. Esta teoria ficou conhecida como Unicausal e tinha por características: a existência de apenas uma causa (agente) para cada agravo ou doença, a existência de um agente que origina ou provoca o adoecimento e o desinteresse pelas evidências relacionadas às condições de vida. Essa teoria fomenta uma prática médica majoritariamente curativa e biologicista, desconsiderando aspectos sociais relacionados à saúde e a doença. Com o passar do tempo o modelo Unicausal foi se esgotando, já que não respondia às necessidades sociais da saúde.

Os sanitaristas Leavell e Clark propuseram o Modelo Ecológico, que era composto por três elementos que se relacionam e condicionam o desenvolvimento da doença: o ambiente, o agente e o hospedeiro. Esses estão interligados em um estado de harmonia, quando há a quebra do equilíbrio do sistema ocorre a doença. A compreensão de que há diversos elementos que geram o adoecimento dará início à teoria Multicausal, que tem como características: o processo saúde-doença é explicado por diversos fatores, utiliza a estatística para relacionar as diversas causas, estabelece relações quantitativas entre os fatores causais; tem a base teórica voltada para o biológico e o científico, entretanto não leva em conta aspectos sociais, além de não direcionar para uma nova prática médica (*Ibidem*, 2004).

Doravante os anos 1960, buscava-se compreender a saúde e a doença através do entendimento das condições econômicas e sociais nas quais as pessoas viviam e trabalhavam, a esta nova abordagem deu-se o nome Determinação Social da saúde/doença. Esta articula todas as dimensões da vida das pessoas, desde as biológicas, até as vinculadas à estrutura da sociedade. Batistella explica que,

A construção de um novo marco explicativo que supere a concepção biologicista linear de simples causa-efeito aponta o papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou doença. A noção de 'causalidade' é substituída, do ponto de vista analítico, pela noção de 'determinação', com base na qual a hierarquia das condições ligadas à estrutura social é considerada na explicação da saúde e doença. Está vinculada à compreensão dos 'modos e estilos de vida', derivados não só das escolhas pessoais, como de fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço (2007a, p. 47)

Com a Conferência de Alma-ata em 1978 o conceito de saúde deixa de ser apenas “ausência de doença”, para um conceito mais abrangente “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 2002). Avança-se na compreensão do processo saúde-doença-cuidado quando se discute o conceito de Promoção da Saúde, apresentado na carta de Otawa em 1986 que tem como objetivos cinco eixos de ação para a promoção da saúde, quais sejam: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Segundo Monken (2003, p. 19) “a promoção da saúde está relacionada a aspectos globais da comunidade – com maior expressividade fora da prática médica – e, a prevenção das doenças é uma atividade eminentemente médica [...], visando a responsabilização mútua para os problemas e as soluções.”

Por fim, o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde apresenta a Saúde como resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. E traz como princípios e diretrizes do SUS a universalidade (atendimento de toda a população brasileira), a integralidade (conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos), a equidade (atendimento de forma igualitária, porém, contemplando a multiplicidade e a desigualdade das condições sócio-sanitárias da população), a descentralização, a regionalização e a participação social, através de conselhos de saúde (locais, municipais e estaduais), com a finalidade de intervir no planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde (BATISTELLA, 2007a e 2007b; SOLLA, 2006).

## 1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

*“O que desejamos é (...) que a saúde não se torne uma mercadoria”  
Padre Pedrinho Guareschi - CNBB, 8ª CNS*

Este subcapítulo visa apresentar um breve histórico dos modelos de atenção à saúde e das políticas públicas de Saúde, desde a Primeira República até os dias atuais, trazendo para discussão o processo de centralização e descentralização das ações, além das práticas de promoção e prevenção da saúde. Como também, elencar os ataques às políticas sociais de saúde no Brasil, em especial aquelas direcionadas à AB, como a Política Nacional de Atenção Básica 2017 (PNAB) e outros documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, dentre eles: Previnhe Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária, Carteira de Serviços e a recente Política Nacional de Saúde Suplementar para o Enfrentamento da Covid-19.

As políticas públicas, por definição, são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos nacional, estadual ou municipal que afetam a todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independente de sexo, cor, religião ou classe social. A política pública deve ser construída a partir da participação direta ou indireta da sociedade civil, visando assegurar um direito a determinado serviço, ação ou programa. No Brasil, o direito à saúde é viabilizado por meio do SUS que deverá ser universal, integral e gratuito.

No período da Primeira República, de 1889 até 1930, com o fim da escravidão e a chegada dos imigrantes para trabalhar no plantio do café e nas fábricas, era necessário controlar as epidemias, sanear os portos, construir estradas. No início do séc. XX Oswaldo Cruz assumiu a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) e criou o Instituto Soroterápico de Manguinhos, para produção de vacinas. Adotou como modelo de saúde pública “campanhas sanitárias”, com o objetivo de controlar as epidemias urbanas e rurais, dentre elas febre amarela, varíola, cólera, tuberculose e pestes. Consistia numa política centralizada na esfera nacional, tecnoburocrática, vertical e corporativista. Com o decorrer dos anos a população inconformada com as práticas autoritárias, não aceitou os métodos invasivos e radicais propostos por essa política, o que ocasionou na Revolta da Vacina em 1904 (LUZ, 1991).

Nesse período os trabalhadores e grande parte da população não tinham assistência médica, precisavam recorrer às benzedadeiras e ao atendimento filantrópico nos hospitais de caridade mantidos pela igreja. Insatisfeitos com as más condições de trabalho, operários das indústrias têxteis iniciaram

greve nas cidades Rio e São Paulo em 1917, após dois anos de muitas paralisações gerais, grevistas fizeram acordo com patrões e retornaram ao trabalho. Em 24 de janeiro de 1923 foi publicada a lei Elói Chaves que consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias, dando a esses assistência médica e após alguns anos de trabalho, a aposentadoria. Quanto ao modelo de saúde iniciava-se a construção dos Centros de Saúde que visavam uma abordagem social e educativa, contrapondo-se às práticas higienistas e policialescas. O médico sanitarista e as educadoras sanitárias assumiram os papéis dos guardas, inspetores e delegados de saúde.

O período Populista, dos anos 30 aos 50, teve como personagem principal Getúlio Vargas, logo no início de seu governo criou o Ministério do Trabalho, Indústria e do Comércio, pelo decreto nº 19.433, de 26 de novembro de 1930. Getúlio realizou várias mudanças nas políticas sociais, centralizou e uniformizou as estruturas de saúde, criou os Institutos de Aposentadorias e Pensões dos marítimos (IAP), em substituição as Caixas de Aposentadorias e Pensões. Contudo os Institutos favoreciam apenas algumas classes de trabalhadores urbanos, quanto o acesso aos serviços de atenção médica, aposentadoria e pensão. A presidência dos IAP contava com a participação da sociedade civil, através dos representantes sindicais. Com o volume arrecadado, os recursos dos IAP foram aplicados pelo governo no financiamento da industrialização do país.

Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a partir de acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, tendo como funções, o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas, como a borracha da região amazônica e o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce. No âmbito da saúde, o modelo dos Centros de Saúde sofre oposição de médicos e especialistas, a influência dos americanos levou o Brasil a adotar um modelo hospitalocêntrico, investindo em grandes hospitais, com médicos especialistas, medicamentos e equipamentos específicos. Sobre a política populista, ainda se observava: “centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; clientelismo, populismo e paternalismo, do lado de instituições da previdência social, incluindo as de atenção médica.” (LUZ, 1991, p. 140).

No período do Desenvolvimento, anos 50 e 60, Getúlio volta ao poder através do voto popular e realiza inúmeras mudanças nas políticas públicas. Cria o Ministério da Saúde, que visava fortalecer as ações de saúde pública, por meio dos modelos campanhista e curativista. A perspectiva desenvolvimentista alimenta-se da matriz informacional da comunicação, contudo tem uma missão de superar a pobreza, a ignorância, a falta de condutas adequadas e hábitos saudáveis. Vê na informação a mola motriz do progresso. É válido destacar que o contexto nacional brasileiro reforçava

esta perspectiva com o governo de Juscelino Kubitschek e sua ideologia desenvolvimentista (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Uma nova dicotomia se estabelece: saúde pública versus atenção médica individual. Surge uma discreta discussão sobre a descentralização das políticas sociais, mas ela não se efetiva (LUZ, 1991; *idem*, 2000). A unificação dos IAP gerou discordância dos trabalhadores, pois alguns Institutos ofereciam hospitais melhores que outros. O que gerou insatisfação de algumas empresas com o atendimento médico que os Institutos poderiam ofertar. Sendo assim, inaugura-se a medicina de grupo, empresas médicas que oferecem serviços privados aos trabalhadores.

No decorrer da Ditadura Militar, 1964 até 1984, perpassado pelo 'milagre econômico' (1968 até 1974) ocorre redução do financiamento, atrelamento a lógica privatizante dos equipamentos médicos, a centralização e a concentração do poder institucional apresentam-se fortemente neste período. No ano 1966, cria-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), consolidando, assim, num modelo médico-assistencial privatista. O montante arrecadado pelo INPS é destinado a grandes obras e linhas de financiamento a fundo perdido para empresas médicas investirem na construção de novos hospitais. O governo federal amplia aos trabalhadores rurais o direito à assistência médica e aposentadoria. Onze anos depois surge o Sistema Nacional da Previdência Social, juntamente com o INAMPS (LUZ, 1991; *idem*, 2000).

Na conjuntura política vigente à época a saúde passa a ser objeto de consumo. O capitalismo ganha mercado na área da saúde, surgem clínicas e hospitais privados, além da grande procura por consultas médicas, há uma crescente especialização e sofisticação tecnológica vinculada às indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. A população mais desfavorecida economicamente, não tinha acesso a este serviço de saúde. Isso originou muita revolta, não só da população, como também dos profissionais médicos do serviço público, que realizaram diversas manifestações. Surgem, então, movimentos sociais, compostos por profissionais de saúde, e logo por segmentos da sociedade civil, que visam a mudança de tais políticas de saúde (LUZ, 1991; *idem*, 2000).

Enfim a década de 80, a população insatisfeita com tantas crises das políticas de saúde e sociais “como a da Previdência Social, que se refletiu em três vertentes principais: a crise ideológica, o PREV-Saúde; a crise financeira; e a crise político-institucional, o CONASP” (MENDES, 1993, p. 48) realizou manifestações públicas junto ao Congresso, com o objetivo de conquistar direitos que assistissem a todos, gerando assim uma cidadania plena. Inaugura-se a Nova República e a Luta pela Reforma Sanitária, 1985 a 1989, marcada pela busca da descentralização do poder e pela participação

da população, almejando alcançar um Estado democrático. As Ações Integradas de Saúde (AIS) implantadas em 1983 e o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) de 1987 foram alguns dos programas que buscavam a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde (MENDES, 1993; SOLLA, 2006).

A construção do SUS ocorreu durante o processo de redemocratização do Brasil, na década de 1980. Esse processo de luta pela formulação de um sistema de saúde público foi liderado por trabalhadores; intelectuais; entidades de profissionais de saúde; estudantes; partidos políticos; sindicatos; centrais sindicais e outras entidades da sociedade civil, e o seu lema “[...] ‘Saúde é Democracia’ embalou as proposições da Reforma Sanitária difundida durante a preparação e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986” (BAHIA, 2009, p. 358). No entanto, a consolidação do SUS teve/tem suas contradições.

Dantas (2020, p. 163) sinaliza que “a conquista do direito universal à saúde implicou o dever do Estado no financiamento, regulação e coordenação do Sistema, mas ao mesmo tempo garantiu a mercantilização de um direito com a presença da saúde privada como coexecutora de ações e serviços de saúde”. Desde o início, o SUS é marcado por projetos e interesses políticos e societários diferentes – interesses do capital x interesses da classe trabalhadora e suas frações: um sistema privado e com lógica empresarial, em oposição a um sistema de fato público e universal. Vemos, então, que a conquista do SUS e seu arcabouço legislativo não foram suficientes para seu pleno funcionamento.

A contar do momento da sua regulamentação, em 1990, o SUS vem sofrendo ataques, reformulações, subfinanciamento e privatização da gestão pública. Por exemplo, ainda nos anos 1990, o então presidente Fernando Collor de Melo vetou 14 itens da Lei 8080/1990 relativas à descentralização, controle social e aos repasses intergovernamentais. Também nessa década, sob o governo de Fernando Henrique Cardoso, a ofensiva neoliberal consolidou-se de forma acachapante, somada a realização da Reforma Gerencial do Estado. Tal Reforma justificou-se pela disseminação de uma concepção de Estado lento e devagar, como um elefante. O discurso que ecoava era que o Estado precisava funcionar como uma empresa: ágil, com metas e prazos.

A expectativa em relação às mudanças destas ações e ataques privatizantes nos anos iniciais do novo milênio foram marcados com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva do Partido dos Trabalhadores (PT), havendo perspectivas para uma consolidação definitiva do SUS dentro das propostas da Reforma Sanitária. Entretanto, ocorreu, na realidade, um abrandamento do conflito entre o público e o privado, com o aumento da “privatização do SUS através das fundações públicas de

direito privado, OSS (Organizações Sociais da Saúde) e Oscips (Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público)” (DANTAS, 2020, p. 175).

Assim, mesmo nos governos do PT, que possuíam lastro e base nos movimentos populares, os interesses da burguesia foram privilegiados em relação aos que dialogavam com um projeto dos trabalhadores. Tanto no governo Lula (como já mencionado), como no governo Dilma Rousseff, isso não se diferenciou – nesse último, presenciamos a aprovação da entrada de capital estrangeiro na assistência à saúde e ampliação da privatização no setor, por exemplo. Logo, percebe-se que o Estado continuou garantindo os interesses do capital e favorecendo o desmonte de políticas públicas arduamente conquistadas.

Em dezembro de 2015 foi aberto um processo de *impeachment* contra a presidenta, que teve seu mandato cassado em agosto do ano seguinte. Posterior ao golpe contra Dilma, Michel Temer aprova a Emenda Constitucional 95 (EC 95) (BRASIL, 2016), também denominada “PEC da Morte”, que congela os gastos voltados para as políticas sociais por 20 anos, dentre elas, as de saúde e educação. Esse foi considerado o golpe mais duro e grave contra a democracia dos últimos anos.

O histórico subfinanciamento do SUS dá lugar ao desfinanciamento, pois não se trata de retificar os recursos destinados ao SUS anualmente, reajustando-os pela inflação acumulada, medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Com a aprovação da EC 95, mantém-se o mesmo montante orçamentário para a política de saúde do ano anterior, desconsiderando reajustes. Há um teto de gastos estabelecido e o dinheiro do fundo público é destinado para pagamento de dívidas, ao invés de ser investido em políticas públicas (BEHRING, 2017).

Em entrevista ao Brasil de Fato, Getulio Vargas Júnior<sup>11</sup> salienta que esta emenda fortalece o projeto neoliberal, sendo que:

Cada vez mais o trabalhador vai trabalhar e não vai ter retorno em serviço e políticas sociais. Toda a rede de proteção social, toda política de moradia, saneamento, infraestrutura urbana, todo tipo de investimento público que ajudara a transformar o país nos últimos 15 anos, desde a emenda estão gradativamente congelando ou acabando (REINHOLZ, 2018).

Cabe pontuar que sequer estávamos na pandemia quando da aprovação da EC 95. A precarização generalizada da política de saúde havia se consolidado como problemática central no cotidiano dos trabalhadores do SUS e a morte já se instalava devido às crescentes perdas orçamentárias das políticas sociais. Esta trajetória de luta pela construção do SUS foi, então, marcada

---

<sup>11</sup> Presidente da Confederação Nacional das Associações de Moradores (CONAM), membro do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Conselho Nacional das Cidades.

por constantes ataques, desfinanciamento e privatização desde sua origem e hoje vemos esta luta se tornar luto com a pandemia, com recorde de mortes cotidianamente no país pela ausência de uma política do governo federal para enfrentamento deste contexto.

É no contexto de fortalecimento do projeto neoliberal, com uma pauta antidemocrática e autoritária, que se intensifica a restrição dos direitos sociais dos brasileiros e sua mercantilização. Hegemonicamente, justifica-se o desmonte de políticas sociais e a expansão da participação do setor privado com um discurso economicista e de “redução do papel do Estado”, ou seja, para enfrentar o desequilíbrio fiscal medidas “racionalizantes” precisam ser implementadas. O Estado, cotidianamente, vai educando frações da população para uma concepção que reforça o SUS como um sistema insustentável, impagável, que precisa ser privatizado, para ter qualidade no atendimento das necessidades de saúde, visando, assim, atingir o consenso para legitimar a destruição da saúde pública.

Em meio a este cenário de desmonte do SUS é que ocorre um dos mais graves golpes na ESF: a aprovação da nova PNAB (BRASIL, 2017a), publicada em 21 de setembro de 2017. O texto traz de forma explícita as alternativas para a configuração e implementação da AB, dentre elas: a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, a reorganização do processo de trabalho e a fragilização da coordenação nacional da política (MOROSINI *et al.*, 2018).

Adota-se o termo “flexibilidade” para justificar especificidades locorregionais, a fim de atender as demandas de cada território. Entretanto essa “flexibilidade” pode desconfigurar o modelo de ESF, gerando abertura para o completo desmonte da mesma. Outro aspecto importante e preocupante trata-se donde partiria tais recursos, não mais sendo responsabilidade ao governo federal por esta distribuição, dando aos municípios autonomia de gestão.

Em entrevista à Revista Poli, a professora-pesquisadora da EPSJV Márcia Valéria Morosini alerta que a PNAB 2017 traz alguns mecanismos que podem estimular a substituição das equipes de Saúde da Família já implantadas pelas chamadas “equipes de atenção básica” – composta por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem (MATHIAS, 2017). A nova PNAB garante uma maior flexibilidade, em relação às políticas anteriores, na conformação das equipes de AB, não possuindo parâmetro de cobertura, de composição e separando a carga horária por categoria profissional; não por trabalhador. A meta de 100% de cobertura ocorreria apenas em territórios considerados vulneráveis, reforçando o estigma de que o SUS é um sistema de saúde pobre voltado para os pobres – infringindo, além disso, o princípio da universalidade.

Nessa mesma entrevista, Morosini coloca que na PNAB há uma descaracterização do papel do ACS. Como pensar na AB, a porta de entrada do SUS, sem o ACS, por exemplo? O ACS é um profissional essencial na compreensão da dinâmica do território e na criação de vínculos entre usuários e os serviços de saúde. A entrevista termina com uma constatação muito desanimadora do presidente do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do município do Rio de Janeiro (Sindacs), Ronaldo Moreira: “O que eu vejo é um desmonte não só do Saúde da Família, mas o começo da derrocada do SUS”.

Essa tendência privatizante é de décadas, o pesquisador Júlio Lima (2014) aponta que, desde a década de 80, o Banco Mundial (BM) recomenda a governos de países dependentes (MARQUES, 2018) que adotem a AB sob a forma de um pacote restrito de serviços (concepção de Atenção Primária à Saúde Seletiva – APSS) direcionados à população pobre – deixando o restante a cargo do setor privado. Hoje, sabemos que o setor privado quer ampliar a sua participação também na AB (MOROSINI *et al.*, 2018; MOROSINI *et al.*, 2020).

Dando seguimento à “reorganização da Atenção Básica”, o MS – sob a presidência de Jair Messias Bolsonaro – produziu entre os anos 2019-2020 os seguintes documentos: Previne Brasil (BRASIL, 2019a), Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2019b) e a Carteira de Serviços e normatizações complementares (BRASIL, 2019c). Os documentos discorrem sobre 3 eixos de reestruturação para a AB: financiamento, regulação e prestação de serviço, que visam promover um modelo mercantilizado de gestão e atenção à saúde (MOROSINI *et al.*, 2020). As autoras (2020, p. 3) apontam que:

A nova proposta de financiamento, Programa Previne Brasil, altera de forma estrutural a lógica indutiva de organização da política de saúde e aporta três mudanças principais para a atenção básica: extingue os pisos fixo e variável (PAB); introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas; e estabelece nova forma de pagamento por desempenho.

Sobre a regulação do sistema, em agosto de 2019, o Ministério da Saúde encaminhou para o Congresso Nacional a Medida Provisória (MP) nº 890, convertida em dezembro na Lei nº 13.958, que institui o Programa Médicos pelo Brasil (PMB) e autoriza a criação da Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), instituição de direito privado, com modalidade paraestatal (Serviço Social Autônomo).

Quanto à prestação e provisão de serviços, também em agosto, o Ministério da Saúde apresentou a proposta da Carteira de Serviços para a APS (CaSAPS), estabelecendo a relação de serviços a serem ofertados pela atenção básica.

É perceptível como essas normativas estão descaracterizando a ESF, que possui como proposta uma atuação de modo multidisciplinar, na perspectiva do território, do trabalho de base

comunitária e no cuidado integral. Tais documentos submetem a ESF a uma regressão, desta forma, ao modelo biomédico, combatido desde os processos de luta da Reforma Sanitária. A lógica gerencialista e produtivista da gestão dos serviços e do trabalho estão se enraizando, também, na AB e, para isso, o Estado utiliza da falácia de uma suposta melhoria de eficiência e efetividade para justificar a racionalidade financeira, que tem aprofundado a histórica mercantilização da saúde.

O modelo de AB já vinha sofrendo alterações, mas a nova PNAB 2017, somada a estes documentos aprovados nos últimos dois anos, rompem com a universalidade, engessam a atuação dos profissionais e diminuem a importância dos ACS, tão essenciais para o trabalho territorializado. Esses ataques não são isentos de interesses, ao contrário: a “menina dos olhos” do capital internacional sobre o Brasil é precisamente a AB e toda a estrutura que o SUS tem para a produção deste acesso universal e integral.

Nem a pandemia sociosanitária da Covid-19, que assola o mundo e o Brasil desde o início de 2020, impediu que o governo federal continuasse com estratégias de privatização das políticas públicas. No final de abril de 2021, o MS lançou, na plataforma digital “Participa + Brasil”<sup>12</sup>, uma consulta pública denominada *Política Nacional de Saúde Suplementar Para o Enfrentamento da Pandemia da Covid-19 (PNSS-Covid-19)* (BRASIL, 2021). Com o objetivo de integrar as ações de Saúde Suplementar no enfrentamento à Covid-19, a consulta teve um prazo de 30 dias e as sugestões deveriam ser encaminhadas, via plataforma, ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar – CONSU.

Há um trecho na Plataforma Participa + Brasil que coloca: “Nesse momento em que urge a soma de esforços para superação da situação sanitária que o País atravessa, reforça-se a necessidade da integração das ações do Setor de Saúde Suplementar com o SUS”. A nosso ver, se a finalidade desta política é unir esforços na superação da pandemia, há um atraso de pelo menos um ano nisso.

Tragicamente já contabilizamos 688.000<sup>13</sup> mortos pela Covid-19. Por que, então, essa “parceria” não se consolidou na campanha “Leitos para todos”? Ainda no 1º mês da pandemia, já se vislumbrava um triste cenário das vidas que seriam ceifadas. A campanha foi liderada por um grupo de profissionais da saúde, que indicavam a urgência em promover medidas de universalização da saúde durante a pandemia do coronavírus, garantindo o tratamento adequado à população. Reivindicava-se a regulação pública, unificada e centralizada dos leitos de UTI para pacientes com Covid-19. Mas a rede privada se recusou a disponibilizar os leitos, mesmo diante da lotação no SUS (DEISTER, 2020; CEBES, 2020).

---

<sup>12</sup> Disponível em: <<https://www.gov.br/participamaisbrasil/pnss-covid-19>>. Acesso em: 21 jul. 2021.

<sup>13</sup> Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 nov. 2022.

Em Nota Pública à referida consulta, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) posiciona-se contrário à PNSS-Covid-19, alertando que, ao invés de propor “medidas para fortalecer o SUS e reduzir mortes por Covid, ela reduz parâmetros de qualidade e integralidade dos serviços, em total afronta aos princípios e diretrizes do SUS, aos quais a Saúde Suplementar é por definição constitucional COMPLEMENTAR, não principal” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2021, grifos no original).

Corroborando com o CNS, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) denuncia que, mesmo neste cenário catastrófico, o governo federal optou por legitimar as propostas do setor privado assistencial e lançar uma política que fomenta o mercado dos planos de saúde na rede estatal. O Centro produziu um Informe (CEBES, 2021), em que elenca cada proposição da consulta, e conclui confirmando que a PNSS-Covid 19 precisa ser sustada, pois não é possível que grupos empresariais da saúde continuem usufruindo dos recursos públicos para os interesses privados. Essa política é mais um ataque contra a democracia e aos direitos sociais conquistados.

Esta reflexão teve como objetivo fundamentar a nossa percepção do quão orquestrado é o plano ideológico neoliberal, apoiado e incentivado pelo governo em vigência, para sucatear o que é público, valorizando o que é privado. Focamos na precarização do SUS e como este desmonte aprofunda as desigualdades entre classe e busca a privatização completa do sistema.

Retomando o debate sobre Estado (DANTAS; PRONKO, 2018), é importante compreender que Estado e sociedade civil não são esferas separadas, pelo contrário: refletem o cenário da sociedade capitalista. O Estado é um estado de classe, a favor das classes dominantes e suas frações – a burguesia. Logo, o discurso hegemônico que atua na educação para o consenso é marcado pela ideologia burguesa, sendo assim, é disseminado pelo Estado.

Identificamos algumas das justificativas utilizadas pelos setores dominantes para legitimar a ação do próprio Estado contra as políticas sociais, sendo essas últimas sua obrigatoriedade de garantir. Majoritariamente, alega-se falta de recursos financeiros para subsidiar tais políticas públicas. Contudo, há um incentivo constante para os interesses privados dos empresários e banqueiros. Vê-se, assim, um Estado que prioriza os interesses da burguesia e do capital, que constantemente descuida dos serviços/equipamentos públicos e indica que a solução está na privatização.

Os ataques ao SUS ocorrem desde sua formulação e a desconfiguração da ESF e da AB se tornaram bem claras da PNAB 217 até os dias atuais. O que vivemos (e ainda estamos vivendo) durante a pandemia da Covid-19 agudizou as desigualdades sociais e as tentativas de privatização do

público. Mesmo assim, o governo continua nos educando para o consenso, visando naturalizar as barbáries.

Por fim, diante de um cenário de muitos retrocessos, há muita luta da classe trabalhadora contra estes desmontes. Pesquisadores; professores; CEBES; CNS e tantas outras instituições não se calaram às tentativas de “passar a boiada” do governo. Em 29 de maio de 2021 vimos surgirem manifestações que declaravam que “o governo é pior que o vírus”<sup>14</sup>. Por isso, nossa luta é por um SUS, realmente, universal, público, gratuito e de qualidade, sem a presença dos empresários, compreendendo o SUS como:

[...] processo social em marcha, [que] não se iniciou em 1988, com a consagração institucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término, especialmente se esse tempo está dado por avaliações equivocadas que apontam para o fracasso dessa proposta. Assim, o SUS nem começou ontem e nem termina hoje (MENDES, 1993, p. 57, colchete nosso).

Sigamos na luta por políticas públicas de saúde!

### 1.3 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL E AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA DÉCADA DE 1990 ATÉ 2021

Diante do exposto no subcapítulo anterior, buscamos agora traçar um recorte histórico e legal dos modelos de Atenção à Saúde no Brasil a partir da instituição do SUS. Os avanços e retrocessos das políticas públicas de saúde na articulação da AB e da VS no país, da década de 1990 até 2021, como também o processo de integração dos ACS e dos ACE nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no território. Segundo Mendes,

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS [Redes de Atenção à Saúde], articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (2012, p. 52).

<sup>14</sup> Disponível em: <<https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/05/29/cidades-registram-manifestacoes-contr-governo-bolsonaro.ghtml>>. Acesso em: 22 jul. 2021.

A partir da 8ª CNS importantes passos foram dados na luta por um sistema único de saúde público e de qualidade para todos. Algumas das propostas pleiteadas foram aprovadas em 1988 pelo Congresso Nacional com a nova Constituição Federal e posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990b), denominadas Leis Orgânicas da Saúde. Sua implementação e consolidação sempre encontraram obstáculos financeiros, institucionais, estruturais e conjunturais (MENDES, 1993; BAHIA, 2009), para isso foram criados instrumentos de regulação do processo de descentralização: as Normas Operacionais Básicas (NOB). Além de tratar sobre a divisão de responsabilidades, requisitos de transferência de recursos federais para estados e municípios, as três NOB de 1990 (NOB 91, NOB, 93 e NOB 96) organizam outros aspectos do sistema de Saúde (LEVCOVITZ *et al.*, 2001).

Mendes define:

Saúde como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser promovidos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária. Ao mesmo tempo, o Art. 199 consagra a liberdade da iniciativa privada (1993, pág. 49).

Partindo dessa definição de Saúde, Matta e Morosini (2009) nos auxiliam na compreensão de que a Atenção à Saúde é uma forma de organizar estrategicamente o sistema e as práticas de saúde consoante às demandas da população. Apresenta-se através das políticas, programas e serviços de saúde, a partir dos princípios e das diretrizes que estruturam o SUS e envolve todos os níveis de governo (municipal, estadual e federal).

O modelo de organização do sistema de saúde brasileiro segue a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define três diferentes níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário, o atendimento ao paciente se dá segundo a complexidade necessária para cada procedimento. E complementam,

Numa dimensão ético-política, isto significa afirmar que a atenção à saúde se constrói a partir de uma perspectiva múltipla, interdisciplinar e, também, participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença é resultado da interação e do protagonismo dos sujeitos envolvidos: trabalhadores e usuários que produzem e conduzem as ações de saúde (*Ibidem*, pág. 43).

Durante grande parte do século XX predominavam (e ainda são muito presentes) dois modelos de atenção à saúde: o modelo sanitarista, com foco na prevenção de agravos, direcionado à coletividade, o objeto de atuação dos sanitaristas é a informação prescritiva e verticalizada sobre medidas higiênicas e comportamentais; e o modelo médico-assistencial, individual e curativista, o médico tem papel central e seu objeto é a doença e usa as tecnologias médicas para o diagnóstico e a terapêutica das diversas patologias (LUZ, 1991; TAPAJÓS, 2006).

Contudo identifica-se a insuficiência dos modelos presentes em responder a complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população brasileira. Superando essa dicotomia, a proposta do SUS compreende que:

O objeto do sistema de saúde deve ser entendido como as condições de saúde das populações e seus determinantes, de modo que alterações positivas nessas condições produzam progressivamente melhores estados e níveis de saúde dos indivíduos e das coletividades (SILVA *et al.*, 2001, p. 146).

A partir dessa lógica, a Vigilância da Saúde<sup>15</sup> apresenta-se com uma possibilidade de atuar de forma diferenciada, ou seja, num modelo de atenção integral à saúde do indivíduo, que consegue desenvolver suas ações, segundo o contexto local e promove a participação dos atores sociais. O modelo da Vigilância da Saúde incorpora e supera os modelos assistenciais hegemônicos vigentes e apresenta algumas características básicas: intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ ou determinantes) com ações intersetoriais dentro de um território delimitado, articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e acompanhamento de problemas contínuos. Além de trazer contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional a descentralização e reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local (TEIXEIRA *et al.*, 1998; SILVA *et al.*, 2001).

A expressão ‘vigilância em saúde’ remete, inicialmente, à palavra vigiar. Originada do latim *vigilare*, significa denotativamente, observar atentamente, atentar em, estar de sentinela, procurar, campear, cuidar, precaver-se, acautelarse (MONKEN; BATISTELLA, 2009). As ações de vigilância já eram realizadas há mais de dois séculos em nosso país (PIRAGIBE, 1880), entretanto é na lei

---

<sup>15</sup> O debate em torno do termo e significado de vigilância na América Latina e Brasil gira em torno de três vertentes distintas, que se expressam utilizando variações terminológicas como Vigilância da Saúde, Vigilância à Saúde e Vigilância em Saúde. O que as aproxima como eixo comum é a abertura para a epidemiologia, que contribui para a análise dos problemas de saúde que transcenda a mera sistematização de indicadores gerais, e a questão do planejamento para a organização de sistemas e serviços, contribuindo para a implantação de novas práticas e novos modelos assistenciais (GUIMARÃES, 2017, p. 1410).

8.080/1990, de 19 de setembro de 1990, que aparecem de forma sistemática as ações e atribuições da Vigilância em Saúde:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde-SUS: I- a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. II- a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; III- a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; IV- a vigilância nutricional e orientação alimentar; V- a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; VI- a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; VII- o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; VIII- a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano; IX- participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; X- o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; XI- a formulação e execução da política de sangue e seus derivados (BRASIL, 1990a).

Ainda no capítulo I da Lei 8.080/1990 identificamos as ações específicas de cada vigilância, já no capítulo IV estão as competências e atribuições da União, estados, Distrito Federal e municípios. Como temos vivenciado durante a pandemia da Covid-19, “A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do SUS ou que representem risco de disseminação nacional” (BRASIL, 1990a).

Além das ações de VS, outro marco na superação dos modelos hegemônicos foi a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), ocorrido em 1994 pelo Ministério da Saúde. Após 12 anos, o PSF deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente e contínua na atenção básica em saúde, denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). Fertoni *et al.* afirmam que,

As diretrizes prescritas na ESF configuram um “novo” modelo assistencial, no qual as práticas devem estar orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, como parte de grupos e de comunidades socioculturais e contemplando ações importantes no campo da Vigilância em Saúde (VS) e da Promoção da Saúde (PS) (2015, p. 1871).

## **O conceito/a concepção de território na organização das ações de saúde**

Compreender o conceito de território é de suma importância no debate sobre Vigilância em Saúde, e recorreremos aos autores Monken e Gondim que discorrem sobre este conceito da geografia

tão presente na saúde. Desde o final da Idade Média o conceito é usado para estruturar ações e cuidados de saúde, neste período foram criados os primeiros códigos sanitários para normatizar e organizar estabelecimentos onde se criavam animais, matadouros, lugares para desaguedouros, coleta de lixo e canalização de esgotos (MONKEN; GONDIM, 2016; BATISTELLA, 2007a; PIRAGIBE, 1880). No Brasil, seu uso se deu no início do séc. XX e desde então os sistemas e a rede de serviços de saúde se organizaram, progressivamente, em base territorial, tendo lógicas e ordenamentos espaciais bastante diferentes.

Na atualidade, o interesse pela categoria território é crescente em todo mundo, como nova variante de aproximação histórica entre geografia e saúde, especialmente para formulações de modelos de atenção, organização da rede de serviços e ações de saúde, frente à geopolítica global e a velocidade das trocas (comercial, financeira e cultural) que expõem a risco, simultaneamente, pessoas, continentes, nações. Em especial no Brasil, o uso de categorias geográficas como território, área e região, têm orientado políticas públicas, processos, estratégias e práticas de saúde, imprimindo outra racionalidade técnico-gerencial ao Sistema Único de Saúde (SUS) (GONDIM; MONKEN, 2017, p. 36).

No território se dão as formas de viver do ser humano, as relações de poder, conflitos e redes de apoio em um determinado espaço. Sendo assim, tão importante quanto o foco gerencial na organização dos serviços é perceber a dinâmica da vida, o desenrolar dos fatos sociais no dia a dia, o modo de adoecer e de se recuperar (processo saúde-doença), a fim de identificar formas de organizar ações e serviços no enfrentamento aos problemas e às necessidades da população. O território concreto no qual a vida transcorre possui uma série de coisas materiais que fazem as pessoas darem sentido e significado à sua existência, tais como os objetos (fixos) e as ações (fluxos) (MONKEN; GONDIM, 2016; GONDIM; MONKEN, 2017a).

Por exemplo, uma praça (fixo) pode ter diversas ações (fluxos): de manhã recebe idosos para a prática de exercícios físicos, à tarde crianças para jogar bola, à noite pessoas que participam de alguma atividade religiosa, de madrugada jovens em um baile, as formas de uso de um determinado espaço se dão por interesses, às vezes coletivos, outros pessoais, conflitos e disputa de poder.

É essencial que os profissionais de saúde compreendam os modos de vida que se dão no território, ou seja, quem são os atores sociais, como se articulam, se promovem saúde no território ou não, quais recursos públicos e privados estão presentes/ausentes, as dimensões sócio-econômicas, políticas, culturais, as relações de poder etc. Pois essas informações são fundamentais para a elaboração coletiva de um diagnóstico das condições de vida e situações de saúde e formulação de práticas populares de cuidado para a construção de uma vida mais saudável para os diferentes grupos populacionais. Este planejamento deve contar com a participação popular na resolução dos problemas

locais. “A perspectiva da participação popular adotada tem, como horizonte, a autonomia, a liberdade e a emancipação dos sujeitos, na perspectiva da saúde enquanto direito de cidadania.”, conforme afirmam Gondim e Monken (2017, p. 47).

Oliveira e Casanova ratificam a importância das ações desenvolvidas pela equipe de saúde e o êxito das ações intersetoriais,

Muitas iniciativas no âmbito socioeconômico e educacional podem ser desenvolvidas pela equipe de saúde, envolvendo questões de moradia (habitacionais e ambientais), propostas de geração de trabalho e renda, aumento da escolaridade, a fim de consolidar uma conjugação de forças sociais e econômicas, que pode ser materializada na construção de políticas de desenvolvimento autossustentável, cujo objetivo seja melhorar as condições de vida e saúde. Esse componente é o de maior complexidade e, sem dúvida, sua abordagem é de difícil implementação; porém, ao incorporar a ação intersetorial, permite-se que os profissionais de vários setores contribuam com seus saberes, linguagens e práticas para a melhoria da intervenção na saúde (2009, p. 933).

As autoras também evidenciam o importante papel da ESF no processo estruturante da vigilância da saúde. A atuação de forma territorializada, a integração de diversos profissionais (ACS, ACE, enfermeiro, médico generalista e a equipe do NASF<sup>16</sup>), a incorporação de uma atenção continuada e integral permitem que os serviços de saúde atendam aos problemas de uma determinada população. A ESF não se limita ao modelo biomédico, mas em uma visão ampliada do processo saúde-doença. Busca “redirecionar a atenção à saúde da população numa dimensão ética e pautada em relações de cuidado, por meio do estabelecimento de vínculos com a família e a comunidade” (*Idem*, 2009, p. 933).

Retornando à historicidade, nos anos 1999 e 2000, tivemos os seguintes avanços na área da Vigilância em Saúde:

As atividades de vigilância epidemiológica, tais como dengue, febre amarela, malária, leishmaniose, esquistossomose, Chagas, peste, bócio, oncocercose e outras, executadas pelo Departamento de Operações (Deope), passaram a integrar o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi). Realização do projeto Vigisus, que objetivou a estruturação de um sistema de vigilância em saúde no âmbito do SUS, por meio de atividades que fortalecessem a infraestrutura e a capacidade técnica dos estados e municípios.

O Ministério da Saúde recomendou a articulação dos serviços de vigilância epidemiológica com a Estratégia Saúde da Família (Portarias 1.399 e 950, de dezembro de 1999). Marca o início da descentralização das ações de vigilância epidemiológica, com a regulamentação da

---

<sup>16</sup> O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) têm o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. A equipe do NASF pode ser composta por: assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; entre outros. Disponível em: < <https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-sao-os-profissionais-que-compoe-o-nucleo-atencao-a-saude-da-familia-nasf/>>. Acesso em: 26 maio. 2022.

norma operacional básica 1 (NB-1), de 1996, que definiu as competências da União, estados e municípios na área de epidemiologia e controle de doenças. Início do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar) (BARBOSA *et al.*, 2016, p. 40).

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) foi instituída, no ano de 2003, pelo MS. Com financiamento do BM, o projeto VigiSUS colaborou no debate e ampliação do olhar acerca do conjunto de fatores ambientais que deveriam ser sistematicamente acompanhados, considerando a dinâmica do território no qual essas interações ocorrem, procurando superar, com isso, o viés de dissociação entre os componentes da VS. No âmbito municipal do Rio de Janeiro, de 2006 a 2008, o projeto VigiSUS foi apresentado e debatido através de oficinas, que resultaram na compreensão, estruturação e fortalecimento das Vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador. Concomitantemente muitos profissionais participavam de processos formativos na área da Vigilância em Saúde, dentre eles o Proformar nacional, mencionado anteriormente. A partir desse projeto muitas mudanças ocorreram no organograma municipal e nas ações desenvolvidas voltadas para a VS.

O Pacto pela Saúde, publicado em 2006, foi um importante instrumento que orientava as reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) e incentivava a integração das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, além de promover mudanças importantes, que impulsionaram o processo de certificação para gestão das ações de VS. A interface com AB foi prevista igualmente no Pacto de Gestão, compromisso firmado entre o MS e os Conselhos dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

A possível articulação da AB e da VS perpassava pela integração de dois profissionais essenciais que atuam diretamente “na ponta”, no território: o ACS e o ACE.

Os Agentes de Combate às Endemias (ACE) são trabalhadores da saúde fundamentais para execução de programas e ações da Vigilância em Saúde, atuando diretamente no território em constante diálogo com populações, nas ações de controle de endemias e epidemias, na integração entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador. A Portaria 1007/2010 regulamenta a incorporação do ACE na Atenção Primária à Saúde (APS) de modo a fortalecer as ações de Vigilância em Saúde junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2010). O trabalho conjunto e complementar entre os ACE e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em uma base territorial comum, é estratégico e desejável para identificar e intervir oportunamente nos problemas de saúde-doença da comunidade, facilitar o acesso da população às ações e serviços de saúde e prevenir doenças (NOGUEIRA *et al.*, 2021, p. 5-6).

Amparados em argumentos legais do MS citamos um breve histórico de algumas normativas que orientam a inserção dos ACE no processo de trabalho da atenção básica, articulando as ações de vigilância da atenção primária.

- Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002, estabelece atribuições dos ACS, na prevenção e no controle da malária e da dengue (BRASIL, 2002);
- Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Primária à Saúde para a Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde – ACS (BRASIL, 2006a);
- Lei federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, descreve e regulamenta o trabalho do ACE e ACS. Com a vigência da nova lei, o trabalho do agente passou a ocorrer exclusivamente no âmbito do SUS, mediante contratação por meio de seleção pública, não sendo permitida a contratação temporária ou terceirizada, salvo em situações de epidemias (BRASIL, 2006b).
- Portaria nº 1.007/GM, de 4 de maio de 2010, define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2010).
- Portaria nº 1.378/GM, de 09 de julho de 2013, regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013).
- Lei federal nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, alterou a lei 11.350, dispoendo sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias (BRASIL, 2018a).

O marco histórico legal por vezes fortaleceu, por outras fragilizou a identidade e atuação profissional destes trabalhadores. A integração entre os agentes (ACS e ACE) ocorre de modo muito incipiente, mesmo com a portaria 1007/2010 existindo há mais de uma década. As inúmeras revisões na PNAB geram ainda mais fragilidade das duas categorias e confusão de suas atribuições. Na nova

PNAB, aprovada em 30 de agosto de 2017, uma característica marcante do texto é a explicitação de alternativas para a configuração e implementação da Atenção Básica, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locorregionais, ou seja, as demandas de cada território. Contudo para que esse processo pudesse ter êxito seria necessária a transferência de recursos dando aos municípios autonomia de gestão, juntamente com uma das diretrizes do SUS que visa o controle social e a participação popular (MOROSINI *et al.*, 2018).

Pouco tempo após as discussões sobre a revisão da nova PNAB acontecia em Brasília entre os dias 27 de fevereiro a 2 de março de 2018 a 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, com o tema central ‘Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS) Público de Qualidade’, a fim de construir uma política de fortalecimento das ações de promoção e proteção à saúde dos brasileiros. Muito do que foi debatido na conferência está apresentado no conceito de território e territorialização dos autores Monken e Gondim (2016).

O trabalho da VS se estrutura a partir de quatro ‘subcampos’ de atuação: vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador e da trabalhadora. Entretanto na dinâmica da vida no território, tudo está junto, os objetos de ação das vigilâncias se encontram neste espaço, explica Maurício Monken, professor-pesquisador da EPSJV/Fiocruz em entrevista à Ana Paula Evangelista da revista Poli (2018), ressaltando que essa concepção de vigilância em saúde é uma das mais conhecidas teoricamente, embora na prática nem sempre funcione assim. O último ato da Conferência foi a votação do Relatório Nacional Consolidado, que resultou em 170 propostas que contemplam ações das vigilâncias ambiental, em saúde do trabalhador, epidemiológica e sanitária. Contudo a preocupação com o desmonte do SUS tomou muitas vezes a centralidade dos debates, como também a necessidade de investimentos, Élide Graziane, procuradora do Ministério Público de Contas de São Paulo, argumenta que:

“Não é possível falar em defesa do SUS e da vigilância em saúde sem discutir o financiamento progressivo do Estado. Não há direito social sem dinheiro que ampare o seu custeio. Ou o direito à saúde é amparado por uma garantia de financiamento ou ele é precarizado e entregue à substituição do Sistema Suplementar. A Emenda Constitucional 95/2016 é inconstitucional. Precisamos garantir o financiamento do SUS para que ele seja um direito universal. E é com orçamento público que se garante direitos” (EVANGELISTA, 2018, p.7).

A reportagem apresenta que não há um consenso entre os pesquisadores sobre a área da “vigilância em saúde”, para uns a vigilância no Brasil não funciona de forma integral, sendo apenas

a reunião de áreas diferentes numa mesma estrutura organizacional, são processos de trabalho, instrumentos e formações distintos. Para outros, ainda que a integração não ocorra como planejado, não se deve invalidar esse conceito, que é historicamente relacionado à determinação social da doença, baseada no olhar sobre o território, com ações intersetoriais.

“Para saber qual o problema e necessidades daquele grupo populacional, é preciso entender como eles vivem, como é produzida a saúde ou a doença ali naquele território. E isso só será possível se todas as áreas trabalharem de forma conjunta. Infelizmente a maioria das vigilâncias municipais ainda não se estrutura assim. Só monitoram o problema, não fazem intervenção. O território envolve todos os processos e não temos como separar isso. Está em processo, é uma luta. Não é algo concreto, mas não podemos negar a importância de considerar a integralidade”, defende Monken (EVANGELISTA, 2018, p. 8).

A crise sócio-sanitária provocada pela pandemia da Covid-19 colocou em voga as potências e fragilidades da atuação dos Agentes de Saúde (ACS e ACE) na Atenção básica. Mesmo com o Plano de Contingência do MS/SVS (BRASIL, 2020a; *idem*, 2020b) para Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional ESPIN-Covid-19, o que vimos foi “fragmentação entre ações de vigilância, atenção especializada e atenção primária à saúde e a precariedade na integração das três esferas de gestão do sistema.” (GONDIM, 2020, p. 4).

O Brasil poderia ter dado outra resposta à esta crise, considerando a grande capilaridade que os agentes têm nos territórios. Se estes tivessem sido instruídos desde o início, poderiam ter contribuído na prevenção à doença, na notificação de casos suspeitos, no acompanhamento dos doentes, articulando o diálogo entre os atores sociais. Contudo o que os Agentes vivenciaram foi demora no repasse de informações oficiais sobre medidas preventivas, sintomas, tratamento, muitos relataram que buscavam informações nos sites da Fiocruz e nos telejornais. Durante o ano de 2020 os ACE da CAP 5.1 receberam três máscaras de tecido, esse foi o equipamento de proteção individual (EPI) disponibilizado, o álcool gel era custeado pelos próprios servidores.

A realidade de trabalho dos ACS e ACE foi bem diferente, conforme aponta a pesquisa de Mariana Lima Nogueira, Leticia Batista da Silva e Regimarina Soares Reis (2020; 2021), entretanto algumas situações foram bem comuns à vários profissionais: ausência ou atraso nos processos formativos sobre a doença, letargia na entrega de EPI adequados, dificuldade na testagem, atraso de pagamento, recusa à obtenção de afastamento e licença remunerada. Muitos tiveram que manter as atividades de acolhimento dos usuários nas UBS, sem a devida reorganização do espaço e condições de higiene (água, sabão e álcool em gel), necessidade de adequação do trabalho de modo remoto para a manutenção da atuação territorial com menor risco.

No diálogo com alguns agentes vimos ansiedade, tristeza, angústia, dificuldades para dormir, medo generalizado de se contaminar e contaminar familiares e usuários. A pandemia escancarou as desigualdades sociais e a precarização do trabalho, há muito que se discutir e lutar para que haja, de fato, a integração entre esses profissionais, entre a AB e a VS. “O trabalho do ACS e de outros trabalhadores- encontra-se em meio ao processo de reorganização da AB, seja pelas medidas reestruturantes recentemente publicadas, de caráter privatista e de reforço ao modelo biomédico, seja pelas necessidades impostas pela pandemia” (MOROSINI, 2020, p. 11).

Este subcapítulo buscou discorrer sobre a compreensão da Atenção à Saúde no Brasil a partir da instituição do SUS, as políticas públicas de saúde, a integração entre AB e VS no período de 1990 até 2021. Não foi possível explorar em profundidade os momentos históricos, mas ficou claro o quanto a década de 90 foi um marco para a criação da área da Vigilância em Saúde no país e seus desdobramentos nas décadas seguintes. Ainda há muito o que avançar, a 1º Conferência Nacional de Vigilância em Saúde aconteceu quase 30 anos após a instituição do SUS. A PNVS será explicitada mais adiante no capítulo 3 desta dissertação.

#### 1.4 O TRABALHO EM SAÚDE E NO CONTROLE DE DOENÇAS: o Agente de Combate às Endemias

Nos subcapítulos anteriores discorremos sobre as concepções do processo saúde-doença, a historicidade das políticas públicas no Brasil e um recorte das ações de vigilância em saúde da década de 1990 até a atualidade. Este subcapítulo visa aprofundar a atuação do profissional ACE, aspectos históricos, a ação educativa como parte das suas atribuições e alguns modelos de comunicação tão presentes na Saúde Pública e o quanto estes impactam na adoção de práticas saudáveis pela população.

A pesquisa “Vigilância em Saúde (VS) e a territorialização: modelo de atenção reorientador de práticas e saberes na Atenção Primária à Saúde (APS)” tem nos proporcionado mergulhar em documentos históricos que apontam para vestígios da concepção de vigilância no século XIX e XX. O documento *Notícia histórica da legislação sanitária do Império do Brasil desde 1822 até 1878* (PIRAGIBE, 1880) apresenta a polícia sanitária, que tinha por missão prevenir, como *sentinella*

vigilante das garantias da lei “pois se a polícia é também correccional, sobretudo, porém, ella é preventiva” (*Ibidem*, p. 8).

Em virtude da lei de 30 de agosto de 1828 as Câmaras ficaram responsáveis pelas ações de saúde pública, a polícia sanitária deveria atuar primeiramente na prevenção, só depois com medidas penais e não receber propina alguma. Dentre as atribuições da polícia sanitária, estavam: atuar na vacinação e revacinação; vistoriar comércio de confeitos e licores “atrativos”, o que hoje conhecemos como drogarias e farmácias; fiscalizar locais do gênero de comestíveis, principalmente as confeitarias, e alerta o quanto as festas e a gulodice antecipam o caminho até a sepultura; inspecionar locais que produzem e/ou manipulam substâncias venenosas e garantir a segurança destes trabalhadores; penetrar nos mares e impedir que imigrantes tragam novas epidemias ou agravem as que já existem; adoção da quarentena para casos suspeitos de alguma moléstia, como “o sacerdócio sublime, que é a sua mais bela *apothéose*, é cada vez mais nobre pelo sacrifício da luta que estabelece na missão sempre sábia de prevenir.” (*Ibidem*, p. 10); atuar nas fábricas que manipulam alimentos e medicamentos; na fiscalização das águas importadas.

As Câmaras também tinham que fiscalizar a localização dos cemitérios, para que ficassem fora do recito dos templos; o esgotamento dos pântanos e qualquer estagnação de águas infectas; asseios dos currais e matadouros públicos; colocar curtume sobre os depósitos de imundícies, a fim de evitar a insalubridade da atmosfera; cuidar da salubridade de todos os alimentos e objetos expostos colocados à venda pública. Outra atribuição muito relevante era a inspeção dos portos, a primeira visita ao navio ocorria antes de atracar nas costas brasileiras, realizavam um questionário a fim de saber a origem da embarcação, se haviam viajantes com sintomas, se alguém havia morrido durante a viagem. Em caso positivo, a embarcação era sinalizada com uma bandeira de alerta (amarela) ou de impedimento (vermelha) e os tripulantes e viajantes deveriam cumprir com a quarentena na própria embarcação ou nos lazaretos.

Estas ações ocorridas há 200 anos indicam para uma fase embrionária da Vigilância em Saúde, de acordo com o que compreendemos atualmente, é possível identificar claramente, o que seria a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador.

Como o passar do tempo a polícia sanitária mudou para guarda-sanitário (chamados pela população de mata-mosquitos), em 1970 ficaram conhecidos como agentes de saúde pública, e hoje há uma enorme quantidade de nomenclatura para designar esse tipo de profissional: auxiliar de controle de endemias, agente de endemias, guardas de endemias, agente de controle de endemias, guardas sanitários, agente de vigilância em saúde, agente de saneamento, entre outros. Como também

uma diversidade de vínculos empregatícios, contratos de trabalho, níveis de escolaridade e salários, o que gera muito conflito entre os trabalhadores (BARBOSA et al., 2016; GONDIM; MONKEN, 2017). Outro elemento que gera muita insatisfação e frustração em grande parte destes profissionais, é que mesmo tendo passado por cursos como o Proformar e o CTVISAU, a lógica do trabalho de campo permanece no controle das arboviroses. É uma queixa muito comum entre os servidores da prefeitura do Rio de Janeiro, terem estudado tanto para continuar a ouvir da população “pode colocar o remedinho no ralo”, além da falta de reconhecimento dos gestores e de nenhuma mudança salarial até o momento. As ações de vigilância e controle de doenças, no âmbito do setor saúde, vêm sendo desenvolvidas há bastante tempo por profissionais de nível fundamental e médio, embora vejamos servidores graduados, especialistas e mestres.

No Brasil, há registros que a primeira epidemia de dengue tenha ocorrido em 1916, em São Paulo. Durante as primeiras décadas do século XX trabalhava-se na perspectiva da erradicação do vetor, mas considerando que de 80% a 90% dos criadouros do *Aedes aegypti* encontram-se em residências e ambientes de trabalho e que não é possível vistoriar 100% destes locais por questões de segurança, culturais, entre outras, diversos estados que tinham alegado ter erradicado o mosquito voltaram a sofrer surtos da doença (TORRES, 2005).

O MS voltou a adotar a erradicação do vetor em 1996, entretanto em 2000 reviu sua política de financiamento, optando assim pela estratégia de controle. Para melhor entendimento, segue a definição de cada uma, conforme preconiza a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS):

*A estratégia de erradicação* implica cobertura universal de todos os criadouros do mosquito, em todas as casas de todas as localidades infestadas no país, para a erradicação total do vetor e a subsequente vigilância permanente contra a reinfestação. O custo inicial dessa estratégia é alto, porém, uma vez eliminado o mosquito, o custo da vigilância contra reinfestação é muito menor, e se evita totalmente a transmissão do dengue e da febre amarela urbana.

*A estratégia de controle* tem como base evitar epidemias e mortes por dengue e febre amarela urbana. Identificam-se as áreas com maior risco e se concentram os esforços nestas áreas para reduzir, porém não erradicar o vetor. O custo da estratégia de controle é menor que o custo da *fase de ataque* da estratégia de erradicação, porém maior que o da *fase de manutenção* (vigilância contra a reinfestação). Depois de alguns anos de execução dessa estratégia, o custo do controle poderá ser maior que o custo da erradicação. (OPAS, 1997a *apud* TORRES, 2005, 248)

Sabe-se que o controle das arboviroses não se faz somente com a utilização de inseticidas, o ideal é que o mosquito não nasça. Continuar com um discurso prescritivo para que a população não deixe água parada é insuficiente para que aja uma apropriação e mudança de práticas. Faz-se necessário a criação de políticas públicas que intervenham nos condicionantes e determinantes do processo de adoecimento. Há territórios que não tem abastecimento regular de água, coleta e

reaproveitamento adequado do lixo. A proliferação do vetor é intensificada pela acelerada expansão da indústria de materiais não biodegradáveis e por condições climáticas favoráveis, agravadas pelo aquecimento global (BRASIL, 2009).

O controle das arboviroses é uma atividade complexa e requer a integração dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), a promoção de ações intersetoriais, incentivo à participação comunitária, articulação entre as vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, como também fomentar a integração da VS com a AB, a fim de potencializar o trabalho do ACE e do ACS no território. O MS<sup>17</sup> (2022) ratifica que:

As ações de comunicação e mobilização são de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, devendo ser conduzidas de forma intersetorial, com apoio de entidades da sociedade civil. Devem ser utilizados meios de comunicação de massa, por seu grande alcance e eficácia, a exemplo das ferramentas de monitoramento da internet (sites e portais) e interação via redes sociais, que podem ser instrumentos complementares no período epidêmico.

Além disso, a comunicação social pode produzir e distribuir materiais que contemplem as especificidades regionais e locais, de acordo com o cenário epidemiológico e o porte populacional do município.

É muito importante, especialmente nos meses que antecedem às condições climáticas que favorecem o aumento da transmissão dos arbovírus, a informação e a mobilização da população para a remoção de criadouros.

Em períodos epidêmicos, além da intensificação das ações de mobilização social, com vistas à eliminação de criadouros, a comunicação também deve ser voltada para o esclarecimento da população quanto aos seguintes aspectos:

- transmitir informações atualizadas geradas pelas áreas técnicas;
- divulgar sinais e sintomas da complicação das doenças transmitidas pelo Aedes;
- transmitir alerta dos profissionais de saúde à população sobre a necessidade de eliminação dos criadouros e os perigos da automedicação;
- orientar a população a procurar a unidade básica de saúde (UBS), ao surgirem os primeiros sintomas.

No âmbito local/territorial, as atribuições do ACE são: realizar cotidianamente visita domiciliar, a fim de vistoriar, eliminar e tratar possíveis criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, e orientar os moradores, corroborando com um discurso prescritivo “tampe a caixa d’água, cubra os pneus, encha os pratinhos de plantas de areia até a borda,...”. Por vezes, tal comunicação, apesar de informar os hábitos e atitudes necessários para a prevenção das arboviroses, desconsidera os determinantes sociais, intrínsecos a produção destes agravos, como, por exemplo, a falta de saneamento básico nos grandes centros urbanos (AZEVEDO, 2009).

---

<sup>17</sup> Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dengue/dengue>>. Acesso em: 01 jun. 2022.

A atividade educativa realizada pelo ACE se baseia em alguns modelos de comunicação, que, historicamente, estruturam as ações de comunicação da saúde pública, são eles: informacional, dois fluxos, dialógico e mercado simbólico. Que serão contextualizados e descritos a seguir.

Segundo Cardoso e Araújo (2009), o marco da associação dos campos Comunicação e Saúde foi a criação do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES) em 1923. Algumas práticas da comunicação tornaram-se institucionalizadas nas ações de saúde pública, que desejavam que a população incorporasse à sua realidade medidas individuais de higiene, a fim de eliminar as pestes da época. Ainda muito presente nas ações educativas, o modelo informacional está enraizado em uma cultura que privilegia o conhecimento institucional frente ao conhecimento popular. Normalmente é prescritivo, elenca o que pode ou o que não pode ser feito para prevenir algumas doenças, ou seja, ‘use camisinha’, ‘não deixe água parada’, ‘não fume’, ‘faça exercícios físicos’, ‘não coma açúcar, diminua o sal’, entre outros discursos. Por vezes, desconsiderando aspectos socioeconômicos e culturais do indivíduo.

Outro modelo que perpassa as atividades de saúde é o “dois fluxos”, iniciado em meados de 1950, objetivava investir na 'comunicação de massa' e avaliar seus efeitos sobre as pessoas. Lazarsfeld e Elihu Katz, em 1955, consolidaram a teoria *Two step flows*, onde apontaram a importância da figura do 'líder de opinião' como elemento mediador no processo comunicativo. Nesse modelo, os polos emissor e receptor assumem o papel de mediadores e multiplicadores da comunicação institucional. Eles têm como atribuição principal adequar o discurso institucional ao contexto de cada população, buscando assim a mudança de suas práticas. O mediador neste modelo pode ser tanto um agente institucionalizado das organizações governamentais como um representante e/ou líder de determinados grupos sociais, onde a ação comunicativa está sendo desenvolvida (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Em Azevedo (2009) temos o relato de dois exemplos de atividades que utilizam este modelo, o primeiro foi o programa “Vizinho Amigo Contra a Dengue”<sup>18</sup>, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do município do Rio de Janeiro, a fim de evitar uma possível epidemia de Dengue, conforme ocorrera no início de 2008. Eram ministrados cursos de capacitação gratuitos para a população, denominados voluntários. Tinham o objetivo de formar cidadãos (vizinhos amigos) comprometidos em contribuir no combate ao mosquito transmissor da doença dentro de sua

---

<sup>18</sup> Disponível em: < [http://www0.rio.rj.gov.br/defesacivil/programa\\_vizinho\\_amigo.htm](http://www0.rio.rj.gov.br/defesacivil/programa_vizinho_amigo.htm)>, <[http://www0.rio.rj.gov.br/pcrj/destaques/dengue\\_vizinho.htm](http://www0.rio.rj.gov.br/pcrj/destaques/dengue_vizinho.htm)> e <<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2008/06/20/interna-brasil,14290/prefeitura-do-rio-lanca-campanha-vizinho-amigo-contr-a-dengue.shtml>>. Acesso em: 01 jun. 2022.

própria casa, condomínio, trabalho ou bairro, conscientizando os demais moradores da vizinhança. Através desta ação, a população estaria inserida de maneira eficaz na estratégia de combate ao *Aedes aegypti*.

A segunda atividade foi com estudantes da rede pública que integravam o Núcleo de Adolescentes Multiplicadores- NAM<sup>19</sup> da 6ª Coordenadoria Regional de Educação do Rio de Janeiro - 6ª CRE da Secretaria Municipal de Educação- SME. A metodologia consistia em formar grupos com cerca de 20 representantes cada, estes estudantes passavam por quatro momentos de formação: palestra ou vídeo-debate, inspeção na área da escola para identificação de possíveis criadouros, produção de material para apresentação na escola (cartazes, esquetes, paródias e outros) e por último atuavam como multiplicadores ministrando palestras para seus pares, com o apoio dos educadores em saúde e dos ACE que atuavam no território.

Neste modelo ainda observa-se que

[...] a matriz informacional exerce mais uma vez sua força hegemônica e os mediadores de toda espécie - monitores, multiplicadores, agentes de saúde etc. - foram apropriados como dispositivos mais eficientes de codificação das mensagens, um tradutor autorizado do conhecimento científico para códigos mais facilmente reconhecíveis.

Nos dias atuais, essa ideia perdura, mas em cada vez mais espaços avança-se na compreensão de que o mediador é um elo a mais na rede de comunicação que permeia e move as ações da saúde. Nesta condição, ele pensa, sente, sabe, elabora estratégias, concentra ou compartilha poder, enfim, imprime seus próprios sentidos no conteúdo que recebe para repassar (ARAÚJO; CARDOSO, 2007, 54-55).

Um modelo que difere da verticalização da informação é o dialógico, também conhecido como uma perspectiva freireana da comunicação. Tendo como ícone Paulo Freire, que fundamenta suas ações numa abordagem humanística e política. Esse modelo desconsidera o emissor como fonte única do saber e o receptor como uma 'tábula rasa', ambos assumem fontes de saber e são produtores de conhecimento. Este modelo constrói suas ações a partir da cultura e de experiências locais, considerando assim os interesses da população e incentivando a participação (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Entretanto este modelo encontrava e ainda encontra muita dificuldade de se consolidar nas instituições de saúde, pela solidificação do modelo informacional.

---

<sup>19</sup> NAM é uma atividade educativa, no contraturno das atividades escolares, voltada para a formação da autonomia do adolescente e promoção dos seus direitos fundamentais, tendo a escola como um lugar de construção de conhecimentos e valores éticos que abriga e abre um espaço de diálogo, enfatizando ações pedagógicas por meio de abordagem de temas relativos à realidade dos adolescentes.

Objetivo – fomentar e garantir espaços de debate entre os adolescentes, além de estimular a crítica e reflexão acerca dos diferentes fatores de autoproteção, que visem promover o direito à vida, à saúde integral, aos direitos sexuais e reprodutivos, à educação, à liberdade e aos demais direitos humanos. Disponível em: <<https://www.rio.rj.gov.br/web/rioeduca/nam>>. Acesso em: 01 jun. 2022.

É necessário pontuar que o 'dialogismo' para Freire consiste na relação horizontal que permite o diálogo, a interação entre os atores sociais envolvidos, já para Bakthin 'dialogismo' é a organização das diversas vozes (autores) que se aciona na construção de um discurso, que remete para a diferença de interesses e de embates sociais.

Diversas experiências vivenciadas pelos agentes de saúde no município do Rio de Janeiro, indicam que este modelo dialógico promove no indivíduo uma mudança no olhar da sua realidade, possibilidades e desafios de promover a saúde, de perceber que saúde não é apenas ausência de doença, mas um direito conquistado e que precisa ser constantemente acompanhado, discutido e avaliado através dos conselhos de saúde.

Já o modelo Mercado Simbólico, de Araújo (2002), traz para discussão a produção social dos sentidos, através dos discursos como meios de constituir a realidade. Este modelo baseia-se no conceito de poder simbólico apresentado por Pierre Bourdier, onde a 'legitimidade' muitas vezes sobrepõe a autoridade. Também estão inseridos os conceitos de 'polifonia', desenvolvido na década de 1920 por Bakthin, que diz que cada fala está repleta de outras vozes com interesses sociais particulares, sendo assim a linguagem se torna uma arena de embates sociais e o 'dialogismo' que é o modo particular como as vozes são articuladas (BAKTHIN 1992 *apud* ARAÚJO; CARDOSO, 2007, p. 56-57). Entendamos que a fala representa poder e por este direito as pessoas e instituições (Comunidades Discursivas) vivem em conflito, querendo assim sobrepôr seus discursos. Nesse sentido, consideramos que as atividades de comunicação no âmbito da saúde pública estão fundamentadas por esses modelos, por vezes divergindo-se, por outras se complementando. Eles não seguem uma ordem cronológica, mas convivem paralelamente e se alimentam mutuamente.

Este processo pode ser melhor compreendido nas palavras de Araújo e Cardoso:

Por determinadas circunstâncias, algumas teorias adquirem prevalência sobre as demais, ganham o estatuto de verdade, passando a orientar a percepção de um grande número de pessoas, tornando-se hegemônicas. Mais que isto, algumas teorias se naturalizam, passam a ser percebidas como algo natural e não construído pelas pessoas, em determinada época e com determinados interesses.” (2007, p. 36)

O debate sobre o modelo Mercado Simbólico resgata alguns elementos que estão imbricados na concepção de território, o conflito, o poder, a articulação de vozes. É um desafio para o ACE mediar as divergências de discurso, potencializando os saberes populares, a favor da emancipação do indivíduo e da mudança de hábitos para práticas que promovam saúde.

## **2 CAPÍTULO 2 – EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E A FORMAÇÃO PARA A ÁREA DE ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

O presente capítulo visa apresentar a origem da educação profissional, o quanto a dualidade educacional está enraizada e solidificada em nossa sociedade. A ‘escola do fazer’, ou dos ‘trabalhos manuais’ tem uma legislação que a respaldou, traçaremos ainda um breve histórico da educação profissional em saúde, da formação para a área de atuação da Vigilância em Saúde e o papel da EPSJV neste processo.

### **2.1 ESCOLA DO FAZER E ESCOLA DO DIZER: RESGATANDO A ORIGEM DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL**

*“Seria uma atitude ingênua esperar que as classes dominantes desenvolvessem uma forma de educação que proporcionasse às classes dominadas perceber as injustiças sociais de maneira crítica.”*

Paulo Freire (2014)

Ao pensarmos no surgimento da escola<sup>20</sup>, percebemos que este espaço já aponta para uma dualidade educacional histórica. Na Grécia Antiga, a escola era o lugar do ócio e da prática de esportes, com as funções intelectuais ficando restritas a uma pequena fração da sociedade (CAMPELLO; LIMA FILHO, 2009) – certamente, não eram os escravos que ocupavam esses espaços. Na Idade Média, a sociedade sustentava-se pelo trabalho servil, pelo cultivo da terra desenvolvido com técnicas simples, assim: “Quem se dedicava ao trabalho intelectual era a parcela dos pensadores, fundamentalmente concentrada no clero. As escolas, naquele momento histórico, se restringiam a essa parcela e, por isso, eram chamadas Escolas Monacais” (SAVIANI, 2003, p. 134).

Discorrendo sobre a dualidade estrutural, a autora Ana Margarida Campello (2009) trata acerca da fragmentação da escola, em que caminhos e decisões distintas são traçadas pelos indivíduos na divisão social do trabalho, considerando sua classe social. É possível identificar essa dualidade no processo formativo, apresentando-se em duas redes de escolarização: a rede de formação dos trabalhadores manuais (rede primário-profissional ou rede PPP), comumente direcionada à classe trabalhadora, e a rede de formação dos trabalhadores intelectuais (rede secundário-superior ou rede SS), voltada à burguesia.

Até o início do século XIX não existiam propostas sistemáticas de experiências de ensino no campo da educação profissional, ou seja, legislações que orientassem tais práticas, prevalecia a educação propedêutica direcionada às elites e sua formação como dirigentes. Em 1809 houve a criação do Colégio das Fábricas<sup>21</sup> que visava à formação de trabalhadores capacitados para a instalação de atividades manufatureiras e a construção de novas máquinas, que seriam remetidas para as províncias. O Colégio possuía dez unidades dispersas por várias ruas do Rio de Janeiro, tendo 72 artífices em ocupações diversas. A composição das oficinas incluía casas de fazenda, urdir, estamperia e tintas; oficinas de torneiro, sentieiro, carpinteiro e marceneiro, ferreiro e serralheiro; aulas de desenho, primeiras letras e música; e armazém de madeira. No entanto, o empreendimento foi deficitário, pois a produção não atendia às necessidades financeiras, tornando permanente sua dependência do fomento estatal. Sem funcionar desde fevereiro de 1811, o Colégio das Fábricas

---

<sup>20</sup> A palavra “escola” tem sua origem na Grécia Antiga, com *SKHOLE*, que foi evoluindo até o Latim *SCHOLA*. Os termos de ambas as línguas têm o mesmo significado, “discussão ou conferência”, mas também significavam “folga, ócio”. Este último significado, no caso, seria um tempo ocioso onde era possível ter uma conversa interessante e educativa. Disponível em: <<https://www.gramatica.net.br/origem-das-palavras/etimologia-de-escola/>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

<sup>21</sup> Disponível em: <<http://mapa.an.gov.br/index.php/dicionario-periodo-colonial/155-colegio-das-fabricas#:~:text=O%20Col%C3%A9gio%20das%20F%C3%A1bricas%20tamb%C3%A9m,dire%C3%A7%C3%A3o%20de%20Sebasti%C3%A3o%20F%C3%A1bregas%20Surigu%C3%A9.>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

extinguiu-se, assim, por definitivo, despedindo ou encaminhando seus empregados para outros setores (MAPA, 2019).

No Império é inaugurado o primeiro Liceu de Artes e Ofícios, em 1858, que tinha como objetivo propagar e desenvolver para a classe trabalhadora a instrução artística e técnica dos ofícios industriais. Nesse período há a criação de várias instituições, eminentemente privadas, que ofertavam formação profissional aos órfãos e desvalidos, “os desfavorecidos da fortuna”, nestas instituições ensinavam-se as primeiras letras e a iniciação aos ofícios, tais como a tipografia, carpintaria, sapataria, tornearia. A educação profissional no país foi marcada pela ausência do estado. Por outro lado, tínhamos as escolas de formação acadêmica para aqueles que prosseguiriam seus estudos no nível superior. No início do século XX ocorre uma considerável mudança na oferta de formações profissionais.

O Presidente do Estado do Rio de Janeiro (como eram chamados os governadores na época), Nilo Peçanha iniciou no Brasil o ensino técnico por meio do Decreto nº 787, de 11 de setembro de 1906, criando quatro escolas profissionais naquela unidade federativa: Campos, Petrópolis, Niterói, e Paraíba do Sul, sendo as três primeiras, para o ensino de ofícios e a última à aprendizagem agrícola.

O ano de 1906 foi marcado pela consolidação do ensino técnico-industrial no Brasil pelas seguintes ações:

- Realização do “Congresso de Instrução” que apresentou ao Congresso Nacional um projeto de promoção do ensino prático industrial, agrícola e comercial, a ser mantido com o apoio conjunto do Governo da União e dos Estados. O projeto previa a criação de campos e oficinas escolares onde os alunos dos ginásios seriam habilitados, como aprendizes, no manuseio de instrumentos de trabalho.
- A Comissão de Finanças do Senado aumentou a dotação orçamentária para os Estados instituírem escolas técnicas e profissionais elementares sendo criada, na Estrada de Ferro Central do Brasil, a Escola Prática de Aprendizes das Oficinas do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro.
- Declaração do Presidente da República, Afonso Pena, em seu discurso de posse, no dia 15 de novembro de 1906:  
 “A criação e multiplicação de institutos de ensino técnico e profissional muito podem contribuir também para o progresso das indústrias, proporcionando-lhes mestres e operários instruídos e hábeis” (MEC, 2009, p. 2).

Com a morte de Afonso Pena, Nilo Peçanha assume a Presidência do Brasil e assina o Decreto nº 7.566, de 23 de setembro de 1909, criando 19 Escolas de Aprendizes Artífices em diferentes unidades da federação, destinadas ao ensino profissional, primário e gratuito. Para muitos pesquisadores este foi o marco zero da Educação Profissional no país. O Estado brasileiro assume a educação profissional e inaugura a Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, o que hoje conhecemos como CEFET. A partir da Lei 378 de 13 de janeiro de 1937, as Escolas de Aprendizes e Artífices transformaram-se em Liceus Profissionais, destinados ao ensino profissional, de todos os ramos e graus.

A dualidade estrutural da educação brasileira foi fomentada pela Reforma Capanema (1942), que dividia o ensino secundário (propedêutico) para a formação de intelectuais, e os ramos técnicos (agrícola, industrial, comercial e normal) para a formação de trabalhadores instrumentais. Os egressos dos ramos técnicos não tinham, então, direito de acesso ao ensino superior. Nesta década foram criados o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), principal marco da educação profissional da era Vargas e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), o Sistema ‘S’<sup>22</sup>, ambos de controle privado da educação profissional, buscavam atender as demandas oriundas da divisão social e técnica do trabalho, organizado sob a égide do paradigma taylorista-fordista. Somente em 1961 foi assegurado o direito ao ensino superior com a promulgação da Lei nº 4.024 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira), que estabeleceu a equivalência entre o ensino secundário, atual ensino médio, e o ensino técnico, para fins de prosseguimento dos estudos e ficou marcada pela luta entre a defesa do ensino público e os defensores da escola privada (CAMPELLO, 2009). De certo que os avanços e retrocessos no âmbito da Educação Profissional não ocorreram de forma linear, muito pelo contrário, se deram na dialética, no conflito. Contudo seguem algumas leis que a orientaram (MEC, 2009, p. 5-6):

- Lei nº 5.692/71 (Lei da Reforma de Ensino de 1º e 2º graus) torna obrigatório o ensino técnico-profissional para todo currículo do segundo grau, a fim de atender ao interesse do governo militar de preparar mão de obra para o “milagre econômico brasileiro”.

Segundo Angela Tamberlini em entrevista à Revista Poli (GUIMARÃES, 2020, p. 23) “Essa formação profissionalizante para todos na verdade era muito frágil. Acabou não dando uma formação profissional adequada, nem garantindo empregabilidade para a maioria”, pois as escolas privadas burlavam a lei e ofertavam um ensino diferente do que acontecia nas escolas públicas. Na mesma entrevista Maria Ciavata relata que algumas escolas privadas utilizavam a carga horária das disciplinas profissionalizantes, chamavam-nas de instrumentais, para reforçar matemática, física, química. E complementa que os alunos que estavam nestas instituições não desejavam tornar-se mecânico, eletricitista, encanador, mas passar para as universidades. O setor educacional privado se

---

<sup>22</sup> O que se chama hoje de Sistema S é composto por onze entidades administradas por confederações empresariais, embora nem todas voltadas para a educação profissional. A primeira, o Senai, foi criada em 1942, ligada à Confederação Nacional da Indústria (CNI). Quatro anos depois, em 1946, ainda no governo Vargas, nasceu o Senac, vinculado à Confederação Nacional do Comércio (CNC). E voltados para a educação profissional, existem o Senar (Serviço Nacional de Aprendizagem Rural) ligado à Confederação Nacional da Agricultura e Pecuária (CNA); o Sest (Serviço Social do Transporte) e Senat (Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte), vinculado à Confederação Nacional dos Transportes; e o SESCOOP (Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo), da Confederação Nacional das Cooperativas (GUIMARÃES, 2020, p. 18). Além do Sesi (Serviço Social da Indústria), Sesc (Serviço Social do Comércio) e Sebrae (Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas).

fortaleceu, enquanto a escola pública perdeu drasticamente a qualidade de ensino, “o regime militar prestou este desserviço à nação brasileira”, reforça Angela.

- Em 1978, com a Lei nº 6.545, três Escolas Técnicas Federais (Paraná, Minas Gerais e Rio de Janeiro) são transformadas em Centros Federais de Educação Tecnológica - CEFETs.
- Lei nº 7.046/82 reestabelece a modalidade de educação geral, com escolas propedêuticas para as elites e profissionalizantes para os trabalhadores.
- Em 1986, no governo de José Sarney foi criado o Programa de Extensão e Melhoria do Ensino Técnico (Protec), com recursos do BM, e previa a instalação de 200 escolas técnicas, industriais e agrícolas. O Protec perpetuava em larga medida uma concepção pedagógica de educação profissional que vinha do período da ditadura, que se embasava em uma visão produtivista e fragmentada da educação, que reeditou a Teoria do Capital Humano.
- Lei nº 8.948, de 1994, dispõe sobre a instituição do Sistema Nacional de Educação Tecnológica, transformando, gradativamente, as Escolas Técnicas Federais e as Escolas Agrotécnicas Federais em Centros Federais de Educação Tecnológica – CEFETs.
- Em 20 de novembro de 1996 foi sancionada a Lei 9.394 considerada como a segunda LDB, que dispõe sobre a Educação Profissional num capítulo separado da Educação Básica (e contempla os seguintes cursos: formação inicial e continuada ou qualificação profissional; educação profissional técnica de nível médio; educação profissional tecnológica de graduação e pós-graduação), superando enfoques de assistencialismo e de preconceito social contido nas primeiras legislações de educação profissional do país, fazendo uma intervenção social crítica e qualificada para tornar-se um mecanismo para favorecer a inclusão social e democratização dos bens sociais de uma sociedade.
- O decreto 2.208/1997 regulamenta a educação profissional e cria o Programa de Expansão da Educação Profissional - PROEP. Que foi financiado pelo Ministério da Educação e do Trabalho e com empréstimos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).
- O decreto Nº 5.154/2004 substituiu o decreto Nº 2.208 e aponta que cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores independente de escolaridade, poderão ser “ofertados segundo itinerários formativos” (Art.3º). O itinerário formativo é entendido, no referido decreto como “conjunto de etapas que compõem a organização da educação profissional em uma determinada área, possibilitando o aproveitamento contínuo e articulado dos estudos” (Art.3º, parágrafo 1º). Ainda que esse decreto retrate um pensamento conservador, ele “agrega em seu conteúdo elementos do ideário da Educação Politécnica, a qual defende a possibilidade de um ensino capaz de integrar ciência e

cultura, humanismo e tecnologia, objetivando o desenvolvimento de todas as potencialidades humanas” (EPSJV, 2012, p. 6), rompendo assim a dicotomia entre educação básica e técnica.

- Em 2008, a lei nº 11.892 cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, que são instituições de educação superior, básica e profissional. Conjugam conhecimentos técnicos e tecnológicos às práticas pedagógicas.

Nosella (*apud* CAMPELLO, 2009, p. 137) distingue “escola do dizer” e “escola do fazer” como divisões estruturais do sistema educativo no modo de produção capitalista: por um lado, a escola de formação das elites, com a educação científico-acadêmica destinada àqueles que vão conceber e controlar o processo de trabalho. Por outro, a escola de formação do proletariado, com a educação profissional destinada àqueles que estão sendo preparados para executar tal processo de trabalho. Se existem formações diferentes, existem interesses diferentes (RUMMERT *et al.*, 2013). Sendo assim, o que justificaria, então, a presença da classe trabalhadora na escola? O professor Dermeval Saviani (1989, p. 13) nos auxilia na compreensão do acesso ao conhecimento desta classe:

A contradição do capitalismo atravessa também a questão relativa ao conhecimento: se essa sociedade é baseada na propriedade privada dos meios de produção, e se a Ciência, se o conhecimento é um meio de produção, uma força produtiva, ela deveria ser propriedade privada da classe dominante. No entanto, os trabalhadores não podem ser expropriados de forma absoluta dos conhecimentos, porque sem conhecimentos eles não podem também produzir e, por consequência, se eles não trabalham, não acrescentam valor ao capital. Desse modo a sociedade capitalista desenvolveu mecanismos através dos quais ela procura expropriar o conhecimento dos trabalhadores e sistematizar, elaborar esses conhecimentos, e os devolver na forma parcelada.

Uma das características da escola capitalista é a lógica da “inclusão-exclusão”, ou seja, ainda que os filhos da classe trabalhadora tenham direito ao acesso à educação, são utilizadas estratégias que dificultam e impedem a permanência destes estudantes na escola, podendo-se citar, dentre elas: repetência, abandono, produção do retardo escolar e outras (RUMMERT *et al.*, 2013). Assim, como colocam Rummert *et al.* (2013), mesmo a existência, na atualidade, de formas de ensino que sejam de qualidade para a classe trabalhadora, no capitalismo a função da escola é discriminar, processo este que ocorre desde o início dos anos escolares, havendo, desta maneira, uma intencionalidade nisto. Baudelot e Establet (*apud* CAMPELLO, 2009, p. 36, colchetes nossos) dizem: “Seus ‘defeitos’ [da escola] ou ‘fracassos’ são, em verdade, a realidade necessária de seu funcionamento”.

Rummert *et al.* (2013) indicam que as contradições existentes no campo da educação refletem as contradições do capital, visto que as políticas sociais sofrem questionamentos e efeitos da sociedade em que se encontram. Corroborando com este debate, Kuenzer (2010) pontua que a classe trabalhadora e suas frações possuem distintas formas de ingresso à educação, entretanto, a educação

consolidada hegemonicamente para esta parcela da população não é emancipatória: é uma educação direcionada aos interesses do capitalismo, ou seja, "inclusão sempre subordinada" (KUENZER, 2010, p. 43). Como apontam Rummert *et al.* (2013, p. 723, grifo no original), a dualidade educacional brasileira assume diferentes formas históricas:

[...] inicialmente, a ausência efetiva de acesso à escola para a maioria da classe trabalhadora; a seguir, as ofertas formalmente diferenciadas de percursos escolares para as burguesias e para a classe trabalhadora.

Atualmente se verifica a *democratização de acesso* a todos os níveis de certificação, mantendo-se a diferença qualitativa entre os percursos da classe trabalhadora e os das classes dominantes.

A fim de que as condições de acumulação sejam preservadas pela burguesia, necessita-se aumentar o nível de conhecimento da classe trabalhadora, mas restringindo-a ao acesso aos meios de produção. A classe dominante, desta forma, está diante de um dilema: se mantiver a classe dominada sem conhecimento, esta não poderá desenvolver o trabalho necessário ao mercado. Tão logo, a burguesia encontrou uma forma de limitar o acesso ao conhecimento técnico-científico a um seletivo contingente da força de trabalho, enquanto a grande maioria é atendida por um tipo de qualificação profissional fragmentada, em caráter de treinamento. É um tipo de educação voltada para o desemprego, que deixa a classe dominada à margem do mercado formal de trabalho (subempregos, ‘bicos’, trabalhos precários e temporários), naturalizando tal situação. Conforme aponta Souza (2013, p. 8):

[...] mesmo que possamos vivenciar uma ampliação considerável da oferta de serviços educacionais voltados para a formação e qualificação do trabalhador, de modo geral, esta oferta significa muito mais um mecanismo de mediação do conflito de classe no campo da luta pelo acesso ao conhecimento científico e tecnológico do que um instrumento de formação/qualificação profissional propriamente dita.

Essa dualidade educacional estrutural resgata o que o italiano Antonio Gramsci (1978, p. 136) afirma, de que “a escola preocupada em satisfazer os interesses práticos do mercado foi louvada como democrática quando, na verdade, não só foi destinada a perpetuar as diferenças sociais, como ainda a cristalizá-las”. Ainda sobre a discussão de escola profissional, segue um trecho escrito em 1916, como parte de um artigo intitulado ‘Homens ou máquinas?’, de autoria de Gramsci:

“A escola profissional não deve se transformar numa incubadora de pequenos monstros aridamente instruídos para um ofício, sem ideias gerais, sem alma, mas apenas com olho

certo e a mão firme. Mesmo através da cultura profissional é possível fazer com que surja da criança o homem, contanto que se trate de cultura educativa e não só informativa, ou não só prática manual” (GRAMSCI, 1980).

Gramsci apresenta uma concepção de educação que caminha no sentido contrário desta dualidade, concebendo a Escola Unitária: “esse projeto de escola busca promover uma educação mais inteira possível, visa formar o indivíduo nas suas múltiplas dimensões” e “reconhece que numa sociedade dividida em classes, as pessoas já na sua origem estão segmentadas”, explica o professor Ronaldo Lima em entrevista à Revista Poli (GUIMARÃES, 2020, p. 31).

Na mesma matéria, Paolo Nosella explica que a Escola Unitária deve manter a unidade com a “vida cultural da sociedade como um todo”. Na política, almeja que todos tenham igualmente a possibilidade de ser dirigentes e dirigidos, promovendo uma unitariedade entre teoria e prática. Para Nosella, a profissionalização deve se dar na universidade, e Lima defende que a formação deve ocorrer no ensino médio integrado, considerando que muitos jovens brasileiros, por questões socioeconômicas, são obrigados a entrar no mercado de trabalho de forma precoce.

Foi Saviani quem introduziu no debate pedagógico brasileiro o conceito de politecnia, desenvolvido a partir do pensamento de Karl Marx e Antonio Gramsci, como estratégia de enfrentamento da dualidade educacional que historicamente marcou as políticas de educação brasileiras: a separação entre formação geral, destinada para os mais ricos, da formação específica para o trabalho, voltada para as classes populares. “[A politecnia é uma proposta de] formação humana que rompe com as dicotomias geral e específico, político e técnico, ou educação básica e técnica, heranças de uma concepção fragmentária e positivista de realidade humana”, resume o professor da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) Gaudêncio Frigotto (ANTUNES, 2020, p. 7, colchetes no original).

Este subcapítulo buscou apresentar os primórdios da Educação Profissional e sua relação na intensificação da dualidade educacional estrutural, que se reflete na dinâmica de trabalho dos profissionais de saúde: os auxiliares e técnicos exercem o que é “manual”, já os graduados e especialistas “prescrevem” e pensam os processos de trabalho. Há inclusive grande fragmentação das ações de VS, por exemplo: o ACE coleta os dados através da visita domiciliar, esses são transformados em informações, que resultam em ações (majoritariamente) pontuais, pensadas por gestores que nem sempre tem a vivência da dinâmica do território. Por vezes, as ações sequer são elaboradas, segundo as especificidades do território, pois seguem protocolos rígidos preconizados pelo Ministério da Saúde, como ocorre na prevenção e controle das arboviroses, direcionado pelo Plano Nacional de Controle da Dengue.

## 2.2 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Para alguns autores (REZENDE, 1987; PEREIRA, 2007) a origem da Educação Profissional em Saúde surgiu com a enfermagem, os iniciantes simplesmente reproduziam a prática dos mais antigos, sem aprofundar-se no embasamento teórico de tais práticas. Foi no século XIX, na Inglaterra, que estes trabalhadores passaram por uma qualificação realizada na primeira escola de enfermagem da Europa, instituída por Florence Nightingale, no Hospital Saint Thomas, em Londres. “Nascida na consolidação do capitalismo, a enfermagem moderna reconhece a utilidade social e insere no seu processo de trabalho a repartição de tarefas” (PEREIRA, 2007, p. 156). A escola inglesa, inicialmente, recebeu alunas da alta classe burguesa, chamadas de *ladies*, que pagavam pelo ensino, e alunas da camada popular, chamadas de *nurses*, que tinham gratuidade no ensino e na moradia. Às *ladies* cabia o pensar, concretizado nos postos de comando, foram destinadas as funções de controle e supervisão. Para as *nurses*, as funções submissas às *ladies* e, mais diretamente, ligadas ao trabalho manual, embora recebessem o mesmo tipo de qualificação. Resgatando o debate sobre dualidade educacional estrutural, é possível identificar que a divisão social determinou a divisão técnica, assim como a dicotomia entre o trabalho manual e o intelectual pela classe social.

Há um rico debate sobre os termos “formação profissional” e “qualificação profissional”, ambos de caráter polissêmico, incorporam sentidos e concepções distintas. Para Catanni (*apud* PEREIRA, 2007, p. 158), a formação profissional:

Designa todos os processos educativos que permitam ao indivíduo adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas ou nas empresas (...) A Formação Profissional é uma expressão recente, criada para designar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, portanto à relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho (...) na ótica dos trabalhadores, a Formação Profissional assume um caráter associado às ideias de autonomia e de auto-valorização. Essa perspectiva contesta o sentido da educação ou da formação para o trabalho, bem como a política de integração do trabalhador nos projetos empresariais. Ela abre, ao mesmo tempo, um leque mais amplo de discussão, compreendido em temas como: “Trabalho como Princípio Educativo” e “Formação Politécnica”.

Com a finalidade de manter os trabalhadores produtivos para o capital, as políticas direcionadas à educação profissional visam formar trabalhadores disciplinados, obedientes, que se adaptem às necessidades do mercado de trabalho. Comumente, a formação que recebem é esvaziada de sentido e voltada para o aumento da produtividade e para a competitividade. Em contrapartida há outro projeto contra-hegemônico que luta e reivindica por uma educação transformadora, a fim de

superar a divisão social do trabalho, o que coloca a educação profissional de nível médio num contexto de lutas políticas e técnicas (PEREIRA, 2006). Gondim e Monken acrescentam:

De modo geral, entre as experiências de formação de trabalhadores de nível médio da saúde, duas correntes de pensamento são identificadas: a adaptativa, cujo objetivo é adequar os indivíduos às exigências do modo de produção social capitalista, destituindo do processo formativo dos trabalhadores, a análise crítica das relações de produção, e sociais concretas, que permeiam o processo de trabalho, onde as ações dos trabalhadores de nível médio são naturalizadas e a formação profissional reduzida a treinamentos, com hegemonia do ideário cientificista e tecnicista, e a emancipatória pautada na possibilidade de superação do existente, onde os contextos das contradições geradas pelo embate capital x trabalho promovem condições para a emancipação do trabalhador, seja em sua relação com o pensamento, seja em relação a ordem social e econômica imposta. Nessa perspectiva, o trabalho dos profissionais de nível médio da saúde é considerado complexo, sendo fundamental a formação qualificada, nas suas dimensões política e técnica (2017, p. 51-52).

Historicamente as formações para trabalhadores de nível fundamental e médio na saúde ocorrem de forma pontual e reduzida muitas vezes a determinados agravos ou situações emergenciais. Assim como aconteceu com os ACE no município do Rio de Janeiro durante os últimos 20 anos. Após a formação inicial de 40 horas, para exercício do cargo de ACE, poucos processos formativos ultrapassaram esta carga horária, com exceção do Proformar e do CTVISAU, que se diferenciaram, não apenas no tempo de duração, mas na metodologia, na visão ampliada do conceito de saúde e na autonomia do trabalhador.

O Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) teve um importante papel na formação dos seus profissionais, outro processo importante foi a qualificação dos atendentes no Rio de Janeiro e o Curso de Primeiros Socorros na Legião Brasileira de Assistência (LBA). Durante a década de 1940 o Ministério do Trabalho também ofertou cursos que evitassem acidentes de trabalho. Pereira (2007, p. 167) ressalta que, “no campo da saúde, ainda na década de 1950, a regulação do trabalho se dava, majoritariamente, através das instituições médicas, havendo ainda uma demanda pública por profissionais que desenvolvessem práticas sanitárias”.

O debate entorno das políticas de formação de trabalhadores da saúde ganhou espaço nas III e IV CNS, porquanto percebia-se a necessidade de construir programas de capacitação voltados para esses trabalhadores, como também uma política permanente de recursos humanos na saúde. Em 1960, o Sesp foi transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública. E posteriormente na década de 1970, houve a criação dos Programas de Extensão de Coberturas (Pecs), dentre eles o Programa de Preparação Estratégica Pessoal da Saúde (Preps), elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e Cultura e a Opas, com a finalidade de “preparar trabalhadores visando a um processo de extensão de cobertura adequado às diferentes necessidades de diversas

regiões e definindo um processo de qualificação de trabalhadores de nível médio e fundamental” (SILVA; DALMASO *apud* PEREIRA, 2007, p. 170). “Além do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) que objetivava a utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutados nas comunidades locais” (SOUZA *apud* PEREIRA, 2007, p. 170).

O projeto Formação em Larga Escala (BRASIL, 1982) foi criado na década de 1980, proveniente de um olhar atento de educadores comprometidos com a profissionalização dos trabalhadores da saúde. Eles identificaram brechas na lei 5.692/71, que possibilitavam através do ensino de suplência, uma qualificação profissional por meio dos centros formadores - as Escolas Técnicas do Sistema de Saúde. O projeto, de cooperação interinstitucional entre o Ministério da Saúde, o MEC, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a Opas, surgiu devido à necessidade de promoção e melhoria da formação profissional de trabalhadores de nível médio e fundamental inseridos nos serviços de saúde. De acordo com o MS:

Trata-se de combinar num único mecanismo três elementos essenciais: a) O ensino supletivo, que confere flexibilidade em termos de carga horária, tempo de formação, corpo docente etc, e está dirigida a indivíduos (já admitidos, ou em processo de seleção), que realmente optaram pelo engajamento nesse setor de mercado de trabalho; b) O treinamento em serviço que proporciona melhor ajustamento entre o tipo de qualificação e as necessidades operacionais das instituições de saúde; c) O caráter de habilitação oficialmente reconhecida pelo sistema educacional, o que enseja o estabelecimento de padrões mínimos para o processo de capacitação, facilita a promoção profissional e o acesso a outros níveis de formação. (BRASIL, 1982, p. 19)

A formação profissional permanecia enfrentando sérias dificuldades, tais como: a certificação dos estudantes, a necessidade de aprimorar o processo ensino-aprendizagem, melhorar as condições de realização das ações de saúde. Essas dificuldades impulsionaram a enfermeira Izabel dos Santos<sup>23</sup> a estudar e investigar a legislação do ensino vigente na maior parte da década de 1970 e durante a década de 1980. Outro nome de destaque na luta pelas Escolas Técnicas do SUS foi a professora Ena Galvão, que também vislumbrou brechas na lei de ensino, que tornaram legalmente possível a construção deste projeto de formação profissional (PEREIRA, 2007).

Com a concretização da formação, viu-se a necessidade de traçar estratégias metodológicas de ensino que ajudassem a transmissão do conhecimento, ao mesmo tempo aproveitando a experiência profissional e pessoal desses alunos-trabalhadores. Pereira (2007) reforça que formar estes profissionais de saúde não significa apenas adaptá-lo ao existente, perpetuar formações

---

<sup>23</sup>Izabel dos Santos foi referência na formulação e implementação das políticas de formação de trabalhadores da saúde, em especial dos técnicos e auxiliares na área da enfermagem, ocupando um lugar importante na história da saúde coletiva brasileira. Leia mais em PAIVA (2015) e MATHIAS (2010).

fragmentadas e parciais, entretanto formá-los para que sejam capazes de analisar, criticar, mediar, formular e intervir na realidade dos serviços de saúde e do território. Articulando conhecimentos teóricos e práticos, culturais e técnicos, qualificando o trabalho e o cidadão.

Como processo político que é, a luta pelas Escolas Técnicas do SUS ganhou força quanto maior foi o compromisso do gestor com a saúde pública, e o entendimento de que uma assistência de qualidade passa necessariamente por uma melhor formação dos trabalhadores que ali atuam. Com o mesmo sentido, a luta pela profissionalização dos trabalhadores da saúde é também luta por um projeto político da sociedade (PEREIRA, 2007, p. 180).

Entre avanços e retrocessos a educação profissional na área da saúde recebeu um grande investimento no 2º mandato do governo Lula, por meio do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). Que objetivava formar cerca de 260 mil trabalhadores, e visava à oferta de cursos técnicos em áreas como Radiologia, Manutenção de Equipamentos, Vigilância em Saúde e Enfermagem, entre outros, bem como cursos de capacitação para ACS e na área de Saúde do Idoso para as equipes da ESF, por meio das ET-SUS, Escolas de Saúde Pública e Centros Formadores vinculados aos governos estaduais e municipais e financiamento do MS (ANTUNES, 2020). O autor acrescenta:

No âmbito do Profaps foi que se construiu o referencial teórico para o curso técnico de Vigilância em Saúde, processo do qual a EPSJV participou como instituição de referência. Organizado como um itinerário formativo, a proposta era que ele pudesse conferir uma habilitação técnica a 85 mil Agentes de Combate a Endemias (ACE) que tinham recebido formação inicial por meio de outro programa executado pelas ETSUS, coordenado pela EPSJV e financiado pelo Ministério da Saúde entre 2001 e 2006: o Proformar, ou Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde. Em 2017, a EPSJV organizou a produção de um livro didático<sup>24</sup> para subsidiar as ETSUS na oferta do curso (*Ibidem*, p. 11).

O referido curso técnico é o objeto desta pesquisa e será analisado no próximo capítulo desta dissertação.

### 2.2.1 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

O início da gestão do PT trouxe grandes avanços no campo da formação em saúde. Em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS, um ano depois foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) por meio da

<sup>24</sup> Obras GONDIM *et al* (2017a) e GONDIM *et al* (2017b) disponíveis em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/series/livros/740>>. Acesso em: 11 jul. 2022.

Portaria GM/MS nº 198/2004 (BRASIL, 2004), e posteriormente teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (BRASIL, 2007), ambas revogadas pela Portaria de Consolidação nº 2/2017 (BRASIL, 2017b). Essa última normativa se adequou à implantação do Pacto pela Saúde, momento em que a SGTES, em parceria com o CONASS e com o CONASEMS, “promoveu uma ampla discussão no sentido de fazer reformulações nos marcos regulatórios pelos atores do SUS nos territórios, incluindo os aspectos relacionados ao financiamento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS)” (BRASIL, 2018c, p. 9).

É válido esclarecer que o conceito de educação na saúde, encontra outras variações, como educação em saúde e educação para a saúde. Segundo o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a educação na saúde “consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2012, p. 20). Também conhecida como educação no trabalho em saúde, a educação na saúde apresenta duas modalidades: a educação continuada e a EPS.

A educação continuada é o “processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele” (BRASIL, 2012, p. 19), comumente possui um período definido para execução e adota majoritariamente os pressupostos da metodologia de ensino tradicional. Já a EPS, preconizada pelo MS se configura como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho (BRASIL, 2007).

A EPS é uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. Objetiva, assim, a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do SUS, no âmbito federal, estadual e municipal (BRASIL, 2018c, p. 12)

Ceccim e Feuerwerker (*apud* BRASIL, 2018c, p. 10) apontam que esta concepção político-ideológica, cuja condução se operacionaliza no âmbito de locorregiões de saúde, convoca os sujeitos do quadrilátero da formação – ensino, serviço, gestão e controle social – a refletirem de modo permanente a realidade posta e a buscar soluções criativas para a superação dos problemas de saúde e, por conseguinte, qualificar as ações no intuito de aumentar a resolubilidade e a eficiência do sistema

de saúde. A EPS propõe ainda que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho.

O texto presente na PNEPS (BRASIL, 2017b) aponta que:

- O objetivo do MS é a construção de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS (instâncias interinstitucionais e locorregionais/rodas de gestão) com a elaboração de projetos de: mudança na educação técnica, na graduação, nas especializações em serviço, nas residências médicas ou outras estratégias de pós-graduação; desenvolvimento dos trabalhadores e dos gestores de saúde; envolvimento com o movimento estudantil da saúde; produção de conhecimento para a mudança das práticas de saúde e de formação, bem como a educação popular para a gestão social das políticas públicas de saúde.
- A PNEPS é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino, colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da EPS: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social.
- O Pólo deve ter condução e coordenação colegiada, quebrando-se a regra hegemônica da verticalidade do comando e da hierarquia nos fluxos. O MS pretende a superação da racionalidade gerencial hegemônica na gestão da educação permanente, por isso a ideia de Polos ou Rodas. O Colegiado de Gestão dos Polos instituirá a novidade na condução e coordenação da educação permanente em saúde como um novo arranjo e uma nova estrutura organizativa. Esta iniciativa nasce fortemente comprometida com o projeto ético-político da Reforma Sanitária Brasileira e propõe a co-responsabilidade entre educação, gestão, atenção e controle social em bases locorregionais.

Nos anos de 2017-2018 ocorreram diversas oficinas e encontros para avaliar e discutir sobre a PNEPS, que estão relatadas no documento *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* (BRASIL, 2018c), que aponta para a necessidade de adotar medidas para a implementação da PNEPS e a elaboração de estratégias para sua atualização, que se fazem necessárias diante das novas exigências da área da saúde. Tais como, o estímulo a maior utilização das novas tecnologias para o ensino na saúde e o estabelecimento do compromisso com as novas demandas de saúde pública.

### 2.3 A EPSJV E SUA IMPORTÂNCIA NO PROCESSO FORMATIVO PARA ÁREA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio<sup>25</sup> é uma unidade técnico-científica da Fiocruz que promove atividades de ensino, pesquisa e cooperação no campo da Educação Profissional em Saúde. A EPSJV oferece cursos técnicos de nível médio, de especialização e de qualificação nas áreas nas áreas de Vigilância, Atenção, Informações e Registros, Gestão, Técnicas Laboratoriais, Manutenção de Equipamentos e Radiologia, além da Educação de Jovens e Adultos (EJA) e de um Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde.

A Escola coordena e desenvolve programas de ensino em áreas estratégicas para a Saúde Pública e para Ciência e Tecnologia em Saúde; elabora propostas para subsidiar a definição de políticas para a educação profissional em saúde e para a iniciação científica em saúde; formula propostas de currículos, cursos, metodologias e materiais educacionais; e produz e divulga conhecimento nas áreas de Trabalho, Educação e Saúde.

Desde 2004, a Escola também é Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Educação de Técnicos em Saúde e Secretaria Executiva da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS)<sup>26</sup>, desde 2005. A instituição desenvolve ainda iniciativas de cooperação nacional e internacional principalmente em países da América Latina e África.

Com o objetivo de disseminar conhecimento em sua área de atuação, a Escola Politécnica edita o periódico científico ‘Trabalho, Educação e Saúde’, lançado em 2003; coordena a Biblioteca Virtual sobre Educação Profissional em Saúde (BVS-EPS); e publica, desde 2008, a revista jornalística ‘Poli – Saúde, Educação e Trabalho’, além de desenvolver diversas outras iniciativas de

---

<sup>25</sup> Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/escola/quem-somos>>. Acesso em: 05 jul. 2022.

<sup>26</sup> Disponível em: <<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/>>. Acesso em: 07 jul. 2022.

comunicação e divulgação nas redes sociais. A EPSJV também foi Secretaria Técnica e Secretaria Executiva de Comunicação da RET-SUS.

A Escola ainda edita livros e material educativo sobre suas áreas de atuação e sedia a Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde, que integra a Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, criada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde (Opas) como espaço para produção e análise de informações e conhecimento nessa área.

Desde abril de 1986, a EPSJV também coordena o Programa de Vocação Científica (Provoc) da Fiocruz, que proporciona aos jovens do ensino médio a vivência no ambiente de pesquisa (EPSJV, 2020).

### 2.3.1 A formação Politécnica na EPSJV

Este tópico tem por objetivo apresentar alguns princípios que orientam o Projeto Político Pedagógico<sup>27</sup> (PPP) da EPSJV (EPSJV, 2005), por meio das contribuições dos pensadores Antonio Gramsci e Karl Marx para a área da Educação e discutir brevemente os conceitos de Escola Unitária, Educação Politécnica e a dualidade educacional já abordada no subcapítulo 2.1. Compreender os princípios pedagógicos e societários que estruturam o PPP da instituição formadora é fundamental para entender para que e para onde esses alunos-trabalhadores estão sendo formados.

Em julho de 1985, a Fiocruz cria uma unidade técnica voltada para a formação de trabalhadores de nível médio e elementar em saúde. Inicialmente com o nome de José Rodrigues da Silva, em 1º de julho de 1985, passou a ser denominada Politécnico de Saúde Joaquim Venâncio (PSJV) a partir de 6 de agosto de 1985, de acordo com ato do presidente da Fiocruz à época, Sérgio Arouca. O primeiro diretor do PSJV foi Carlos Verani. O Poli surge no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, como resultado das lutas da educação e da saúde que se fortaleciam naquele momento de expectativa em relação à democratização do país, nasceu para defender que a educação também era um direito e que a formação dos trabalhadores de nível médio deveria ser integral. Porque tão importante quanto os conhecimentos específicos para a prática profissional, são os condicionamentos históricos e sociais do mundo do trabalho<sup>28</sup> em saúde. Em 16 de agosto de 1989, foi publicada a portaria da Presidência da Fiocruz que alterou o nome do Poli para Escola Politécnica de Saúde

---

<sup>27</sup> Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/escola/documentos>>. Acesso em: 05 jul. 2022.

<sup>28</sup> Trabalho compreendido como o agir do homem sobre a natureza, para transformá-la, transformando ao mesmo tempo sua própria natureza (MARX, 1989).

Joaquim Venâncio. Na EPSJV, a pesquisa, além de ser uma área de atuação, também é um princípio educativo na formação de seus alunos (EPSJV, [s.d.]; EPSJV, 2020).

A EPSJV concebe a educação como projeto de sociedade. Nesse sentido, é defensora de uma concepção politécnica que dialoga com as circunstâncias societárias atuais e, deixando explícita a sua concepção de mundo, compreende que o trabalhador se educa no conflito e na contradição, e que a aquisição, pela classe trabalhadora, dos saberes elaborados pela humanidade serve de instrumento para a luta contra a divisão social do trabalho e a dominação (EPSJV, 2005, p. 7).

Segundo a atual presidente da Fiocruz Nísia Trindade em entrevista à Viviane Tavares (EPSJV, 2020, p. 29) “a Escola Politécnica traz a centralidade do trabalhador técnico e a formação mais ampla, e não de cunho apenas técnico, mas emancipatório”. Uma Escola que fomenta uma visão crítica e propicia uma formação técnica distinta da hegemônica. Além da formação de jovens na oferta de cursos técnicos integrados ao Ensino Médio, existem inúmeros processos formativos (cursos de atualização, qualificação, especialização, mestrado, entre outros) para trabalhadores, principalmente do Sistema Único de Saúde, complementa Nísia.

### **E quem foi Joaquim Venâncio?**

Joaquim Venâncio Fernandes nasceu em 23 de maio de 1895, era um homem negro, de personalidade forte, sem oportunidade de instrução formal, que ingressou como servente no Instituto Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz) em 1916, contudo por seu interesse e competência passou a auxiliar Adolpho Lutz e outros zoólogos, dedicando-se à pesquisa científica, é considerado um dos mais importantes técnicos de laboratório da história da Fiocruz (REIS, 2018; PARAENSE, 1988) e morreu em 27 de agosto de 1955. Reis acredita que “a escolha do nome de Joaquim também buscou dar visibilidade aos trabalhadores técnicos que, historicamente, têm acesso desigual aos processos de escolarização e qualificação profissional” (NEVES, 2020, p. 5). Dentre os materiais pesquisados sobre Venâncio fora encontrado o vídeo “Em busca de Joaquim Venâncio” (CULTURA POLITECNIA, 2009), que é resultado de um trabalho produzido em 2009 por estudantes da 1ª série do Ensino Médio da EPSJV. Nesta produção é possível perceber o trabalho e a pesquisa como princípio educativo tão discutido em Gramsci e Marx.

Durante o vídeo, duas falas convergiram para o entendimento do conhecimento formulado a partir da prática, conforme Antonio José Alves - Toninho<sup>29</sup> disse: “Os alunos técnicos dos laboratórios

---

<sup>29</sup> Trabalhador técnico aposentado da Fiocruz, ex-dirigente da ASFOC, conviveu muitos anos com Joaquim.

do Instituto Oswaldo Cruz não tinham o aprendizado que tem hoje, *tinham o conhecimento da prática, e dentro da prática eles faziam o conhecimento. Todo conhecimento se dava da prática.*” E Maria Lage<sup>30</sup> relatou ainda: “Muitos vinham tentar colher meu sangue para o pré-natal, mas ninguém conseguia, até que Joaquim veio à minha casa e conseguiu. Muito simpático, muito amável, generoso. *Era um grande técnico de laboratório, não sabia ler, se soubesse, passaria a perna nos médicos. Ele tinha muito conhecimento*”, era considerado por muitos como um professor (CULTURA POLITECNIA, 2009, grifos nossos). Corroborando com que Saviani (1989, p. 19) defende “eles aprendem praticando, mas ao praticar vão dominando de forma cada vez mais aprofundada os fundamentos, os princípios que estão na base desta forma de se organizar o trabalho na sociedade”.

### **De volta à politecnia**

A discussão sobre educação politécnica não é recente, de acordo com Rodrigues (2009), para muitos pesquisadores da área de trabalho e educação o conceito de ‘educação politécnica’ pode ser compreendido como uma concepção marxista de educação. Ainda que Marx não tenha escrito um texto sistemático sobre a questão pedagógica, esta se faz presente no contexto da crítica às relações sociais e no trabalho como princípio educativo.

Esta combinação de trabalho produtivo pago com a educação intelectual, os exercícios corporais e a formação politécnica elevará a classe operária acima dos níveis das classes burguesa e aristocrática (MARX & ENGELS *apud* RODRIGUES, 2009, p. 169).

Gramsci também apresenta a concepção de politecnia na construção de uma escola unitária:

Escola única inicial de cultura geral, humanista, formativa, que equilibre equanimemente o desenvolvimento da capacidade de trabalhar manualmente (tecnicamente, industrialmente) e o desenvolvimento das capacidades de trabalho intelectual.  
Deste tipo de escola única, através de repetidas experiências de orientação profissional, passar-se-á a uma das escolas especializadas ou ao trabalho produtivo (GRAMSCI, 1978, p. 118).

Na década de 1980, a proposta da educação politécnica ganha força com Dermeval Saviani, que “entende que estudar teoria da formação humana era buscar apreender as concepções de homem, sociedade e educação, em Marx e Gramsci” (RODRIGUES, 2009, p. 170). Muitas reflexões e discussões ocorreram neste período sobre a formação profissional integral, síntese entre cultura e

---

<sup>30</sup> Vizinha de Joaquim na década de 50.

técnica, alicerçada numa sólida Educação Básica e dela indissociável, que culminou na realização do Seminário Choque Teórico, no Rio de Janeiro de 2 a 4 de dezembro de 1987, organizado pela EPSJV.

Como subsídio ao Seminário, foi elaborado o documento “Escola Politécnica de Saúde: uma utopia em construção”, com os seguintes temas: filosofias educacionais, metodologias de ensino, eixos curriculares, relação professor-aluno, educação e trabalho e, fundamentalmente, a concepção de educação politécnica como forma de possibilitar ao homem o exercício de uma profissão como condição de humanização e de transformação social (SAVIANI, 1989). O Seminário contribuiu para estruturar o projeto ético-político e pedagógico desta Escola, afirmando essa como um espaço de criação, questionamentos, crítica e produção intelectual e material, comprometido com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e com o desenvolvimento científico e tecnológico em Saúde, tendo o trabalho como princípio educativo (EPSJV, 2005, p. 12).

No texto elaborado a partir desse encontro, Saviani (1989) discorre sobre como a existência humana é caracterizada pelo trabalho – concepção marxista –, sendo que, historicamente, a formação do homem determina o modo de produção existente e do lugar da escola em cada época. Inicialmente, a escola era o lugar do ócio, depois dos intelectuais e, posteriormente, na sociedade capitalista - com o predomínio da cidade sobre o campo, faz-se necessário o domínio de códigos convencionais. Decorre daí a proposta de universalização da escola, e é sobre essa base que vão se estruturar os currículos escolares. Quanto à politecnicidade, o autor define:

A noção de politecnicidade se encaminha na direção da superação da dicotomia entre trabalho manual e trabalho intelectual, entre instrução profissional e instrução geral. Na forma da sociedade moderna, da sociedade capitalista, que generaliza as exigências do conhecimento sistematizado, o fato é marcado por uma contradição: como se trata de uma sociedade baseada na propriedade privada dos meios de produção, a maximização dos recursos produtivos do homem é acionada, mas em benefício daquela parcela que detém a propriedade dos meios de produção. Na sociedade capitalista a Ciência é incorporada ao trabalho produtivo, convertendo-se em potência material. O conhecimento se converte em força produtiva e, portanto, em meio de produção (*Ididem*, p. 13).

Muitos autores têm contribuído com o tema da politecnicidade, dentre eles, Gaudêncio Frigotto, Acácia Kuenzer, Lucília Machado, José Rodrigues, Marise Ramos. Rodrigues (2009, p. 172) apresenta brevemente que a proposta brasileira de ‘educação politécnica’ possui 3 eixos fundamentais:

1. Dimensão infra-estrutural: agrega os aspectos relacionados ao mundo do trabalho, especificamente os processos de trabalho sob a organização capitalista de produção, e, conseqüentemente, a questão da qualificação profissional.

2. Dimensão socialista: busca expor a profunda relação entre essa concepção de formação humana e um projeto de construção de uma sociedade sem classes. Representaria uma profunda ruptura com o projeto de educação profissional e, fundamentalmente, com o projeto de formação humana postos pela sociedade burguesa.
3. Dimensão pedagógica: busca romper com a profissionalização estreita, por um lado, e com uma educação geral e propedêutica, livresca e descolada do mundo do trabalho, por outro.

O conceito de educação profissional politécnica, adotado na EPSJV, tem como pressupostos principais (EPSJV, 2005, p. 63-65):

- A educação profissional como parte significativa de um projeto nacional, baseado num conceito democrático de nação e de formação da força de trabalho em saúde pautada pelas relações sociais.
- A noção de politecnicidade que, como traduz Saviani (1989, 2003), postula que o processo de trabalho desenvolva, em uma unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais, pois são características intrínsecas e concomitantes no trabalho humano. A separação dessas funções é um produto histórico-social e não é absoluta, mas relativa.
- A ideia de politecnicidade implica uma formação que, a partir do próprio trabalho social, desenvolva a compreensão das bases de organização do trabalho de nossa sociedade. Trata-se da possibilidade de formar profissionais não apenas na dimensão teórica, mas articulando teoria e prática num processo em que, ao praticar, se compreendem, os princípios científicos que estão direta e indiretamente na base desta forma de se organizar o trabalho na sociedade.
- A formação profissional não é estática, é processo de construção individual e coletivo, no qual os indivíduos se qualificam ao longo das relações sociais.
- A afirmação de que o conhecimento é construído socialmente e relacionado ao processo ensino-aprendizagem. O sujeito se forma em interações contínuas com o meio social, internalizando sinais e valores, herdando toda a evolução filogenética e cultural, tendo então acesso às funções mentais superiores, como a linguagem, a atenção voluntária, as operações lógicas etc.
- A contextualização significando partir do conhecimento que o trabalhador já tem, valorizar esse conhecimento por outro lado, não pode significar ficar restrito a este contexto. A base do processo de formação profissional é ir além daquilo que a pessoa traz como seu senso comum, e não só sistematizar o que ele traz.

Em Gramsci, “senso comum” é um nome coletivo, como “religião”: não existe um único senso comum, pois também ele é um produto de um devir histórico. A filosofia é a crítica e a superação da religião e do senso comum e, nesse sentido, coincide com o “bom senso”, que elabora e qualifica elementos existentes no senso comum (SEMERARO, 2001, p. 96).

Gramsci e Marx apontam que o pensamento compõe a realidade, e que não sendo possível separar o agir e o conhecer, o contexto sociopolítico ao qual os indivíduos estão inseridos faz com que eles compreendam os acontecimentos de forma diferenciada (SEMERARO, 2001). A educação traz visões convergentes e divergentes, é um campo de luta, principalmente porque não há acesso e condições adequadas para a permanência da classe trabalhadora na vida acadêmica. O modelo pedagógico faz uma cisão, segundo a classe social, daqueles que terão conhecimentos relacionados às capacidades intelectuais (normalmente os que detem os meios de produção) e os conhecimentos relacionados às capacidades instrumentais (dos que vendem sua força de trabalho) (CAMPELLO, 2009).

Na lógica mercadológica, a pedagogia das competências (RAMOS, 2009; *Idem*, 2011) refere-se à capacidade individual do trabalhador de articular conhecimentos e valores na resolução de problemas da sua área profissional e da sua vida social, pedagogia que se opõe ao que já apresentamos sobre educação politécnica. A finalidade do processo educativo na EPSJV é formar alunos-trabalhadores, “que sejam dirigentes comprometidos com um projeto de saúde pública ampliado, com o processo de humanização dos serviços de saúde e com a construção de sociedade justa e igualitária.” (EPSJV, 2005, p. 145).

Dentre os eixos norteadores do PPP (*Ibidem*, p. 145), vale destacar o materialismo histórico, como abordagem e método, fundamentando o currículo integrado politécnico: crítica do capitalismo no trabalho, na ciência e tecnologia, na saúde, na cultura, na vida social em geral; relacionar o particular e o universal; compreender as formas do capitalismo desigual e combinado hoje (MARQUES, 2018), e sua tradução na educação; não reduzir a formação técnica apenas ao domínio do processo de trabalho como um todo, e sim inserido e articulado à formação do cidadão (cidadania aqui entendida como lugar – identidade – que o indivíduo e os grupos ocupam na sociedade e também direitos e deveres sociais). O entendimento do sujeito como indivíduo singular e ao mesmo tempo com consciência geral.

Conforme apresentado de forma bem sucinta, a educação politécnica possui pelo menos um século e meio. Marx e Gramsci trouxeram muitas contribuições para a Educação além das que foram trazidas neste espaço.

Ficam muitos questionamentos sobre como romper com a dualidade educacional estrutural tão bem discutido pela professora-pesquisadora Ana Margarida Campello (2009). Muito recentemente, durante a pandemia sócio-sanitária da Covid-19, à qual ainda atravessamos, vimos o quanto este cenário trouxe à tona as profundas desigualdades educacionais de crianças, adolescentes e jovens brasileiros no acesso aos materiais didáticos e aos ambientes virtuais, em sua maioria, estudantes das redes públicas e de territórios periféricos (PRONKO, 2020). Já é possível ver o que Campello afirma: “percebe-se claramente a constituição de dois grupos: aqueles que permanecem no interior da escola e os que dela vão sendo excluídos.” (p. 137).

### 2.3.2 Formação profissional na EPSJV

A EPSJV é uma referência na educação profissional técnica de nível fundamental e médio na área da saúde, como também as ETSUS e outros centros formadores. Esses tem buscado uma formação ética, política e técnica, além de negarem a naturalização das ações desenvolvidas pelos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde. Pereira (2007, p. 185) explica que “sob a égide da lei 5.692/71, a EPSJV conseguiu evitar o aprofundamento da fragmentação dos conhecimentos que a referida lei induzia, mantendo no seu currículo conteúdos e práticas que articulassem a formação geral aos conhecimentos específicos.”

O Poli tem mantido seu projeto de educação politécnica, com a proposta de formar para a emancipação do sujeito, em contrapartida ao ideário das competências, que visa a formação para atender às demandas do mercado de trabalho e da perspectiva do mundo da produção capitalista (RAMOS, 2009; RAMOS, 2011).

Desde sua fundação a EPSJV elaborou e ofertou diversos cursos, segue uma compilação da linha do tempo destes processos formativos (EPSJV, [s.d.]):

- Junho de 1986: início do primeiro curso oferecido pelo Politécnico ‘Registros Médicos e Estatísticas em Saúde’ (carga horária de 900 horas) e o ‘Curso de Agentes de Saúde’ com financiamento do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o curso objetivava a formação dos agentes de todas as regiões do estado do Rio de Janeiro, contando com a participação de vários profissionais de saúde pública da Fiocruz como docentes.
- Março de 1988: com uma palestra de Gaudêncio Frigotto, foi realizada a aula inaugural do primeiro Curso Técnico de 2º grau do Politécnico de Saúde Joaquim Venâncio, que oferecia as habilitações de Histologia, Patologia Clínica e Administração Hospitalar.

- 23 de julho de 1991, o Ministério da Educação, por meio da Portaria nº45, autorizou a EPSJV a ministrar os cursos técnicos de Histologia, Administração Hospitalar e Patologia Clínica, na modalidade de ensino regular, e o curso técnico de Registros em Saúde, nas modalidades qualificação profissional e de ensino supletivo.
- Março de 1995: foi criado o Curso Básico em Saneamento, Vigilâncias e Saúde Ambiental.
- Março de 2004: início da primeira turma do curso de Especialização *lato sensu* em Educação Profissional, ministrado pela EPSJV.
- Março de 2008: início da primeira turma do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da EPSJV.
- Outubro de 2008: início da primeira turma do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (carga horária 1200 horas).
- Janeiro de 2009: início do Curso Técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde.
- Julho de 2010: início do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, no município do Rio de Janeiro (Proformar-Rio).
- Setembro de 2012: início da primeira turma do Curso Técnico em Meio Ambiente (carga horária de 960 horas).
- Setembro de 2014: em parceria com o Ministério da Saúde, teve início a primeira turma do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde voltado para trabalhadores das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS).

Os processos formativos e as pesquisas são realizados pelos professores-pesquisadores de cada laboratório, sendo estes: Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde (Laborat), Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde (Labgestão), Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde (Lires), Laboratório de Educação Profissional em Manutenção de Equipamentos de Saúde (Labman), O Laboratório de Educação Profissional em Técnicas Laboratoriais em Saúde (Latec), Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (Lavsa) e Laboratório de Formação Geral, Educação Profissional em Saúde da EPSJV (Labform), Laboratório de Iniciação Científica na Educação Básica (Lic-Provoc) e O Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde (Lateps). Para conhecer a atuação de cada um acesse o site da EPSJV<sup>31</sup>

---

<sup>31</sup> Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/escola/laboratorios>>. Acesso em: 08 jul. 2022.

### 2.3.3 A Formação em Vigilância em Saúde desenvolvida pela EPSJV

O CTVISAU é ministrado pelo Lavsa, que inicialmente era denominado Núcleo de Vigilância em Saúde e Meio Ambiente (NUVSA). Considerando que o Curso Básico em Saneamento, Vigilâncias e Saúde Ambiental foi criado em 1995, o Lavsa acumula 27 anos de experiência nesta área. Desde a elaboração de currículos nas áreas da vigilância em saúde (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde ambiental e vigilância em saúde do trabalhador), consultorias nacionais e internacionais junto a diferentes instituições e órgãos públicos: no Brasil – Ministérios da Saúde, Secretarias de Saúde de Estados e Município e Escolas Técnicas do SUS, e no Exterior – Ministério da Saúde e Escolas Técnicas de Saúde, aos diversos cursos oferecidos, dentre eles: especialização técnica em Vigilância Epidemiológica, Vigilância da Saúde do Trabalhador e Vigilância Ambiental; Proformar; Proformar-Rio; CTVISAU; Curso Internacional de Especialização em Vigilância em Saúde Ambiental e Controle de Vetores, realizado na cidade de Iquitos/Peru; especialização técnica em Vigilância e Promoção da Saúde para Gestão da Atenção Primária em Saúde, em Luanda/Angola; projeto “Educação, Cultura e Cidadania: territorializando a proposta da politécnica, nas comunidades circunvizinhas aos campi da Fiocruz de Manguinhos e Mata Atlântica” (GONDIM e MONKEN, 2017).

A listagem completa dos cursos está no Anexo A, disponibilizada pelos pesquisadores do domínio pedagógico da pesquisa do PMA “Vigilância em Saúde (VS) e a territorialização: modelo de atenção reorientador de práticas e saberes na Atenção Primária à Saúde (APS)”.

A Educação profissional na área da Vigilância em Saúde visa promover a formação dos trabalhadores do SUS, lideranças e moradores de comunidades organizados em movimentos sociais. A fim de que esses tenham uma melhor compreensão de como se articulam as subáreas de vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância sanitária, saúde do trabalhador e gestão, política e planejamento. Este processo formativo engloba diversas áreas de conhecimento e práticas, e tem por objetivo a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população. Sendo assim, a VS aborda temas como política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho.

Os temas território e territorialização em saúde, já apresentados no capítulo anterior, estão presentes nos currículos e nas estratégias pedagógicas dos cursos conduzidos pela EPSJV. Conforme mencionado anteriormente, em 2000, a Escola formou cerca de 32.000 trabalhadores do SUS no Proformar, utilizando a metodologia da territorialização em saúde, por meio de uma modalidade de ensino que conjugava momentos de concentração e de dispersão, assistida por tutores situados em

núcleos de apoio à docência. Na formação técnica em VS, o território possibilita operacionalizar distintas situações, constituindo formas de “trabalho territorializado” nas dimensões das práticas de vigilância em saúde (GONDIM *et al.*, 2008; MONKEN *et al.*, 2008). Gondim e Monken definem que:

A territorialização em saúde é um método de identificação das expressões geográficas das ações humanas. São saberes e práticas operacionalizadas de forma que permita a gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreenderem os conflitos gerados na dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos que animam os territórios e os diversos espaços da vida cotidiana, revelando como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência. (2017, p. 50)

O Trabalho de Campo (TC) é uma importante estratégia pedagógica no processo de ensino-aprendizagem, pois permite ao aluno-trabalhador apropriar-se e ressignificar o conhecimento teórico que recebe durante as aulas, articulando sistematicamente teoria e prática, ensino-serviço-comunidade. Além do TC, a observação participante, a entrevista, o levantamento da história (e memória) do território, as consultas às fontes primárias e secundárias e a produção de mapas artesanais e conceituais, permitem ao educando, em parceria com os atores locais elaborar o diagnóstico das condições de vida e situação de saúde do território que está estudando e por fim, propor em conjunto com a comunidade e demais instituições (públicas e privadas) intervenções que melhorem a qualidade de vida daquela população.

Esse método de pesquisa e ensino é uma das bases do processo de territorialização em saúde, que pressupõe coleta e estudo dos dados produzidos no TC, análise de contextos, localização e distribuição de riscos, vulnerabilidades e potencialidades de territórios, elaboração de diagnóstico e planejamento de ações individuais ou coletivas, na perspectiva de melhorar as condições de vida e o estado de saúde dos sujeitos do território. “Nessa perspectiva, territorialização abrange a história, os conflitos, as tensões, as políticas, o planejamento, a educação, o trabalho, as informações e a organização dos serviços e das ações de saúde” (GONDIM; MONKEN, 2017a, p. 38).

Segundo Gondim e Monken (2017a, p. 78-79), o TC como estratégia pedagógica tem a possibilidade de:

- 1) ser capaz de reconstruir o conhecimento do aluno, atuante num determinado território e sistema de saúde local;
- 2) ser uma ferramenta teórica e prática adequada para o processo pedagógico de qualificação de profissionais de saúde, para possibilitar a intervenção nos contextos sociais locais;

3) induzir a interatividade entre sujeito e objeto de estudo na pesquisa, isto é, entre o aluno e os contextos sociais de uso do território;

4) a pesquisa no trabalho de campo deve refletir os conceitos e categorias propostas, permitindo com isso a compreensão dos contextos de vida no território, suas especificidades e situação de saúde e as possibilidades de ação dos serviços e das comunidades;

5) os instrumentos pedagógicos e investigativos devem ser adequados à pesquisa, bem como para a aprendizagem.

Existem muitas práticas pedagógicas, entretanto pelo que constatamos na prática profissional e acadêmica dos professores-pesquisadores que aplicam o TC e a territorialização em saúde é que estes dialogam estreitamente com a concepção de VS que compreendemos ser a mais abrangente, baseada no trinômio informação-decisão-ação (TEIXEIRA *et al.*, 1998).

Este capítulo buscou historicizar a origem da Educação Profissional, e a cada leitura identificávamos a estreita relação com a dualidade educacional, por isso, consideramos pertinente discuti-la, incluindo o marco legal que a consolida. Dualidade que se reflete na divisão social do trabalho, principalmente dos profissionais de saúde, aos auxiliares e técnicos o trabalho manual, aos graduados e especialistas o pensar e os cargos de chefia.

Os campos da saúde e da educação são palcos de muitas lutas. As concepções dos modelos de atenção à saúde, formação profissional em saúde, a naturalização desse trabalho, as concepções pedagógicas disputam espaço nesta sociedade capitalista que visa constantemente atender às demandas do mercado, aos interesses da burguesia (e suas frações) em detrimento aos interesses da classe trabalhadora.

O próximo (e último capítulo) trará algumas destas disputas, tanto na concepção de Vigilância em Saúde, quanto na compreensão dos processos formativos para os profissionais da saúde.

### **3 CAPÍTULO 3: IDENTIFICANDO INTERSEÇÕES E DISTANCIAMENTOS ENTRE A POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E O CURSO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Após a discussão teórica sobre os campos da saúde e da educação, este capítulo tem por objetivo apresentar a Política Nacional de Vigilância em Saúde e o Plano de curso do Curso Técnico de Vigilância em Saúde, os subcapítulos 3.1 e 3.2 destinam-se a descrevê-los, as reflexões estarão nos subcapítulos 3.3 e 3.4. Esses têm como propósito também compreender e analisar as interseções e distanciamentos conceituais/teóricos que orientam os documentos. Conforme apresentado na metodologia utilizaremos uma adaptação da análise de conteúdo nesta pesquisa documental.

#### **3.1 A POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

A PNVS é fruto da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (1ª CNVS), que discutiu ‘Vigilância em Saúde: Direito, Conquistas e Defesa de um Sistema Único de Saúde (SUS) Público de Qualidade’ e foi promulgada através da Resolução Nº 588, de 12 de Julho de 2018.

A PNVS deve estar centrada no direito à Proteção da Saúde, fundamentada num SUS público e de qualidade; no fortalecimento do território como espaço fundamental para a implementação da política e das práticas da vigilância em saúde; em equipes aptas a atuar no âmbito da vigilância em saúde, com capacidade de analisar contextos e identificar na população do seu território potenciais riscos à saúde, organizar, monitorar e avaliar os processos de trabalho.

Cabe ao poder público gerir esta política pública e implementá-la como modelo de atenção nos territórios. Ela incide sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, incluindo serviços de saúde públicos e privados. Compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária. A análise de situação de saúde e as ações laboratoriais são atividades transversais e essenciais no processo de trabalho da Vigilância em Saúde.

O parágrafo 1 do Art. 2 define Vigilância em Saúde como:

o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018b).

Os princípios que regem a PNVS são: conhecimento do território, definição de prioridades nos processos de planejamento, alocação de recursos e orientação programática; articulação das ações de VS com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS para garantir a integralidade da atenção à saúde da população; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; processo de regionalização das ações de VS; equidade: identificação dos condicionantes e determinantes de saúde no território, atuando de forma compartilhada com outros setores envolvidos; acesso universal e contínuo a ações e serviços de VS; participação da comunidade de forma a ampliar sua autonomia, emancipação e envolvimento na construção da consciência sanitária, na organização e orientação dos serviços de saúde e no exercício do controle social; cooperação e articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde; garantia do direito das pessoas e da sociedade às informações geradas pela VS, respeitadas as limitações éticas e legais; organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

O Art. 8º apresenta as diretrizes da PNVS, a seguir: articular e pactuar responsabilidades das três esferas de governo, respeitando a diversidade locorregional; abranger 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; construir práticas de gestão e de trabalho que assegurem a integralidade do cuidado, com a inserção das ações de VS em toda a RAS e em especial na AP; integrar as práticas e processos de trabalho das quatro vigilâncias e dos laboratórios de saúde pública, promovendo o trabalho multiprofissional e interdisciplinar; promover a cooperação e o intercâmbio técnico científico no âmbito nacional e internacional; atuar na gestão de risco por meio de estratégias para identificação, planejamento, intervenção, regulação, comunicação, monitoramento de riscos, doenças e agravos; detectar, monitorar e responder às emergências em saúde pública, observando o Regulamento Sanitário Internacional; produzir evidências a partir da análise da situação da saúde da população de forma a fortalecer a gestão e as práticas em saúde coletiva; avaliar o impacto de novas tecnologias e serviços relacionados à saúde de forma a prevenir riscos e eventos adversos.

O artigo seguinte elucida as estratégias para a organização da VS: articulação entre as vigilâncias; processos de trabalho integrados com a atenção à saúde; regionalização das ações e serviços de VS articuladas com a atenção em saúde; inserção da VS na RAS; estímulo à participação da comunidade no controle social; gestão do trabalho, o desenvolvimento e a educação permanente; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; sistemas de informação integrados com

potencialidade para a coleta, consolidação, análise de dados e a geração e disseminação de informações que contribuem para aprimorar e consolidar a gestão da VS; a comunicação (alerta de risco sanitário, disponibilização de material técnico-científico e incentivo à mobilização social); respostas às emergências em saúde pública, considerando as vulnerabilidades do seu território e cenários de risco; planejamento, programação e execução de ações de vigilância em saúde, que devem ter como base a análise da situação de saúde; o monitoramento e a avaliação devem ser utilizados nas três esferas de governo como ferramentas capazes de identificar problemas e possibilitar a revisão das estratégias definidas.

No inciso VII do Art. 10 está claro que é de responsabilidade dos órgãos governamentais promover a formação e capacitação em vigilância em saúde para os profissionais de saúde do SUS, respeitadas as diretrizes da PNEPS (BRASIL, 2017b), bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação vigente.

Os artigos 11, 12 e 13 elencam as responsabilidades da União, estados e municípios na gestão da VS em cada esfera de governo.

Por fim, os artigos 15 e 16 indicam que o planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de promoção e proteção da saúde, de prevenção de doenças e redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos nos moldes de uma atuação permanentemente, articulada e sistêmica; os conselhos de saúde devem ser protagonistas no processo de avaliação e monitoramento da PNVS. E que o financiamento das ações da VS, garantido de forma tripartite, deve ser específico, permanente, crescente e suficiente para assegurar os recursos e tecnologias necessários ao cumprimento do papel institucional das três esferas de gestão, bem como deve contribuir para o aperfeiçoamento e melhoria da qualidade de suas ações.

### 3.2 CURSO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA EPSJV: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS, METODOLÓGICOS, DIDÁTICO-PEDAGÓGICOS, CONTEÚDOS E ESTRUTURA CURRICULAR<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> A seguir os dados dos professores-pesquisadores do Lavsa que elaboraram o Plano de Curso: **Coordenação Laboratório de VISAU:** Gladys Myashiro Myashiro. **Coordenação do Curso Integrado:** Ieda da Costa Barbosa. **Coordenação do Curso Subsequente:** Ieda da Costa Barbosa. **Pesquisadores:** André Campos Burigo; Alexandre Pessoa Dias; Bianca Ramos Marins; Carlos Eduardo Colpo Batistella; Edilene Menezes Pereira; Gladys Myashiro Myashiro; Grácia Maria de Miranda Gondim; Ieda da Costa Barbosa; José Paulo Vicente da Silva; Marcio Sacramento de Oliveira; Maria Amelia Costa; Marilda Maria da Silva Moreira; Marileide Nascimento Silva; Marta Gomes da Fonseca Ribeiro; Maurício Monken; Mauro de Lima Gomes. **Estação Territorialização:** Carlos Alberto dos Santos Gonçalves Elisabete

Apresentaremos os principais pontos do Plano de Curso<sup>33</sup> do CTVISAU do Lavsa-EPSJV/Fiocruz. O referido Plano contempla as duas versões ofertadas pela Escola, isto é, as modalidades integrada e subsequente. Entretanto destacaremos trechos somente da modalidade subsequente, que é nosso interesse de estudo, por atender aos profissionais de saúde que já atuam no SUS.

1- Os referencias teóricos que estruturam o plano de curso são<sup>34</sup>:

- **Vigilância em Saúde** como um modelo de atenção à saúde que supera os modelos biomédico e sanitaria, segundo discutem os autores Paim e Teixeira (2000), Teixeira *et al* (1998). A VS se afirma em duas grandes proposições: a Atenção Primária e a Promoção da Saúde (MENDES, 2002; BUSS, 2003) e busca se pautar na democracia, na liberdade e na justiça social. A VS compreende a saúde, a doença e o cuidado como manifestações indissociáveis da existência humana, resultantes de processos histórico-culturais que ocorrem em formações sociais, expressos em um estado de bem-estar, que pode indicar acúmulos positivos e/ou negativos de recursos produtores de qualidade de vida (MENDES, 1993).

- **Educação Politécnica** baseada nos escritos de Gramsci, isto é, a formação toma por base o homem em sua plenitude – o ser humano, social, ético-político –, um sujeito que seja capaz de desenvolver habilidades manuais e científico-intelectuais, independentemente do grau de escolaridade, para manifestá-las no seio da sociedade e influenciar nas transformações necessárias. Um dos pressupostos fundamentais da politecnicidade é o do trabalho como princípio educativo, base do conceito de educação unitária (integral), ver Saviani (1989; 2003) e Rodrigues (2009).

- **Educação Profissional**, conforme desenvolvida por Catani (1997) e discutida por Pereira (2007), é uma expressão recente criada para designar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, portanto à relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho. A lógica do capital defende uma formação profissional esvaziada de sentido e voltada para

---

Azevedo Silva; Darlan Silva Santos; Felipe Bagatoli Silveira Arjona; Marcelly Freitas Gomes; Thiago Costa Virgílio; Renan Ferreira Veltman; Rafael Calazans de Souza; Wallisson Luis Lira Souza; Sidney Dutra da Silva. **Colaboradores:** Aline Andréa Pereira; Joana Beatriz Affonso de Azevedo; Juliana Valentim Chaiblich; Juliana Oliveira do Amaral; Mércia Maria dos Santos. **Bolsistas:** Marcela Costa (Provoc); Guilherme Chalo Nunes (Pibic).

<sup>33</sup> A versão analisada é de fevereiro de 2012.

<sup>34</sup> As referências citadas neste subcapítulo estão no Plano de Curso, por isso não as coloquei nas referências desta dissertação.

o aumento da produtividade, para a competitividade, objetivando o acúmulo e a sobrevivência do capital. Não obstante, existe também outro projeto, contra-hegemônico, que luta e reivindica uma educação transformadora no sentido de superar a divisão social do trabalho (PEREIRA, 2006), o que coloca a educação profissional de nível médio num contexto de lutas políticas e técnicas.

- **Aprendizagem significativa** ocorre à medida que o aluno consegue relacionar o novo conteúdo às estruturas de conhecimento prévias que ele possui. Por outro lado, quando o mesmo não consegue incorporar essas estruturas prévias de conhecimento ao que é novo, deixando-lhe de atribuir significados, a aprendizagem torna-se mecânica e repetitiva (PELIZZARI, 2002).

- **Currículo Integrado** é um plano pedagógico onde sua correspondente organização institucional busca articular de forma dinâmica e sistemática trabalho e ensino, teoria e prática, ensino e comunidade. Davini (1986) afirma que o Currículo Integrado é uma opção educativa que permite: uma efetiva integração entre ensino e prática profissional; a real integração entre prática e teoria e o imediato teste da prática; um avanço na construção de teorias a partir do anterior; a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações; a integração ensino-trabalho-comunidade, implicando uma imediata contribuição para esta última; a integração professor–aluno na investigação e busca de esclarecimentos e propostas; a adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social.

Nessa acepção de currículo é relevante que os educadores orientem sistematicamente a reflexão e a análise sobre o processo de ensino-aprendizagem, a partir das percepções iniciais dos alunos, estimulando a observação, a indagação e a busca de resposta. Durante o processo poderá corrigir desvios e junto com os alunos avaliar os avanços e dificuldades. Deverá sempre respeitar o ritmo de aprendizagem e os padrões culturais de quem aprende, não para imobilizá-los e imobilizar-se, mas, sim, para que os alunos produzam seus próprios conhecimentos e mudanças com um sentido de integração e compromisso com o trabalho e com a instituição educacional a qual pertencem, e por fim, estimular sempre a busca ativa de conhecimentos e técnicas apropriadas a cada situação (p. 19).

2- Pressupostos ordenadores do currículo:

- **A noção de Formação Integral - “omnilateral”**, a fórmula marxiana de formação omnilateral ou de escola unitária, para todos, é antes de tudo a superação da dicotomia entre o trabalho produtor de mercadorias e o trabalho intelectual (NOSELLA, 2006 p.14). A noção de politecnia ou omnilateralidade, aqui adotada, postula que o processo de trabalho desenvolva, em uma unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais, pois, são características intrínsecas e concomitantes no trabalho humano. Essa formação politécnica pressupõe a plena expansão do indivíduo humano e

se insere dentro de um projeto de desenvolvimento social de ampliação dos processos de socialização, não se restringindo ao imediatismo do mercado de trabalho. Ela guarda relação com as potencialidades libertadoras do desenvolvimento das forças produtivas assim como com a negação destas potencialidades pelo capitalismo (MACHADO, 1994, p. 19-22).

- **O Materialismo Histórico Dialético**, como abordagem e método, fundamenta o currículo integrado politécnico. Isto significa fazer a crítica do capitalismo no trabalho, na ciência e tecnologia, na saúde, na cultura, na vida social em geral; relacionar o particular e o universal; compreender as formas do capitalismo desigual e combinado hoje, e sua tradução na educação; não reduzir a formação técnica apenas ao domínio do processo de trabalho como um todo e sim inserido e articulado à formação do cidadão (cidadania aqui entendida como lugar – identidade, que o indivíduo e os grupos ocupam na sociedade e também direitos e deveres sociais (EPSJV, 2005).

- **O entendimento do indivíduo como sujeito singular** e ao mesmo tempo como consciência geral significa a compreensão de que o processo de individuação acontece em sociedade, para que não se caia na “armadilha” de um subjetivismo autonomizado. Por outro lado, é necessário o entendimento do sujeito como indivíduo singular, para que não se caia na anulação do indivíduo em relação ao coletivo (EPSJV, 2007). Depreende-se daí que a individualidade do singular não é e não pode estar dissociada de outros (PIRES, 2007). A atividade social humana e sua base material criam o meio onde o indivíduo vive e é apenas nesse meio, fruto da interatividade, que ele pode se constituir. É ela que cria as condições e os meios objetivos e subjetivos para a realização da forma própria de ser de cada singular, da individualidade entendida como a vida privada ou espiritual de cada um. Afirmar isso na formação técnica é exercitar a “Educação dos sentimentos, da sensibilidade e dos sentidos” (EPSJV, 2005).

- **O trabalho e a pesquisa como princípios educativos** são entendidos como categoria ontológica da vida humana, onde o conhecimento, a ciência, a técnica, a tecnologia e a cultura são mediações produzidas pelo trabalho na relação entre homens e as condições objetivas da existência. E a pesquisa fundamentalmente como pedagogia, como modo de educar, e não apenas como construção técnica do conhecimento. Se isso for aceito a pesquisa vai indicar a necessidade da educação ser questionadora, do indivíduo saber pensar.

Deve-se distinguir entre a pesquisa como atitude cotidiana e a pesquisa como resultado específico. Como atitude cotidiana, está na vida e lhe constitui a forma de passar por ela criticamente, no sentido de cultivar a consciência crítica e no de saber intervir na realidade de modo alternativo

com base na capacidade questionadora. Trata-se, portanto, de ler a realidade de modo questionador e de reconstruí-la como sujeito competente.

- **A saúde como direito de cidadania** é constitucionalmente assegurado a todos, inerente à vida, bem maior do homem, portanto o Estado tem o dever de prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício, mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

- **A ética como dimensão fundamental da formação humana e do cuidado**, a história da filosofia autoriza a afirmar que a educação foi inicialmente pensada como formação ética. Ao se verificar os discursos dos filósofos da Antiguidade e da Idade Média a educação sempre foi concebida como proposta de transformação ideal do sujeito humano. De imediato, essa proposta se insere na pressuposta universalidade da natureza humana e a educação é vista como formação ética (SEVERINO, 2006). Poder-se-ia afirmar que a ética é a ciência do dever, da regra orientadora da conduta dos seres humanos. Ou ainda como o estudo dos juízos de valor ou de apreciação referidos à forma de agir dos homens, tanto em sociedade como de forma absoluta, suscetíveis de qualificação do ponto de vista da aceitação ou da não aceitação (CAMPOS *et al.*, 2002).

O sentido do cuidado e/ou do cuidar integra, antes de tudo, o sentido do próprio existir humano. Cuidamos “naturalmente” de nós e dos outros, pelo simples fato de existirmos-como(s)-outro(s)-no-mundo. É por isso que criamos, a partir daí, contextos específicos destinados à sua valorização através de procedimentos “técnicos” concretos. Contudo, e a seu modo, todo o ser humano possui a capacidade do cuidado e/ou do cuidar. Do mesmo modo, todo o ser humano, independentemente das suas diferenças e da sua singularidade própria, é um ser ético (p. 29).

3- A proposta do curso técnico de vigilância em saúde

- **Perfil Profissional de Conclusão**

Ao concluir o curso, o aluno estará habilitado como técnico em vigilância em saúde, estando apto a desenvolver diferentes ações de promoção da saúde e de proteção e prevenção de agravos e doenças. Espera-se que o profissional seja capaz de compreender a complexa rede de determinantes sociais da saúde, bem como de agir, de modo autônomo, criativo e estratégico para transformar a realidade sócio-sanitária no território de sua atuação. Para tanto, deve dominar as bases técnicas e científicas que informam a área de vigilância – intrinsecamente interdisciplinar – bem como ser capaz de produzir conhecimento com a população. Sujeito crítico e participativo, o técnico de vigilância em saúde deve também ser capaz de desconstruir os discursos hegemônicos e de propor novas narrativas,

definindo sua atuação pelo respeito, reconhecimento e diálogo com as diferenças culturais, sendo pautada pelo compromisso ético-político e pela responsabilidade social com a emancipação da sociedade (*ipsis litteris*, p. 30).

Deve perseguir princípios e atitudes que potencialize seus conhecimentos e práticas: atuação ética / responsabilidade social (agir “com” e não “sobre” a população); participação “consciente” – inserção ativa na sociedade (compreender a organização da sociedade não para reproduzi-la, mas para transformá-la); sujeito coletivo e sensível – respeito e reconhecimento das diferenças – capaz de dialogar (ética da alteridade); olhar criticamente o processo de trabalho; autônomo, que busque a emancipação, criativo; domínio dos conteúdos técnicos, éticos, políticos, estéticos; sujeito capaz de pensar/agir autonomamente e estrategicamente; entender a complexidade (pensar sistêmico);

- **Processo de Trabalho do Técnico de VS**

O técnico de vigilância em saúde é parte do conjunto dos trabalhadores do SUS, que desenvolvem ações de promoção e proteção à saúde, configurando um trabalho parcelar no interior do processo de trabalho em saúde. O processo de trabalho do Técnico de VS se apoia no trinômio informação-decisão-ação, para reconhecer as condições de vida e a situação de saúde das populações de territórios delimitados em sua área de atuação. Utiliza-se para tanto das ferramentas teóricas e práticas da gestão, do planejamento estratégico situacional, da epidemiologia, da geografia crítica, da cartografia, da educação e da comunicação para entender e se fazer entender junto a uma equipe de saúde multidisciplinar e a população.

A gestão do trabalho do técnico de VS pauta-se pela autonomia, o diálogo, a contextualização e o compartilhamento para tomada de decisão e o desenvolvimento de ações, circunscritas a responsabilidades sanitárias e sociais bem delimitadas. Por ser um ator fundamental para a efetivação da vigilância em saúde, pode inserir-se em qualquer estrutura operacional de vigilância e em outras áreas afins – Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST), Vigilância Sanitária (VISA), planejamento e gestão, informação, educação e comunicação, como também em qualquer instituição de saúde das 03 esferas de governo – Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Equipes da Estratégia Saúde da Família, dentre outras (*ipsis litteris*, p.31).

#### 4- Estrutura do curso

A estrutura do curso foi inspirada na ideia de um currículo integrado, onde os conteúdos de ensino e de aprendizagem se orientam a partir da realidade social, buscando traduzir as funções que se desejam que o aluno cumpra em relação à vida cotidiana, aos indivíduos, à cultura e à sociedade, contextualizadas em uma perspectiva histórica e crítica.

Nessa perspectiva, os conteúdos deixam de ser mera sistematização de saberes disciplinares e compartimentados para se transformarem em fonte de conhecimentos, organizados em unidades de aprendizagem, capazes de articular esquemas mentais de saberes, habilidades, atitudes e valores que re-significam o aprendizado.

Uma organização em módulos temáticos se articula no interior de Unidades de Aprendizagem, as quais agregam conhecimentos, tecnologias, práticas e atitudes que vão conformar um certo perfil profissional, desejado ao desenvolvimento de um conjunto de ações e situações de trabalho, as quais vão possibilitar abertura a novos conhecimentos a serem desenvolvidos nas unidades subsequentes (*ipsis litteris*, p.32-33).

#### 4.1 Unidade de Aprendizagem

As unidades de aprendizagem são constituídas por módulos temáticos que comportam grandes questões do campo da saúde coletiva. Cada uma estabelece uma teia de significação em seu interior e com as demais unidades, tendo como objetivos finalísticos propiciar ao aluno refletir sobre sua existência e a totalidade, resolver problemas, intervir sobre a realidade e desenvolver ações compatíveis com o seu processo de trabalho e as necessidades do SUS (*ipsis litteris*, p.32).

**Unidade de Aprendizagem 01** – O conjunto de conhecimentos e práticas aqui desenvolvidos devem estar organizados para o “**Conhecer**”. O tema articulador é *Conhecendo o lugar da produção social da saúde: o espaço de identidade do técnico de VS*.

**Unidade de Aprendizagem 02** - O conjunto de conhecimentos e práticas aqui desenvolvidos devem estar organizados para o “**Identificar**”. O tema articulador é *Identificando situações no nível local: o espaço de articulação do técnico de VS*.

**Unidade de Aprendizagem 03** - O conjunto de conhecimentos e práticas aqui desenvolvidos devem estar organizados para o “**Analisar**”. O tema articulador é *Analisando a situação de saúde e as condições de vida: o espaço de decisão do técnico de VS*.

**Unidade de Aprendizagem 04** - O conjunto de conhecimentos e práticas aqui desenvolvidos devem estar organizados para o “**Intervir**”. O tema articulador é *Intervindo sobre problemas e necessidades: o espaço da ação do técnico de VS*.

Os temas dos módulos serão trabalhados por conteúdos comuns e específicos através de objetivos (resultados esperados) apontados para cada um. Articulados por um trabalho de investigação (TC), orientado para re-agrupar e re-elaborar os conhecimentos construídos nos momentos teóricos, em práticas locais sobre um território-população, delimitado pelo processo de trabalho de cada aluno, pelas condições de vida e situação de saúde nesse espaço local.

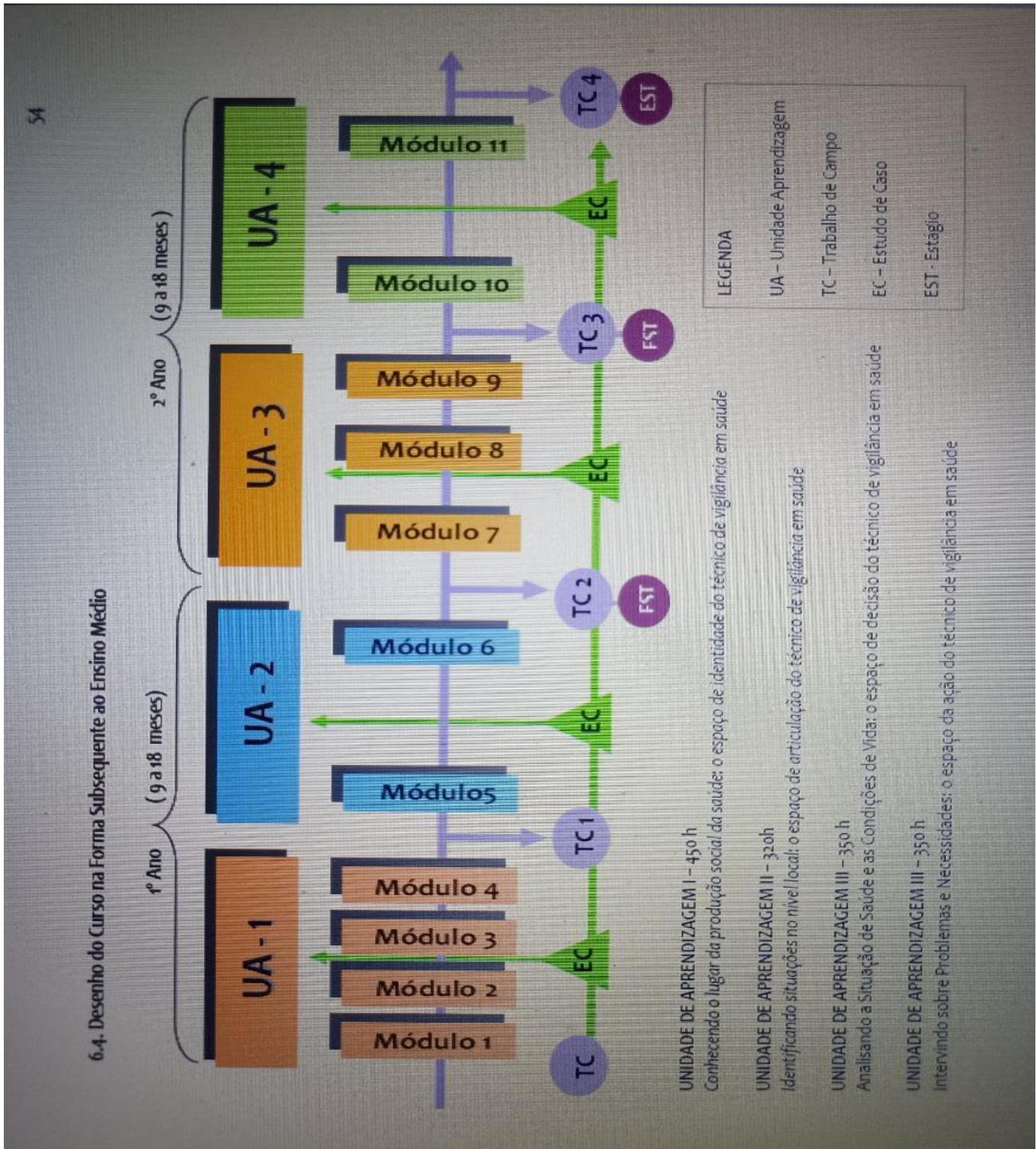
A cada unidade de aprendizagem um Estudo de Caso (EC) elaborado por especialistas das áreas específicas das vigilâncias (ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador), deve ser trabalhado para que busquem resolvê-los, de modo a recortar elementos e questões singulares dessas áreas de conhecimentos e práticas em saúde. As temáticas das vigilâncias serão abordadas de forma transversal e de forma abrangente junto aos demais conhecimentos do campo da vigilância em saúde e da saúde coletiva, enquanto áreas de atuação do técnico de VISAU em seus diferentes aspectos – técnicos, operacionais, institucional e legal (*ipsis litteris*, p.34).

#### 5- Metodologia de ensino-aprendizagem

O currículo integrado articulando os conteúdos da formação geral com a formação técnica e a pesquisa como princípio metodológico viabilizam o desenvolvimento de projetos como forma de integrar o conhecimento e como forma de proporcionar a aprendizagem significativa. Através do processo investigativo, as realidades observadas vão requerer para sua apreensão, abordagens complexas, interdisciplinares e contínuas dos contextos, desvelando potencialidades, problemas e necessidades, através de análises da situação de saúde e condições de vida.

Deve-se, portanto, estimular a definição do objeto a partir dos processos de investigação que são desenvolvidos no território desde o início do curso, quando se busca caracterizar as condições de vida e saúde, a história do lugar, sua cultura, seus problemas – diagnóstico participativo ajudando na definição do objeto da pesquisa (população do campo, saúde indígena, trabalhadores etc.) (*ipsis litteris*, p.50).

#### 6-Desenho do Curso na Forma Subsequente ao Ensino Médio



## 7- Organização curricular

### 7.1. Bases Epistemológicas e tecnológicas

O desafio do Curso Técnico de Vigilância em Saúde é articular as diferentes bases epistemológicas e tecnológicas (tecnologias leve, leve-duras e duras) que conformam os conhecimentos, o processo de trabalho e as práticas dessa área, na perspectiva de integrá-las de forma

inter e transdisciplinar, construindo sentidos e significados para o aluno, o professor, o processo formativo, a escola e o SUS. São bases epistemológicas a história; epidemiologia; política; ética; direito; geografia; comunicação; filosofia; antropologia; sociologia; educação; economia; informação; semiótica, e, as bases tecnológicas o planejamento e programação; informática; sistema de informação geográfica; bioestatística; gestão da saúde; administração; biologia (entomologia, ecologia); demografia; química (processos ambientais); engenharia sanitária e arquitetura (processos construtivos) (*ipsis litteris*, p.72).

## 7.2. Disciplinas e Conteúdos

As disciplinas e conteúdos são organizados de forma transversal e interdisciplinar na organização curricular. Possibilitando abordagens mais dinâmicas e integradas de disciplinas, através de eixos temáticos e temas que se articulam horizontalmente ao longo dos anos de estudo do ensino médio integrado a formação profissional técnica – em graus de complexidade crescente de conhecimentos, demandadas tanto por situações objetivas quanto por elaborações teóricas abstratas que significam e valorizam a aprendizagem (*ipsis litteris*, p.72).

## 7.3. Carga Horária na Oferta Subsequente ao Ensino Médio

Carga horária total – 1.440 horas (60 semanas)

Formação Técnica Área da Saúde – 1.200 horas

Estágio 20% da carga horária = 240 horas

## 7.4. Aproveitamentos de Estudos

Na forma subsequente, a coordenação do CTVISAU prevê aproveitamento de estudo para alunos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, que tenham passado por processo de qualificação profissional em curso de formação inicial e continuada oferecidos por Escola Técnica habilitada pelo MEC, que ofereça cursos reconhecidos pelos Conselhos de Educação especificamente na área da Vigilância em Saúde, com carga hora superior a 180 horas. O aproveitamento será de até 35% da Carga horária Teórica-prática Total do curso técnico (1.200 horas) e proporcional à carga horária cursada na qualificação. Também prevê o aproveitamento de experiência profissional de no máximo 70% da Carga horária do Estágio (240 horas), desde que comprovada pela instituição pública de saúde.

O aluno, no ato da matrícula, deve solicitar o aproveitamento de estudos na secretaria escolar, por meio de documento assinado do próprio punho, e com comprovação da qualificação que deseja aproveitar, devidamente reconhecida. Do mesmo modo o aproveitamento de experiência profissional, deve ser feito no ato da matrícula, pro meio de Declaração da Instituição onde desenvolveu suas atividades/experiência profissional, assinada por Chefia Imediata que seja servidor público.

### 3.3 ANÁLISE DOCUMENTAL E DE CONTEÚDO

Após a organização do material selecionado, realizamos uma leitura flutuante (MINAYO, 1994), a fim de apreender as ideias centrais e descrever as características gerais dos documentos. Segundo Kelly-Santos (2009, p. 24) nesta etapa identificamos título, instituição produtora, data de publicação, temas principais, objetivos e outras informações que o pesquisador considerar pertinente para este primeiro momento de apresentação do documento ao leitor. Esses dados estão elencados no quadro a seguir:

Quadro 1- Caracterização dos documentos analisados

<b>Caracterização de documento</b>	Resolução Nº 588, de 12 de julho de 2018 (Política Nacional de Vigilância em Saúde)	Plano de Curso do Curso Técnico de Vigilância em Saúde da EPSJV-Fiocruz
<b>Instituição produtora</b>	Conselho Nacional de Saúde- Ministério da Saúde	LAVSA/EPSJV/Fiocruz- Ministério da Saúde
<b>Data</b>	12/07/2018	Fevereiro, 2012
<b>Temas principais</b>	Princípios da PNVS; Diretrizes da PNVS; Estratégias para organização da Vigilância em Saúde; Responsabilidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito administrativo, além de outras que sejam pactuadas pelas Comissões Intergestores;	Referencias teóricos; pressupostos orientadores do currículo; a proposta do CTVISAU da EPSJV; estrutura do curso; metodologia de ensino-aprendizagem; organização curricular; corpo docente.

<b>Público ao qual se destina</b>	À gestão da VS nos três entes federados (União, estados e municípios), profissionais da saúde e população	Docentes e discentes
<b>Formato</b>	Documento em PDF	Documento em PDF
<b>Objetivo</b>	Art. 4º A PNVS tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da vigilância em saúde, visando a promoção e a proteção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como a redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos decorrentes das dinâmicas de produção e consumo nos territórios.	Este documento se propõe a descrever e situar a proposta político-pedagógica do Curso Técnico de Vigilância em Saúde - CTVISAU, oferecido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ, na oferta integrada ao ensino médio e na subsequente.
<b>Referência</b>	BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2018 ago 13; Seção 1:87. 2018b	EPSJV. Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde: proposta político-pedagógica do Curso Técnico de Vigilância em Saúde- CTVISAU. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2012. (Plano de curso)

Feita esta caracterização do documento, seguindo às etapas indicadas pelo método de análise de conteúdo (que adaptamos da Bardin), efetuamos outras leituras mais aprofundadas para a etapa da codificação das unidades de registro (categorias e subcategorias retiradas da frase) e de unidade de contexto das categorias (transcrevemos a frase, com o objetivo de apresentar o contexto da palavra).

Posterior à codificação, categorizamos os achados em unidades temáticas, que foram organizadas e agrupadas em diferentes núcleos de sentidos (MINAYO, 1994), de um lado o que

compreendemos pertencer ao campo da VS (Saúde) e por outro o que compete ao Processo Formativo (Educação).

Os quadros 2 e 3 referem-se ao documento Política Nacional de Vigilância em Saúde. No quadro 2 apresentamos a categoria *Vigilância em Saúde* (e as subcategorias que consideramos os pilares da VS: *território, análise de situação de saúde, intersetorialidade, planejamento, participação e controle social*). No quadro 3 elencamos as categorias do mesmo campo semântico de *Processo formativo (Saberes, metodologias, Educação permanente, qualificação, capacitação etc.)*.

Quadro 2- Categoria *Vigilância em Saúde* na Política Nacional de Vigilância em Saúde

<b>Vigilância em Saúde (categoria)</b>	
<b>Unidade de registro (subcategorias)</b>	<b>Unidade de contexto</b>
Território	Art. 5º A PNVS deverá contemplar toda a população em <i>território</i> nacional, priorizando, entretanto, <i>territórios</i> , pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção, incluindo intervenções intersetoriais. (p.2)  a) ser pautados pelo conhecimento epidemiológico, sanitário, social, demográfico, ambiental, econômico, cultural, político, de produção, trabalho e consumo no <i>território</i> , e organizados em diversas situações.
Análise de situação de saúde (Diagnóstico das condições de vida e situações de saúde; risco; condicionantes; determinantes; danos; vulnerabilidade; problemas de saúde).	Parágrafo único. A <i>análise de situação de saúde</i> e as ações laboratoriais são atividades transversais e essenciais no processo de trabalho da Vigilância em Saúde. (p.2)  Parágrafo único. <i>Os riscos e as vulnerabilidades</i> de que trata o caput devem ser identificadas e definidas a partir da <i>análise da situação de saúde</i> local e regional e do diálogo com a comunidade, trabalhadores e trabalhadoras e outros atores sociais, considerando-se as especificidades e singularidades culturais e sociais de seus respectivos territórios. (p.2)

	<p>VIII- Produzir evidências a partir da <i>análise da situação da saúde</i> da população de forma a fortalecer a gestão e as práticas em saúde coletiva. (p.5)</p> <p>XI – O planejamento, a programação e a execução de ações de vigilância em saúde, que devem ter como base a <i>análise da situação de saúde</i>, identificando os fatores <i>condicionantes e determinantes</i>, as necessidades de saúde no território, o grau e a forma de urbanização, produção, consumo e trabalho, as diferenças socioeconômicas, culturais e ambientais, entre outras, que interferem no <i>risco</i> de ocorrência de várias doenças e agravos. (p.9)</p>
Ações intersetoriais/ intersetorialidade	<p>VIII – Cooperação e articulação intra e <i>intersetorial</i> para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde. (p.5)</p> <p>V – Estabelecer e garantir a articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde e pactuar agenda prioritária de <i>ações intersetoriais</i>. (p.9)</p>
Planejamento	<p>a) <i>planejamento conjunto</i> entre as vigilâncias, com identificação de prioridades para atuação integrada, com base na análise da situação de saúde, e no mapeamento das atividades de produção, consumo e infraestrutura e com potencial impacto no território. (p.6)</p> <p>b) considerar o <i>planejamento integrado</i> da atenção, que contempla as ações de vigilância e assistência à saúde, como ferramenta para a definição de prioridades comuns para atuação conjunta, tomando como base a análise da situação de saúde e a avaliação dos riscos e vulnerabilidades do território. (p.6)</p>
Participação e controle social	<p>VII – <i>Participação da comunidade</i> de forma a ampliar sua autonomia, emancipação e envolvimento na construção da consciência sanitária, na organização e orientação dos serviços de saúde e no exercício do <i>controle social</i>. (p.5)</p>

	V – O estímulo à <i>participação da comunidade no controle social</i> , o que pressupõe... (p.7)
Modelo de atenção	A Política Nacional de Vigilância em Saúde é uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do <i>modelo de atenção</i> nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público.

Considerando que a categoria *Vigilância em Saúde* perpassa toda a PNVS, consideramos importante criar outras subcategorias que nos permitissem compreender a concepção de VS presente no documento. A fim de compará-la com a concepção de VS que baseia o referencial teórico discutido no capítulo 1 desta dissertação, em particular com os autores Teixeira *et al.* (1998). A subcategoria *território* aparece como espaço geográfico, onde as relações acontecem. *Análise de situação de saúde* é muito recorrente, aludindo ao diagnóstico das condições de vida e situações de saúde. *Intersetorialidade*, empregada denotativamente, traz à tona um dos pilares da VS. *Planejamento* (em conjunto ou integrado) aponta para um método muito utilizado nas ações de VS, o Planejamento Estratégico Situacional (PES). *Participação e controle social*, uma das diretrizes do SUS, fundamentais para realização da PNVS.

Quadro 3- Categoria *Processo formativo* na Política Nacional de Vigilância em Saúde

<b>Processo formativo (categoria)</b>	
<b>Unidade de registro (subcategorias)</b>	<b>Unidade de contexto</b>
Articulação dos saberes	Art. 3º A PNVS compreende a <i>articulação dos saberes</i> , processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica,... (p.2)
Compartilhando saberes	IV – Integrar as práticas e processos de trabalho das vigilâncias epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador e da trabalhadora e dos laboratórios de saúde pública, preservando suas especificidades, <i>compartilhando saberes</i> e tecnologias, promovendo o trabalho multiprofissional e interdisciplinar. (p.5)
Metodologias	f) produção conjunta de <i>metodologias</i> de ação, investigação, tecnologias de intervenção, monitoramento e avaliação das ações de vigilância. (p.6)

Educação permanente	VI- A gestão do trabalho, o desenvolvimento e a <i>educação permanente</i> , o que pressupõe... (p.7)
Qualificar	a) estar em consonância com as necessidades locais de modo a <i>qualificar</i> os profissionais de vigilância e de todos os níveis de atenção. (p.7)
Qualificação e capacitação; conteúdos específicos; processos formativos; educação permanente	d) investimento na <i>qualificação e capacitação</i> integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de <i>conteúdos específicos</i> , comuns e afins, nos <i>processos formativos</i> e nas estratégias de <i>educação permanente</i> de todos os componentes da Vigilância em Saúde. (p.7)
Conteúdos de vigilância em saúde; processos formativos; educação permanente; cursos e capacitações	e) inserção de <i>conteúdos de vigilância em saúde</i> nos diversos <i>processos formativos</i> e estratégias de <i>educação permanente, cursos e capacitações</i> , para profissionais de nível superior e nível médio, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores. (p.7)
Conteúdos temáticos de vigilância em saúde nos currículos	f) articulação intersetorial com Ministérios e Secretarias de Governo, especialmente com o Ministério da Educação, para fins de inclusão de <i>conteúdos temáticos de vigilância em saúde</i> nos <i>currículos</i> do ensino fundamental e médio, da rede pública e privada, em cursos de graduação e de programas específicos de pós-graduação em sentido amplo e estrito, possibilitando a articulação ensino, pesquisa e extensão. (p.7)
Capacitação	Apoio à <i>capacitação</i> voltada para os interesses do movimento social e controle social, em consonância com as ações e diretrizes estratégicas do SUS e com a legislação vigente. (p.8)
Estudos e pesquisas	VII – Apoio ao desenvolvimento de <i>estudos e pesquisas</i> , o que pressupõe... (p.8)
Formação e capacitação em vigilância em saúde; Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; capacitação e educação	VII – promover a <i>formação e capacitação em vigilância em saúde</i> para os profissionais de saúde do SUS, respeitadas as diretrizes da <i>Política Nacional de Educação Permanente em Saúde</i> , bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para <i>formação e capacitação</i> da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação vigente. (p.9)

permanente em vigilância em saúde	e) inclusão da comunidade e do controle social nos programas de <i>capacitação e educação permanente em vigilância em saúde</i> , sempre que possível, e inclusão de conteúdos de vigilância em saúde nos processos de capacitação permanente voltados para a comunidade e o controle social. (p.7)
Educação	XIX- Desenvolver estratégias e implementação de ações de <i>educação</i> , comunicação e mobilização social referente à vigilância em saúde. (p.11, 13 e 14)

Nesta categoria foi necessário um olhar mais apurado buscando unidades de registro do mesmo campo semântico de *Processo formativo*. Pelo contexto da unidade de registro podemos descartar as unidades de registro *Articulação dos saberes, Compartilhando saberes e Metodologias* por fugirem ao objeto de estudo desta pesquisa. Entretanto as outras unidades de registro contemplam o que estamos pesquisando, ou seja, *educação permanente, qualificar, qualificação e capacitação, conteúdos específicos, processos formativos, conteúdos de vigilância, ...* A PNEPS como política vigente para a formação nesta área orienta para uma aprendizagem significativa, que visa refletir e problematizar o processo de trabalho.

Os quadros 4 e 5 referem-se ao documento Plano de Curso do CTVISAU, no quadro 4 apresentamos a categoria *Vigilância em Saúde* (e as subcategorias que consideramos os pilares da VS: *território, análise de situação de saúde, intersetorialidade, planejamento, participação e controle social*). No quadro 5 elencamos as categorias do mesmo campo semântico de *Processo formativo*.

Quadro 4- Categoria *Vigilância em Saúde* no Plano de Curso do CTVISAU

<b>Vigilância em Saúde (categoria)</b>	
<b>Unidade de registro (subcategorias)</b>	<b>Unidade de contexto</b>
Território	A VS em suas dimensões técnica e gerencial, assenta-se em <i>territórios-população</i> , na humanização e integração das práticas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, na autonomia e emancipação dos sujeitos, na auto-determinação individual e coletiva, na ação dialógica e na pactuação. (p. 8)

	<p>O processo de trabalho do Técnico de VISAU se apóia no trinômio informação-decisão-ação, para reconhecer as condições de vida e a situação de saúde das populações de <i>territórios</i> delimitados em sua área de atuação. (p. 31)</p>
Condições de vida e da situação de saúde	<p>A articulação sistêmica de múltiplos saberes – das ciências sociais em saúde, da epidemiologia e do planejamento, propõe um novo pensar e fazer sanitário, que reúna recursos técnicos, tecnológicos e cognitivos para conhecer, investigar, dialogar e intervir coletivamente no cotidiano dos muitos atores sociais, objetos e sujeitos da ação, para proteger e promover a vida. Ao reconhecer as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde como indicadores das <i>condições de vida e da situação de saúde</i> de populações, em escalas local e global, constrói a factibilidade para intervir de forma contínua sobre <i>riscos, agravos e danos</i>.(p. 9)</p>
Ações intersetoriais/ intersetorialidade	<p>O aluno ao investigar um território-população constrói e elabora nexos entre teoria e prática e significados acerca das condições de vida e saúde do seu recorte de atuação profissional para intervir de forma resolutiva e continuada – interdisciplinar e <i>intersectorial</i>. (p. 32)</p>
Planejamento	<p>Utiliza-se para tanto das ferramentas teóricas e práticas da gestão, do <i>planejamento</i> estratégico situacional, da epidemiologia, da geografia crítica, da cartografia, da educação e da comunicação para entender e se fazer entender junto a uma equipe de saúde multidisciplinar e a população. (p. 31)</p>
Participação popular	<p>Nesse sentido, essa proposta estimula a <i>participação popular</i> na resolução de seus problemas locais, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida individual e coletiva. A perspectiva da participação popular adotada tem como horizonte a autonomia, a liberdade e a emancipação dos sujeitos, na perspectiva da saúde enquanto direito de cidadania. (p. 10)</p> <p>A <i>participação popular</i> proposta pela Vigilância em Saúde tenta democratizar o acesso da população não só à informação, mas também no âmbito na definição de problemas e necessidades de saúde. (p. 27)</p>

Modelo de atenção	A Vigilância em Saúde, como modelo de mudança de concepções e práticas sanitárias se reconhece no interior dessas 02 propostas norteadoras do SUS e avança em seus recortes teóricos, técnicos e operacionais, para se conformar no século XXI em um “novo” modelo de atenção pautado na democracia, na liberdade e na justiça social. No estágio atual do sistema de saúde brasileiro se coloca como uma proposta radical (polêmica), inovadora (inquietante) e em experimentação (praticada), cujo arcabouço teórico-conceitual se constitui como eixo de um processo de reorientação dos atuais “modelos assistenciais” que dão suporte às práticas sanitárias em curso (Czeresnia & Freitas, 2004; Teixeira, C. et <i>all</i> , 1998). (p. 7)
-------------------	---

Na análise do Plano de curso, consideramos importante mantermos as mesmas categorias e subcategorias da concepção de VS. O conceito *território* é, no âmbito geográfico, o espaço onde as relações sociais acontecem – e tem como elementos fundantes a dinâmica da vida e a disputa de poder. *Condições de vida e da situação de saúde* agrega as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde como importantes indicadores do processo saúde-doença de determinada população. A intersetorialidade no CTVISAU é um elemento essencial nas oficinas do Planejamento estratégico situacional. No referido plano identificamos a categoria *Participação popular* na perspectiva da autonomia, da emancipação do sujeito, podendo ocorrer em qualquer espaço, sem limitá-los ao espaço institucionalizado dos conselhos de saúde.

Quadro 5- Categoria *Processo formativo* no Plano de Curso do CTVISAU

<b>Processo formativo (categoria)</b>	
<b>Unidade de registro (subcategorias)</b>	<b>Unidade de contexto</b>
Formação em vigilância em saúde;	Essa oferta oportuniza também adequar a grade curricular do curso da EPSJV à ordenação da <i>formação em vigilância em saúde</i> , definida em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS) na Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES). (p. 4)

Educação profissional; qualificação	Na ótica do capital, a <i>educação profissional</i> distinguiu-se hierarquicamente entre <i>qualificação</i> para o trabalho manual (dirigida para a massa de trabalhadores) e formação intelectual destinada a uma pequena elite privilegiada (Souza, 2002). (p. 5)
Formação profissional	... a <i>formação profissional</i> cria “aptidões para o trabalho na sociedade urbano-industrial, por meio da permanente atualização técnico-produtiva da força de trabalho escolarizada” (Souza, 2002, p.54) (p. 5)  A <i>Formação Profissional</i> é uma expressão recente criada para designar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, portanto à relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho. (p. 12)
Educação Politécnica	A formação pautada pela <i>politecnia</i> toma por base o homem em sua plenitude – o ser humano, social, ético-político –, um sujeito que seja capaz de desenvolver habilidades manuais e científico-intelectuais, independentemente do grau de escolaridade, para manifestá-las no seio da sociedade e influenciar nas transformações necessárias. (p. 11)
Aprendizagem Significativa	A <i>aprendizagem significativa</i> é um processo por meio do qual o indivíduo relaciona uma nova informação a um aspecto importante da sua estrutura de conhecimento. O conhecimento novo produz-se na relação com o conhecimento prévio que o aluno possui. (p. 14)
Currículo Integrado	O <i>currículo integrado</i> é, portanto, um plano pedagógico onde sua correspondente organização institucional busca articular de forma dinâmica e sistemática trabalho e ensino, teoria e prática, ensino e comunidade. (p. 15)
A noção de Formação Integral - “omnilateral”	A noção de politecnia ou omnilateralidade, aqui adotada, postula que o processo de trabalho desenvolva, em uma unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais, pois, são características intrínsecas e concomitantes no trabalho humano.(p. 20)
O Materialismo Histórico Dialético	O método <i>materialista histórico-dialético</i> caracteriza-se pelo movimento do pensamento através da materialidade histórica da vida dos homens em sociedade, isto é, trata de descobrir (através do movimento do pensamento)

	as leis fundamentais que definem a forma organizativa dos homens durante a história da humanidade. (p. 21)
O trabalho e a pesquisa como princípios educativos	Portanto, entende-se o <i>trabalho como princípio educativo</i> no CTVISAU, como categoria ontológica da vida humana, onde o conhecimento, a ciência, a técnica, a tecnologia e a cultura são mediações produzidas pelo trabalho na relação entre homens e as condições objetivas da existência. (p. 24)

O Plano de curso por sua natureza pedagógica é permeado de conceitos que embasam sua concepção, logo a categoria *Processos formativos* é dividida em subcategorias *Formação profissional, Educação Politécnica, Aprendizagem significativa, omnilateralidade, trabalho e pesquisa como princípio educativos*. Ponderando que estes conceitos já foram explorados no capítulo 2 e no subcapítulo 3.2 desta dissertação, partiremos para a discussão dos resultados.

### 3.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados será norteada por algumas perguntas que acreditamos responderem aos objetivos desta pesquisa, a fim de identificar as **interseções** e **afastamentos** entre os documentos selecionados para a pesquisa documental. Com os dados codificados e categorizados, buscamos relacionar os achados da análise de conteúdo com o referencial teórico adotado nos debates sobre saúde e educação presentes nos capítulos anteriores.

As perguntas (também compreendidas como as categorias de análise utilizadas) foram elaboradas com base nas discussões de cada capítulo/subcapítulo, com o propósito de identificar se o conceito ampliado de saúde, conforme definido na 8ª CNS, orienta tais documentos. Resgatando:

‘Saúde’ compreendida como resultante e condicionante de condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços e, portanto, componente essencial da cidadania e democracia e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina; a saúde, tomada como medida de determinações sociais e perspectiva de conquista da igualdade, contrapõe-se ao estatuto de mercadoria assistencial que lhe é conferido pela ótica economicista, tal como definida na VIII Conferência Nacional de Saúde é “a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (BAHIA, 2009, p. 357)

Dito isto, como uma linha mestra esse conceito perpassará todas as perguntas, sendo elas:

- 1- Qual a concepção do processo saúde-doença está presente nos documentos?
- 2- Qual o marco legal da VS norteia tais documentos?
- 3- Quais modelos de atenção à saúde estão vigentes?
- 4- Qual (quais) atribuições são elencadas aos profissionais de saúde, em especial ao ACE, na PNVS e no Plano de curso do CTVISAU?
- 5- Qual (ou quais) concepção (ões) de formação orientam tais documentos?

- 1- Qual a concepção do processo saúde-doença está presente nos documentos?

No texto da PNVS a saúde é considerada como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à *redução do risco de doença e de outros agravos* e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua *promoção, proteção e recuperação*, conforme determina a Constituição Federal de 1988;

[...] o *atendimento integral*, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais compõe uma das diretrizes do SUS (BRASIL, 2018b, p. 1, grifos nossos)

Outros termos que nos auxiliam na compreensão do conceito de saúde presente na Política:

§1 Entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em *condicionantes e determinantes da saúde*, para a *proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças* (*Ibidem*, p. 2, grifos nossos).

No Plano de curso identificamos que:

Ao reconhecer as *desigualdades sociais e as iniquidades em saúde* como *indicadores das condições de vida e da situação de saúde de populações*, em escalas local e global, constrói a factibilidade para intervir de forma contínua sobre *riscos, agravos e danos* (EPSJV, 2012, p. 9, grifos nossos).

[...] direito à saúde é um direito fundamental do homem. O art. 196 de nossa Constituição em vigor preceitua que "*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.*" (*Ibidem*, p. 26, grifos no original).

A partir desses termos (subcategorias) destacados, compreendemos que a concepção do processo saúde-doença está em conformidade com o que foi definido na 8ª CNS. Sendo assim, percebemos a **interseção** das categorias e dos conceitos nos documentos analisados (Quadros 2 e 4).

## 2- Qual marco legal da VS norteia a PNVS e o Plano de curso do CTVISAU?

A PNVS é um acúmulo de orientações presentes nas leis nº 8080/1990, nº 8124/1990, no Projeto de Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde- VigiSUS (BRASIL, 1998), nas portarias de Consolidação nº 3, 4 e 6/2017, nas deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde e na 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (Resolução nº 583/2018). Entretanto é importante salientar que da mesma forma que o SUS, desde o início é marcado por projetos e interesses políticos e societários diferentes. E que sua conquista e seu arcabouço legislativo não foram suficientes para seu pleno funcionamento. Assim acontece com a PNVS, já que a própria compreensão da sua estrutura e funcionamento são diversas. “A VS tem sido compreendida a partir de distintas perspectivas: processo de trabalho estruturado em torno da integração das vigilâncias; monitoramento/análise da situação de saúde e proposta de redefinição de práticas sanitárias, que incorpora as dimensões anteriores, mas não se restringe a elas” (GONDIM; MONKEN, 2017, p. 43; EVANGELISTA, 2018).

Considerando que a formulação do Plano de curso antecedeu grande parte do histórico e do marco legal mencionado anteriormente. O CTVISAU foi constituído ao longo dos anos, não apenas com as legislações apontadas, mas a partir da grande influência de conceitos e teorias discutidos pelos autores Teixeira, Paim, Vilasbôas, Mendes, Buss entre outros.

Dito isto, identificamos que há um **afastamento** teórico-conceitual e prático entre a PNVS e o CTVISAU, a VS segundo a Política ainda se organiza de forma fragmentada, diferente da proposta de VS dos autores baianos (TEIXEIRA *et al.*, 1998). Entendemos que o CTVISAU avançou na proposta de VS defendida por esses autores, embora nada coloquem sobre educação e metodologias de ensino aprendizagem.

## 3- Quais modelos de atenção à saúde estão presentes na PNVS e no Plano de curso do CTVISAU?

No Art. 2º da própria Política aponta que a VS deve ser um modelo de atenção à saúde implementado nos territórios, superando assim a dicotomia dos modelos hegemônicos sanitaria e biomédico, tão solidificados na saúde pública. No texto da Política identificamos alguns pilares da VS (categoria e subcategorias presentes no Quadro 2): o conceito de território; a análise de situação

de saúde como diagnóstico das condições de vida e situação de saúde, considerando os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, e a distinção de risco, dano e vulnerabilidade; a intra e intersectorialidade, articulando instituições (públicas e privadas) e pessoas (atores sociais) nas ações de saúde e vigilância; o planejamento conjunto é essencial para refletir e discutir, com base na análise da situação de saúde, o que deve ser priorizado no território; e a participação da comunidade, mas também do controle social, diretrizes preconizadas no SUS. Partindo desses pilares, acreditamos que esse modelo de atenção seja capaz de implementar práticas sanitárias, organizar processos de trabalho em saúde, visando responder de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população.

No plano de curso também aparece a Vigilância em Saúde como um modelo de atenção integral à saúde do indivíduo, que consegue desenvolver suas ações de forma efetiva e equânime, segundo o contexto local e promove a participação dos atores sociais. Também identificamos os pilares da VS (categoria e subcategorias apresentadas no Quadro 4) como estruturantes do modelo de atenção defendido pelos teóricos que norteiam o CTVISAU, conforme trecho a seguir:

Nesse contexto, a Vigilância em Saúde, como modelo de mudança de concepções e práticas sanitárias se reconhece no interior dessas 02 propostas [Atenção Primária e Promoção da Saúde] norteadoras do SUS e avança em seus recortes teóricos, técnicos e operacionais, para se conformar no século XXI em um “novo” modelo de atenção pautado na democracia, na liberdade e na justiça social. No estágio atual do sistema de saúde brasileiro se coloca como uma proposta radical (polêmica), inovadora (inquietante) e em experimentação (praticada), cujo arcabouço teórico-conceitual se constitui como eixo de um processo de reorientação dos atuais “modelos assistenciais” que dão suporte às práticas sanitárias em curso (Czeresnia & Freitas, 2004; Teixeira, C. et al, 1998). Daí sua importância para os processos de descentralização e municipalização da gestão e das ações de saúde que subjazem aos pactos – pelo SUS, de Gestão e em Defesa da Vida, definidos nas políticas do Ministério da Saúde como novos arranjos jurídico-institucionais (EPSJV, 2012, p. 7, colchetes nossos).

Entendemos que há **interseção** na compreensão de que o modelo de atenção à saúde proposto pela VS supera os modelos hegemônicos (sanitarista e biomédico). Como também no conceito ampliado de saúde, já que tanto na Política, quanto no Plano do curso a análise da situação de saúde e as condições de vida subsidiam o Planejamento Estratégico Situacional, a fim de intervir de forma contínua sobre riscos, agravos e danos. Outra **interseção** é a prática estratégica da VS, baseada do trinômio *informação-decisão-ação*, e a organização curricular do CTVISAU firmado no *conhecer-identificar-analisar-intervir*.

4- Qual (quais) atribuições são elencadas aos profissionais de saúde, em especial ao ACE, na PNVS e no Plano de curso do CTVISAU?

A Política não cita o ACE, encontramos “equipes aptas a atuar no âmbito da vigilância em saúde”, “profissionais de vigilância” e “profissionais de saúde do SUS”. Por exemplo: “[...] a necessidade de *equipes aptas a atuar no âmbito da vigilância em saúde*, com capacidade de analisar contextos e identificar na população do seu território potenciais riscos à saúde, organizar, monitorar e avaliar os processos de trabalho (BRASIL, 2018b, p. 1, grifos nossos).

Por outro lado, o Plano de curso aponta que o técnico de vigilância em saúde

É parte do conjunto dos trabalhadores do SUS, que desenvolvem ações de promoção e proteção à saúde, configurando um trabalho parcelar no interior do processo de trabalho em saúde.

[...] O processo de trabalho do Técnico de VS se apoia no trinômio informação-decisão-ação, para reconhecer as condições de vida e a situação de saúde das populações de territórios delimitados em sua área de atuação. Utiliza-se para tanto das ferramentas teóricas e práticas da gestão, do planejamento estratégico situacional, da epidemiologia, da geografia crítica, da cartografia, da educação e da comunicação para entender e se fazer entender junto a uma equipe de saúde multidisciplinar e a população.

[...] A gestão do trabalho do técnico de VISAU pauta-se pela autonomia, o diálogo, a contextualização e o compartilhamento para tomada de decisão e o desenvolvimento de ações, circunscritas a responsabilidades sanitárias e sociais bem delimitadas. Por ser um ator fundamental para a efetivação da vigilância em saúde, pode inserir-se em qualquer estrutura operacional de vigilância e em outras áreas afins – Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST), Vigilância Sanitária (VISA), planejamento e gestão, informação, educação e comunicação, como também em qualquer instituição de saúde das 03 esferas de governo – Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Equipes da Estratégia saúde da Família, dentre outras (EPSJV, 2012, p. 31, colchetes nossos).

Neste ponto vemos **afastamento** nas atribuições do ACE (ou técnico de VS), pois a PNVS sequer o menciona e não deixa claro quem são estes profissionais da VS. É muito instigante não ver os Agentes de Saúde (ACS e ACE) que atuam diretamente no território citados na Política. Entretanto o CTVISAU deixa muito claro o processo de trabalho deste trabalhador. E aponta para outra questão crucial no conceito ampliado de saúde e no modelo de atenção à saúde da VS, a integração com a ESF.

De acordo com a Política a integração das ações se traduz em “construir práticas de gestão e de trabalho que assegurem a integralidade do cuidado, com 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” (BRASIL, 2018b, p. 5, grifos nossos). E traz em outro trecho que é necessário:

Considerar a colaboração necessária para a integralidade em seus vários aspectos, a saber: *integração das diversas ações e serviços que compõem a rede de atenção à saúde*; articulação das ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de doenças e agravos e do manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias à detecção, prevenção, tratamento e reabilitação; nas demais responsabilidades específicas da *vigilância em saúde*, bem como a *articulação intersetorial* (Ibidem, p. 6, grifos nossos).

No Plano de curso essa integração ocorre durante o estágio do CTVISAU, já que promove a integração do aluno-trabalhador da VS na Atenção Básica,

Na forma subsequente do curso, dada a inserção dos alunos-trabalhadores no processo trabalho em saúde, o estágio volta-se para a integração desse profissional na Atenção Básica, especificamente nas equipes da Estratégia Saúde da Família. Os alunos farão estágio em área de uma equipe de saúde da família (ESF), onde o aluno individual ou em grupo acompanhará as atividades nas micro-áreas dos Agentes Comunitários de Saúde, buscando integrar suas ações às desenvolvidas por esse outro trabalhador singular (EPSJV, 2012, p. 40).

Somente com a integração dos profissionais de saúde, em especial o ACS e o ACE, será possível implementar um modelo de atenção integral à saúde do indivíduo. Segundo Teixeira *et al.* (1998) a proposta é entender a VS como um modelo de atenção que norteia inclusive a ESF, o que ajuda na integração da APS e VS. Conforme apresentado no subcapítulo 1.3 há um marco legal que preconiza a integração desses Agentes, contudo existem muitos entraves em sua implementação, dentre eles: vínculos empregatícios distintos, metodologia de trabalho, atribuições particulares e comuns etc. Essa integração também é um **afastamento**.

Outro **afastamento** é que a PNVS mantém a visão tradicional sobre a concepção de VS hegemônica, baseada numa VS de gabinete focada no tratamento de informações, herança da Vigilância Epidemiológica ainda tão forte na VS. Diferente do que orienta o Trabalho de Campo no CTVISAU, onde o agente encontra, dialoga, interage com a população, participa da elaboração do diagnóstico, e acima de tudo escuta as vozes do território sobre os problemas (riscos, causas e danos) e necessidades de saúde (trinômio Informação-Decisão-Ação). Isso diferencia a concepção do agente de saúde no CTVISAU e na PNVS.

5- Qual (ou quais) concepção (ões) de formação orientam tais documentos?

A concepção de formação presente na PNVS é a que está presente na PNEPS, ou seja, é uma estratégia que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho e se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho. Conforme estão no Quadro 3, destacamos trechos onde aparecem algumas subcategorias de Processo formativo:

Investimento na *qualificação e capacitação* integradas das equipes dos diversos componentes da vigilância em saúde, com incorporação de conteúdos específicos, comuns e afins, nos *processos formativos* e nas estratégias de *educação permanente* de todos os componentes da Vigilância em Saúde (BRASIL, 2018b, p. 7, grifos nossos).

Inserção de conteúdos de vigilância em saúde nos diversos processos formativos e estratégias de educação permanente, cursos e capacitações, para *profissionais de nível superior e nível médio*, com destaque àqueles destinados às equipes de Vigilância em Saúde, à Saúde da Família e aos gestores (*Ibidem*, 2018b, p. 7, grifos nossos).

Promover a formação e capacitação em vigilância em saúde para os profissionais de saúde do SUS, respeitadas as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como estimular a parceria entre os órgãos e instituições pertinentes para formação e capacitação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social, em consonância com a legislação vigente (*Ibidem*, p. 9-10, grifos nossos).

Assim como apresentado no Quadro 5 sobre as subcategorias, o Plano de curso do CTVISAU é estruturado nas concepções de Educação Politécnica, aprendizagem significativa, currículo integrado, trabalho e a pesquisa como princípios educativos. Assunto que foi amplamente debatido no capítulo 2.

Identificamos como **interseção** a territorialização (metodologia do Trabalho de Campo), a aprendizagem significativa e o processo de trabalho no território, tanto do ACE como também dos profissionais que fazem as análises de situação de saúde.

No CTVISAU, a politecnia se materializa ao propor o TC, que visa articular a teoria das disciplinas e a prática de campo, assim como os estudos de casos por ser uma reflexão sobre situações práticas. Outra **interseção** com a PNVS é a reflexão sobre o processo de trabalho, presente na PNEPS.

A aprendizagem significativa orienta a estratégia pedagógica do TC ao dar significado as teorias e conceitos das aulas com a sua pesquisa de campo. O TC de territorialização de informações tem essas duas dimensões que compreende o trabalho e a pesquisa como princípios educativos. São eles, o entendimento da organização do trabalho da VS no território e a possibilidade dos resultados da territorialização orientar os processos de trabalho; e o aprendizado por meio da investigação sobre a realidade sócio sanitária e as condições de vida e situação de saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Mais importante do que a chegada é a caminhada, e não há caminho sem metamorfose: ela é a ponte que torna possível a nossa travessia até os novos continentes a serem descobertos dentro de nós”*

*Kamila Behling*

É bem provável que outros autores já tenham escrito com outras palavras que é no processo, no caminho percorrido que estão as dores, as alegrias e os aprendizados. É muito pertinente que nesta etapa final da dissertação tenha-se “considerações finais” e não “conclusão”, pois seria um tanto comprometedor e audacioso chegar com respostas ‘fechadas’, entretanto não poderia eximir-me de trazer reflexões destes quase 3 anos (à contar do processo seletivo deste mestrado). Diversas perguntas suscitaram o desejo desta pesquisa e outras tantas surgiram, esperamos saná-las em futuras trajetórias acadêmicas, profissionais e pessoais.

O referencial teórico adotado foi o leme que nos orientou nesta caminhada, a historicidade ajudou-nos a compreender a origem de concepções e modelos, seja no campo da saúde, como da educação. A pesquisa documental e a análise de conteúdo, como método qualitativo, permitiram extrair dos documentos as questões que instigaram esta pesquisa.

Assim como o subtítulo desta dissertação identificamos “encontros e desencontros” ou “interseções e afastamentos” nos documentos analisados, dentre eles:

- A PNVS e o Plano de curso do CTVISAU comungam da mesma compreensão de que o modelo de atenção à saúde proposto pela VS supera os modelos hegemônicos (sanitarista e biomédico);
- Ambos estão pautados no conceito ampliado de saúde;
- Outra aproximação entre os documentos é a concepção de formação. A PNVS referencia a PNEPS como orientadora dos processos formativos, ou seja, toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho e se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho. O Plano de curso também traz na territorialização (metodologia do Trabalho de Campo) a aprendizagem significativa e o processo de trabalho no território, tanto do ACE como também dos profissionais que fazem as análises de situação de saúde.

- Há um afastamento quanto ao marco legal da VS que orienta os documentos analisados, a Política ainda se organiza de forma fragmentada, diferente da proposta presente no Plano de curso, orientado pelos autores baianos Teixeira *et al.* (1998).
- Outro afastamento é sobre as atribuições dos profissionais de saúde, em especial ao ACE. A Política sequer cita o profissional ACE, fala de forma genérica em “profissionais que atuam na VS”. Já o Plano de curso descreve detalhadamente as atribuições do Técnico de Vigilância em Saúde;

Esta pesquisa conclui que há mais pontos convergentes que divergentes entre a PNVS e o Plano de curso do CTVISAU. Contudo uma questão, que não foi objeto desta pesquisa, mas que sobressaiu constantemente nas leituras e na própria prática da pesquisadora é a distância entre o que está na Política e no Plano e o que ocorre de fato na prática dos trabalhadores da VS.

Sobre o desafio da implementação da PNVS, os autores Guimarães *et al.* (2017) escrevem:

Embora reunidas sob a égide da secretaria de vigilância em saúde, ainda hoje perdura a compartimentalização entre as distintas vigilâncias, apesar de terem por base princípios e processos de trabalho semelhantes. O distanciamento conceitual e operacional dificulta a atuação integrada dessas estruturas para o enfrentamento dos problemas de saúde, combinando saberes e tecnologias diversas para intervir sobre a realidade. Ademais, não propicia a integração com as outras redes do SUS (atenção e promoção da saúde) e não considera o território como lugar da produção social da saúde, onde diferentes ações (promoção, proteção e reabilitação) respondem às necessidades e aos problemas locais.

Diante disso concluímos que as maiores interseções e afastamentos não estão nos documentos que norteiam as atribuições dos entes federados e dos processos formativos na área da Vigilância em Saúde. Mas das diversas compreensões sobre a própria vigilância e dos interesses por trás de cada concepção, que resulta em uma vigilância fragmentada e pouco resolutiva.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. **Agente de controle de endemia (ACE):** trajetória de uma ocupação profissional - Estudo de caso do município de Niterói/RJ. / Claudia Márcia Osório Xavier de Almeida. – 2012. 137 f. : il. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2012.
- ALONSO, A. Métodos qualitativos de pesquisa: uma introdução. In: **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais:** bloco qualitativo. São Paulo, Sesc São Paulo/CEBRAP, 2016.
- ANTUNES, A. 35 anos de politecna na saúde. **Revista Poli**, Ano XII - Nº 72-ESPECIAL- ago. 2020.
- ARAÚJO, I. **Mercado Simbólico:** interlocução, luta, poder- um modelo de comunicação para políticas públicas. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Comunicação -CFCH, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.
- ARAÚJO, I; CARDOSO J. **Comunicação e Saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.
- ARJONA, F. **O Território na formação profissional no Sistema Único de Saúde brasileiro:** algumas considerações sobre o Curso Técnico de Vigilância em Saúde na Cidade do Rio de Janeiro nos anos de 2012-2013. 2015. 131 f. Dissertação (Mestrado em Produção social do espaço: natureza, política e processos formativos em Geografia) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, São Gonçalo, 2015.
- AZEVEDO, V. **Dengue, revistas em quadrinhos e crianças:** um diálogo possível? 30f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Comunicação em Saúde)- Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2009.
- BAHIA, L. Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**/Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. - 2.ed.rev. ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, p. 357-364, 2009.
- BARBOSA, I; GONDIM, G.; OLIVEIRA, M. História e contexto atual dos agentes de vigilância em saúde no Brasil. In: **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde:** textos de apoio. 1ªed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2016, v., p. 35-41.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007a. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). p. 25-49.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007b. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). p. 51-86.

BATISTELLA, C. E. C.; GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. **Guia do aluno**. EPSJV/ Proformar, 2010.

BEHRING, E. R. A Dívida e o calvário do Fundo Público. In: **Advir**, nº 36, p. 9-21, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de RH. Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde. Brasília, 1982.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 18 jan. 2021

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm)>. Acesso em: 20 jan. 2021

BRASIL. Projeto VIGISUS- Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 1998, 203p.

BRASIL. Portaria n. 44/GM/MS, de 03 de janeiro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0044\\_03\\_01\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0044_03_01_2002.html)>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL . Portaria GM/MS nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. 14 Fev 2004.

BRASIL. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm)>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União. 20 Ago 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle da dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria nº 1.007, de 4 de maio de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007\\_04\\_05\\_2010\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010_comp.html)>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 1.378/GM, de 09 de julho de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html)>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2016; 16 dez. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)>. Acesso em: 15 jul. 2021.

BRASIL. 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, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. Portaria de Consolidação GM/MS nº 02 de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2017b. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html#ANEXOXLCAPI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXLCAPI)>. Acesso em: 30 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, 18 abr. 2018a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018. Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2018 ago 13; Seção 1:87. 2018b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? -1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019a; 13 nov.

BRASIL. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Diário Oficial da União 2019b; 19 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). 2019c. Versão profissionais de saúde e gestores – completa. Disponível em:

<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf)>. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, Edição 24-A, p. 1, 4 fev. 2020a. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública: COE-COVID-19. Brasília: MS, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020. Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. 2020c. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-ms-n-3.241-de-7-de-dezembro-de-2020-293178860>>. Acesso em: 20 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consulta Pública Nº 21, de 30 de abril de 2021. Institui a Política Nacional de Saúde Suplementar para o Enfrentamento da Covid-19 - PNSS-Covid-19. Diário Oficial da União 2021; 03 maio. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/consulta-publica-n-21-de-30-de-abril-de-2021-317440769>>. Acesso em: 21 jul. 2021.

CAMPELLO, A. Dualidade Educacional. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**/Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. - 2.ed.rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, p. 136-141, 2009.

CAMPELLO, A; LIMA FILHO, D. Educação Profissional. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**/Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. - 2.ed.rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, p. 175-182, 2009.

CARDOSO J; ARAÚJO I. Comunicação e Saúde. In: Pereira IB. **Dicionário da educação profissional em saúde**/Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. - 2.ed.rev. ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

CARLOMAGNO, M.; ROCHA, L. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, [S.l.], v. 7, n. 1, jul. 2016. ISSN 2236-451X. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/politica/article/view/45771/28756>>. Acesso em: 25 jul. 2022.

CEBES. “CEBES apoia a Campanha Leitos para Todos”. Publicado em 27 mar. 2020. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2020/03/conheca-a-campanha-leitos-para-todos/>>. Acesso em: 22 jul. 2021.

CEBES. “Com ‘Política Nacional de Saúde Suplementar Para o Enfrentamento da Pandemia da Covid-19’ governo tenta ‘passar a boiada’ contra o SUS”. Publicado em 5 mai. 2021. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2021/05/com-politica-nacional-de-saude-suplementar-para-o->

enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-governo-tenta-passar-a-boiada-contra-o-sus/>. Acesso em: 21 jul. 2021.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. “NOTA PÚBLICA: CNS critica proposta de Política Nacional de Saúde Suplementar para o enfrentamento à Covid-19, que afronta princípios e diretrizes do SUS”. Publicada em 17 mai. 2021. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1739-nota-publica-cns-critica-proposta-de-politica-nacional-de-saude-suplementar-para-o-enfrentamento-a-covid-19-que-afronta-principios-e-diretrizes-do-sus>>. Acesso em: 18 jul. 2021.

CULTURA POLITECNIA. Em busca de Joaquim Venâncio. **Youtube**. 2009. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=SUkk5DLbUOQ>. Acesso em 18 fev 2021.

DANTAS, A. Direito universal à saúde, estatização progressiva, saúde privada e papel do Estado: um flash sobre o SUS e 30 anos de luta de classes na Saúde. In: SILVA, L. B. e DANTAS, A. (orgs.). **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 163-186, 2020.

DANTAS, A; PRONKO, M. Estado e dominação burguesa: revisitando alguns conceitos. In: STAUFFER, A. B. et al (org.), **Hegemonia burguesa na educação pública**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 73-96, 2018.

DEISTER, J. “Profissionais da saúde lançam campanha ‘Leitos para todos’ durante pandemia”. Brasil de Fato. Publicado em 25 mar. 2020. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2020/03/25/profissionais-da-saude-lancam-campanha-leitos-para-todos-durante-pandemia-1>>. Acesso em: 22 jul. 2021.

DELLA CORTE, J. **O Teatro Épico como Elemento Integrador na Educação em Saúde**. Monografia (Especialização Lato Sensu em Ciência, Arte e Cultura na Saúde) – IOC/Fiocruz (Instituto Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz), Rio de Janeiro/RJ, 2011.

EPSJV. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Página inicial [s.d.]. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/>>. Acesso em: 20 de fev. de 2021.

EPSJV. **Projeto Político Pedagógico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/escola/documentos>>. Acesso em: 05 jul. 2022.

EPSJV. **Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde: proposta político-pedagógica do Curso Técnico de Vigilância em Saúde- CTVISAU**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2012. (Plano de curso)

EPSJV. Revista Poli, Ano XII- Nº 72-ESPECIAL- ago. 2020.

ETIMOLOGIA DE “ESCOLA”. Gramática.net, [s.d.] Disponível em: <<https://www.gramatica.net.br/origem-das-palavras/etimologia-de-escola/>>. Acesso em: 10 jun. 2022.

EVANGELISTA, A. P. Por uma vigilância em saúde integral. **Revista Poli**, Ano X- Nº 56-mar./abr. 2018.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 20, n. 6, pp. 1869-1878. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>>. ISSN 1678-4561. Acesso em: 26 maio 2022.

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

FREIRE, P. **Ação cultural para liberdade e outros escritos**. Editora Paz e Terra, 2014.

GONDIM, G. Decifra-me ou te devoro: enigmas da Vigilância em Saúde na pandemia Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. 2020, v. 18, n. 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00296>>. Acesso em: 31 maio 2022.

GONDIM, G.; MONKEN, M. Geografia e Saúde no âmbito da Educação Profissional Técnica de Nível Médio: 20 anos formando trabalhadores para o SUS. In: MAGALHÃES, SCM; PEREIRA, MPB (orgs). **Pesquisa e extensão em Geografia da Saúde: entre a teoria e a prática**. Montes Claros: Unimontes, 2017.

GONDIM *et al.* **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade: volume 1** / Organização de Grácia Maria de Miranda Gondim, Maria Auxiliadora Córdova Christófar e Gladys Miyashiro Miyashiro. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2017a.

GONDIM *et al.* **Técnico de vigilância em saúde: fundamentos: volume 2** / Organização de Grácia Maria de Miranda Gondim, Maria Auxiliadora Córdova Christófar e Gladys Miyashiro Miyashiro. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2017b.

GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

GRAMSCI, A. Cronache Torinesi (1913 – 1917). Torino: Einaudi, 1980. (A cura di Sergio Caprioglio). pp. 669 – 671. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/gramsci/1916/12/24.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

GUIMARÃES, R. M. *et al.* Os desafios para a formulação, implantação e implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, v. 22, n. 5 , pp. 1407-1416. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33202016>>. Acesso em: 21 jul. 2022.

GUIMARÃES, C. Escola unitária. **Revista Poli**, Ano XII - Nº 72-ESPECIAL- ago. 2020.

KELLY-SANTOS, A. **A palavra & as coisas**: produção e recepção de materiais educativos sobre hanseníase. Rio de Janeiro. [Tese de Doutorado] - Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ; 2009.

KRIPKA, R; SCHELLER, M; BONOTTO, D. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. **Revista de investigaciones UNAD**, Bogotá, Colombia, v. 14, n. 2, p. 55-73, julio-diciembre, 2015.

KUENZER, A. Z. EM e EP na produção flexível: A dualidade invertida. **Rev. Retratos da Escola**. v. 5, n. 8, p. 43-55, 2011.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas operacionais básicas. **Rev. Ciênc. e Saúde Coletiva**; 6(2); p. 269-291, 2001.

LIMA, J. C. F. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o ‘novo universalismo’ ou a ‘cobertura universal em saúde’. In: Pereira, João Márcio M. (org.). **A demolição dos direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: EPSJV, p. 233-253, 2014.

LIMA, C. **O trabalho dos agentes de controle de endemias e as concepções da vigilância em saúde** / Cláudia Lemos Vieira Lima. – Rio de Janeiro, 2016. 112 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2016.

LUCENA, I. **Curso Técnico de Vigilância em Saúde da ETSUS-BA**: diálogo com as diretrizes e orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde / Iara Saldanha de Lucena. – Rio de Janeiro, 2016. 200 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2016.

LUZ, M. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil na transição democrática anos 80. In: **Rev. Physys**; 1(1), 1991.

LUZ, M. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**; 5(2), 2000.

LUZ, M. Saúde. In: Pereira IB. **Dicionário da educação profissional em saúde**/Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. - 2.ed.rev. ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MAPA. Colégio das Fábricas. 2019. Disponível em: <<http://mapa.an.gov.br/index.php/dicionario-periodo-colonial/155-colegio-das-fabricas#:~:text=O%20Col%C3%A9gio%20das%20F%C3%A1bricas%2C%20tamb%C3%A9m,dire%20de%20Sebasti%C3%A3o%20F%C3%A1bregas%20Surigu%C3%A9>>. Acesso em: 30 jun. 2022.

MARCONI, M; LAKATOS, E. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 6ª ed., São Paulo, Atlas, 2007.

MARX, K. **O Capital**. Livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.

MARQUES, M. Capitalismo dependente e cultura autocrática: contribuições para entender o Brasil contemporâneo. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 137-146, jan./abr. 2018.

MATHIAS, M. Izabel dos Santos. **Revista RET-SUS**, Ano V-Nº 38- setembro. 2010.

MATHIAS, M. A crise por trás da nova PNAB. **Revista Poli**, Ano X- Nº 53- set./out. 2017.

MATTA, G.; MOROSINI, M. Atenção à Saúde. In: Pereira IB. **Dicionário da educação profissional em saúde**/Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. - 2.ed.rev. ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MENDES, E. O Sistema único de Saúde: um processo social em construção. In: MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; 1993.

MENDES, E. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família**. Brasília: OPAS; 2012.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Centenário da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica. 2009. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/par/190-secretarias-112877938/setec-1749372213/13175-centenario-da-rede-federal-de-educacao-profissional-e-tecnologica>>. Acesso em: 20 jun. 2022.

MONKEN, M. **Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

MONKEN, M. Contexto, Território e o Processo de Territorialização de Informações: Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: BARCELLOS, C. **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; ICICT; EPSJV, p. 141-162, 2008.

MONKEN, M. *et al.* O Território na Saúde: construindo referências para análises em Saúde Ambiente. In: **Saúde, Ambiente e Território**. Ed. FIOCRUZ, 2008.

MONKEN, M.; BATISTELLA, C. Vigilância em Saúde. In: Pereira IB. **Dicionário da educação profissional em saúde**/Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. - 2.ed.rev. ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MONKEN, M.; GONDIM, G. Território: lugar onde a vida acontece. In: **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. 1ªed.Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2016, v., p. 109-112.

- MOREIRA, V. **A categoria território na qualificação profissional em vigilância em saúde (VISAU):** uma análise da experiência do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar) em Nova Iguaçu - RJ. 2012, 97 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2012.
- MOREIRA, F. **Entre o ser e o fazer – formação técnica em vigilância em saúde no Estado do Ceará:** um olhar na perspectiva da gestão e do estudante-profissional / Francisco Jadson Franco Moreira. – Rio de Janeiro, 2016. 161 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2016.
- MOROSINI, M.; FONSECA, A.; LIMA, L. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan. 2018.
- MOROSINI, M.; CHINELLI, F; CARNEIRO, C. Coronavírus e crise socio sanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS. In: SILVA, L. B. e DANTAS, A. (orgs.). **Crise e pandemia:** quando a exceção é regra geral. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.
- MULATINHO, J. **Técnicos em Vigilância em Saúde de Pernambuco:** construção da identidade profissional / Juliana Beltrão Mulatino. – Rio de Janeiro, 2016. 139 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2016.
- MYNAIO, M. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- NEVES, J. Joaquim Venâncio. **Revista Poli**, Ano XII- Nº 72-ESPECIAL- ago. 2020.
- NOGUEIRA, M. L. *et al.* **1º Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de Covid-19.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. Agosto, 2020.
- NOGUEIRA, M. L. *et al.* **1º Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde, acesso à EPIs de técnicos de enfermagem, agentes de combate às endemias, enfermeiros, médicos e psicólogos, no município do Rio de Janeiro em tempos de Covid-19.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ. Fevereiro 2021.
- OLIVEIRA, C.; CASANOVA, Â. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2009, v. 14, n. 3
- OLIVEIRA, C.; CRUZ, M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 255-267, Jan-Mar. 2015.
- PAIVA, C. Izabel dos Santos e a formação dos trabalhadores da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 20, n. 6. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.00132015>>. Acesso em: 11 jul. 2022.

PALMEIRA, G. *et al.* Processo Saúde-Doença e a Produção Social da Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.) **Informação e diagnóstico de situação**. - Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJV PROFORMAR, 2004.

PARAENSE, W. L. Joaquim Venâncio. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ., 2(4): 238-242, abr/jun, 1988. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v4n2/10.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

PEREIRA, I. Histórico da Educação Profissional em Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1).

PEREIRA, E.; ARJONA, F.; FARIA, P.; GONDIM, G. *et al.* Curso Técnico de Vigilância em Saúde: uma experiência de parceria institucional entre a gestão e a ciência e tecnologia. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2018, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Campinas, GALOÁ, 2019. Disponível em: <<https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/curso-tecnico-de-vigilancia-em-saude--uma-experiencia-de-parceria-institucional-entre-a-gestao-e-ciencia-e-tecnologia>> Acesso em: 04 jan. 2021.

PEREIRA JUNIOR, A. **A luta contra a precarização do trabalho dos agentes de combate às endemias (ACE) no estado do Rio de Janeiro (1989-2014)**. 2018, 199 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2018.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa Historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, novembro, 2001.

PIRAGIBE, A. **Notícia histórica da legislação sanitária do Império do Brasil desde 1822 até 1878**. Rio de Janeiro: Typ. Universal de E. e H. Laemmert, [1880?]. [729] p. Disponível em: <[http://docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=AceBibCOC\\_R&pasta=Hygiene%20publica:%20apontamentos%20para%20a%20historia%20da%20saude%20no%20Brasil&pesq=&pagfis=6809](http://docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=AceBibCOC_R&pasta=Hygiene%20publica:%20apontamentos%20para%20a%20historia%20da%20saude%20no%20Brasil&pesq=&pagfis=6809)>. Acesso em: 08 nov. 2021.

PRONKO, M. Educação Pública em tempos de pandemia. In: SILVA, L. B. e DANTAS, A. (orgs.). **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral**, Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.

RAMIRES, J; PESSÔA, V. Pesquisas qualitativas: referências para pesquisa em geografia. In: MARAFON, G.J.*et al.* **Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas** [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2013, pp.22-35.

RAMOS, M. Currículo integrado. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França. (Orgs.). **Dicionário da educação em profissional em saúde**. 2 .ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2009a, p. 114-118.

RAMOS, M. Pedagogia das competências. In: Pereira IB. **Dicionário da educação profissional em saúde**/Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. - 2.ed.rev. ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009b.

RAMOS, M. A pedagogia das competências a partir das reformas educacionais dos anos de 1990: relações entre o (neo) pragmatismo e o (neo) tecnicismo. In: ANDRADE, Juarez de; PAIVA, Lauriana Gonçalves de. (Org.). **As Políticas Públicas para a Educação no Brasil Contemporâneo**. 1ª ed. Juiz de Fora: Editora da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011, p. 56-71. Disponível em <<https://oebiear.wordpress.com/2015/03/30/livro-as-politicas-publicas-para-a-educacao-no-brasil-contemporaneo/>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

REINHOLZ, F. “Emenda 95, o enfraquecimento do pacto social”. Brasil de Fato. Publicado em 3 out. 2018. Disponível em: <<https://www.brasildefato.com.br/2018/10/03/emenda-95-o-enfraquecimento-do-pacto-social>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

REIS, J. **Formação profissional do agente de vigilância em saúde: análise da proposta de Formação do Programa Proformar / Juliana dos Santos Reis**. – Rio de Janeiro, 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2013.

REIS, R. A "**grande família**" do Instituto Oswaldo Cruz: a contribuição dos trabalhadores auxiliares dos cientistas no início do século XX. / Renata Reis ; Maria Ciavatta, orientadora. Niterói, 2018. 275 f. : il. Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Tese-Renata-Reis-Cornelio-Batistella-vers%C3%A3o-final-ap%C3%B3s-banca-examinadora%20\(1\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Tese-Renata-Reis-Cornelio-Batistella-vers%C3%A3o-final-ap%C3%B3s-banca-examinadora%20(1).pdf)>. Acesso em: 18 fev. 2021.

REZENDE, A. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1987.

RODRIGUES, J. Educação Politécnica. In: Pereira IB. **Dicionário da educação profissional em saúde**/Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. - 2.ed.rev. ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

RUMMERT, S. M; ALGEBAILLE, E; VENTURA, J. Educação da classe trabalhadora brasileira: expressão do desenvolvimento desigual e combinado. **Rev. Bras. de Educ.**, Rio de Janeiro: ANPEd, v. 18, n. 54, jul.-set. 2013.

SAVIANI, D. **Sobre a concepção de politecnia**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. 1989.

SAVIANI, D. O choque teórico da politecnia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.1, n.1, mar., 2003, p.131-152.

SEMERARO, G. Anotações para uma teoria do conhecimento. **Revista Brasileira de Educação**, jan/fev/mar/abr, 2001, nº 16.

SILVA, A. M. R. *et. al.* A unidade de Saúde e seu território. In: ANDRADE, S.; SOARES, D.; CORDONI JÚNIOR, L. (Orgs) **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.

SILVA, M. **Vigilância em Saúde: desafios na construção do currículo de um curso técnico. Experiência da escola Politécnica na formação de nível médio para o SUS**. Rio de Janeiro; s.n; 2008. xiv,129 p. tab, graf., Tese em Português | LILACS | ID: lil-511889. Biblioteca responsável: BR15.1, Localização: BR15.1

SILVA, J; MENDES, E. Abordagem qualitativa e geografia: pesquisa documental, entrevista e observação. In: MARAFON *et al.* **Pesquisa qualitativa em geografia: reflexões teórico-conceituais e aplicadas** [online]. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2013, pp. 207-221.

SOLLA, J. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Rev. Baiana de Saúde Pública**; 30(2); jul/dez 2006.

SOUZA, J. A Educação Profissional no Contexto da Reengenharia Institucional da Política Pública de Trabalho, Qualificação e Geração de Renda: novos e velhos mecanismos de manutenção da hegemonia burguesa no governo FHC. In: **Rev. Trabalho Necessário**, ano 11, n. 16, 2013.

SOUZA, E. **A formação profissional do Agente de Combate as Endemias no município de Maricá-RJ: dinâmicas e dilemas.** 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2021.

TAPAJÓS, R. Políticas de Saúde no Brasil- Um século de luta pelo direito à saúde. Direção de Renato Tapajós. São Paulo: Tapiri Cinematográfica, 2006. 1 DVD (60 min.)

TEIXEIRA, C.; PAIM, J. ; VILLASBÔAS, A. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf Epidemiol SUS**, 7: p.7-28, 1998.

TORRES, E. **Dengue**./Eric Martínez Torres; tradução do espanhol por Rogério Dias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

TORRES, R. Agente de combate a endemias: a construção de uma identidade sólida e a formação ampla em vigilância são desafios dessa categoria. **Poli – Saúde, Educação e Trabalho**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 16-17, jan./fev. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Profissao&Num=2&Destques=1>>. Acesso em: 4 jan. 2021.

TOZONI-REIS, M. A pesquisa e a produção de conhecimentos. In: PINHO, S.Z.. (Org.). **Cadernos de Formação: Formação de Professores. Educação, Cultura e Desenvolvimento.** Volume 3. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010, v. 3, p. 111-148.

TURATO, E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, 2005, p.507-14.

VICENTE, R. **Estágio curricular do curso técnico de vigilância em saúde no município do Rio de Janeiro: percepções quanto à integração do técnico de vigilância em saúde na estratégia de saúde da família.** 2014. 140 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2014.

## ANEXOS

ANEXO A- Levantamento dos processos formativos do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde (Lavsas) no período de 1995 a 2021 (Incluindo NUVSA e NSC).

N.º	Curso	Carga Horária (horas)	Coordenação	Local	Ano de criação	Outros anos ofertados
1	Curso Técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental	1340 + 200 estágio Integrado ao EM	Gracia Gondim Ana Julia Calazans	EPSJV	1997	2007
2	Curso Técnico de Vigilância Sanitária	800 h Cada módulo tinha 200h	Lenice Luiz Carlos Gracia Gondim	Nuvsa	1997	Curso Ofertado para trabalhadores do município de Angra dos Reis.
3	Curso Técnico de Vigilância em Saúde integrado ao Ensino Médio	1400 + 200 estágio (Sendo: 950 habilitação técnica + 450 IEP+ PTCC+TI/TC)	Gracia Gondim (2007 -2011) Ieda Barbosa (2012)	EPSJV	2007 (Formulação, Processo seletivo) (Primeira turma em 2008)	2008 a 2011 Conclusão em dez/2013
4	Curso Técnico de Vigilância em Saúde subsequente ao Ensino Médio	1200 +240 estágio	Ieda Barbosa (2012); Edilene Pereira (Desde de 2015), Felipe Bagatoli (Desde 2016) e Priscila Faria (Desde 2016)	EPSJV e OTICS SMS Rio (10 CAP)	2012	2012 a 2019 Conclusão em Dez/2020
5	Curso Técnico de Meio Ambiente com Ênfase em Saúde Ambiental das Populações do Campo	960	André Búrigo Alexandre Pessoa Eduardo Barcelos	Ceará e Paraná	2012/2013	2013/2014
6	Curso Básico de Vigilância em	240	Ignez Siqueira Marta Gomes Gracia Gondim	NUVSA/ EPSJV	1996	

	Saúde e Meio Ambiente		Maurício Monken Marcelo Bessa Marta Gomes			
7	Curso de Qualificação Profissional de Vigilância em Saúde Ambiental	240	Marta Gomes Gracia Gondim Maurício Monken  Maurício Monken (2004) Marcelo Bessa (2005 e 2006) Marta Gomes (2005 e 2006)	EPSJV/NUV SA	1997	2005 2006
8	Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde e Meio Ambiente.	250 h	Marta Gomes Gracia Gondim Maurício Monken	Lavsa/Epsjv	1998	Módulo do curso Técnico de Vigilância Sanitária ofertado para alunos do ensino médio/ EPSJV.
9	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Curso de Desenvolvimento Profissional de Agentes Locais de Vigilância em Saúde)	168	Gracia Gondim Carlos Batistella Maurício Monken	Nacional	2000	2000 a 2006
10	Curso de Qualificação Profissional em Vigilância em Saúde Ambiental para Bacias Hidrográficas	315 (original) Concluiu com 364	Maurício Monken Marcelo Bessa	Magé-RJ	2004	-
11	Curso de Qualificação Profissional em Vigilância em	200	Gracia Gondim	Porto Alegre-RS	2008	-

	Saúde Ambiental para o GHC					
12	Curso de Qualificação Profissional /Especialização Técnica em Vigilância em Saúde Ambiental com ênfase em Riscos Biológicos	368	Marcio Sacramento (2015-2016) Edilene Pereira (Desde 2015) Maria Amélia (2019) Maurício Monken (Desde 2020) Tatiana Nascimento (Desde 2020)			2015 2016 2019
13	Curso de Qualificação Profissional em Vigilância em Saúde do Trabalhador	240 + 40 Prática Profissional	Marilda Moreira (2006) Marta Gomes (Desde 2006)	EPSJV		
14	Curso de Desenvolvimento Profissional/ Especialização Técnica em Vigilância Epidemiológica	120	José Luis Telles João André Cruz Gomes Mauro Gomes Gladys Miyashiro Carlos Batistella Ieda Barbosa Marileide Silva José Paulo Silva	EPSJV	Antes de 1997	Vários anos
15	Curso de Desenvolvimento Profissional em Imunização	120	Marileide Nascimento Ieda Barbosa Mauro Gomes  Mauro Gomes Ieda Barbosa Marileide Silva José Paulo da Silva Gladys Miyashiro (Coordenação do curso 1999/2000)	EPSJV	Antes de 1997	Vários anos

16	Curso de Especialização Técnica em Saúde Ambiental para a População do Campo	200	Maurício Monken José Paulo Silva	São Mateus-ES	2008/2009	-
17	Curso de Atualização Profissional em Governança Territorial Democrática	72h	André Luiz da Silva Lima (Cooperação Social da presidência) Felipe Bagatoli Silveira Arjona (Lavsá/EPSJV/Fiocruz)	EPSJV	2018	
18	Curso de Atualização Profissional em Gestão Participativa em Saúde	49	Leonardo Bueno Felipe Bagatoli	EPSJV	2018	2019 2020
19	Curso de Atualização Profissional em Estratégias de Territorialização em Políticas Públicas em Favelas	130h	Alex Luiz Barros Vargas  Felipe Bagatoli Silveira Arjona  Maurício Monken	EPSJV	2019	2019 2020
20	Curso de Qualificação Profissional /Especialização Técnica em Vigilância Sanitária de Produtos	280 + 40 Prática Profissional	Ana Júlia Calazans (2007) Mauro Gomes (2007)  Bianca Marins (2014) Marta Gomes (2014)  Lásaro Stephanelli (2015) Juliana Valentim (2015)	EPSJV		2007
21	Curso de Qualificação Profissional	240 + 40 Prática Profissional	Ana Julia Calazans			2007

	/Especialização Técnica em Vigilância Sanitária de Serviços de Interesse a Saúde		Marleide Nascimento Angela Casanova			
22	Curso de Atualização Profissional em Boas Práticas de Manipulação de Alimentos	32h	Lásaro Linhares Stephanelli Marleide Nascimento Taisa Machado Wanessa Marinho	EPSJV	2017	2018, 2019
23	Especialização Técnica em Rede de Frio de Imunobiológicos	364	Marleide Nascimento Gladys Miyashiro	EPSJV	2009/2010	2009/2010 2011/2012
24	Curso Internacional de Especialização Técnica em Vigilância em Saúde Ambiental no Controle de Vetores por meio da Cooperação Bilateral Brasil – Peru.	376	Gracia Gondim Gladys Miyashiro	Iquitos-Peru	2013	-
25	Curso de Desenvolvimento Profissional em Desenvolvimento Profissional em Vigilância em Saúde para o Enfrentamento das Arboviroses	184	Maurício Monken Edilene Pereira	Maricá-RJ Ceilândia-DF	2019	-
26	Curso de Vigilância e Saneamento.	60 h	Ignez Siqueira	Curso de Vigilância e Saneamento.		Ignez Siqueira
27	Curso de Atualização Profissional em Vigilância, Educação e Comunicação em	70 h	Gracia Gondim Maurício Monken Edilene Pereira	EPSJV e SMS RJ	2021	

	Saúde de Base Territorial					
28	Curso de atualização em Avaliação Profissional da Atenção Primária em Saúde (APS) no SUS com ênfase na Matriz Avaliativa do Vínculo Longitudinal (MAVIL).	80h primeira edição 60h segunda edição	Elenice Machado da Cunha (LAVSA/EPSJV /Fiocruz) Priscila Almeida Faria (LAVSA/EPSJV /Fiocruz) Gracia Maria de Miranda Gondim Gabriela Rieveres Borges de Andrade (UFGD) Leyla Sancho (IESC/UFRJ) Ana Claudia Figueiró (IAM/Fiocruz) José Muniz da Costa Vargens (LAVSA)	Dourados Natal Caruaru Ead	2021	2022
29	Curso de Qualificação Profissional em Saberes e Práticas Integrativas, Tradicionais e Complementares em Saúde para a População do Campo	298h	Gladys Miyashiro Miyashiro, Maurício Monken e Marta Gomes Fonseca Ribeiro (LAVSA/EPSJV /Fiocruz) Ivi Tavares Abrahão Castillero, Iranilde de Oliveira Silva, Bianca Gomes (Setor de Saúde e Produção MST/RJ)	Maricá-RJ	2019/2020	
30	Curso de Atualização Profissional em Vigilância e Monitoramento	40h	Ana Claudia Santiago de Vasconcellos - Lavsa	EaD	2020	2021

	de Populações Expostas ao Mercúrio no Brasil		Paulo Cesar Basta - ENSP			
31	Curso de Desenvolvimento Profissional Em Impactos da Atividade Garimpeira e a Defesa dos Direitos dos Povos Tradicionais do Brasil	16h	Ana Claudia Santiago de Vasconcellos - Lavsa Paulo Cesar Basta - ENSP Sandra de Souza Hacon - ENSP)	EaD	2020	
32	Curso de Atualização Profissional em Educação Popular em Saúde Ambiental em Comunidades: Pedagogia das Águas em Movimento	100h	Alexandre Pessoa Dias - Lavsa Maria Amelia Costa - Lavsa Leonardo Bauer Maggi- MAB Maria Gabriela Dantas – MAB	Cachoeira de Macacu - RJ	2019	
33	Curso de Desenvolvimento Profissional em Vigilância Popular em Saúde Ambiental para a população atingida por barragem	90h	Marta Ribeiro Juliana Valentim Chaiblic Felipe Bagatoli Silveira Arjona Bárbara Campos Silva Valente	Erechim/RS Semi Presencial	2022	

**Fonte:** Relatório parcial mimeo disponibilizado pelos pesquisadores-coordenadores Edilene Pereira, Grácia Gondim e Maurício Monken da pesquisa do PMA “Vigilância em Saúde (VS) e a territorialização: modelo de atenção reorientador de práticas e saberes na Atenção Primária à Saúde (APS)”.