

INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Doutorado em Ensino em Biociências e Saúde

**TRABALHO E FORMAÇÃO: RECONHECENDO O TÉCNICO
DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Ana Julia Calazans Duarte

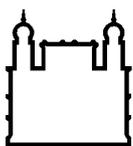
Rio de Janeiro

2011

TESE DEBS - IOC

A. J. C. DUARTE

2011



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ
Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde

ANA JULIA CALAZANS DUARTE

**TRABALHO E FORMAÇÃO: RECONHECENDO O TÉCNICO
DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Tese apresentada ao Instituto Oswaldo Cruz como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Dra. Márcia de Oliveira Teixeira

RIO DE JANEIRO
2011

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

D812

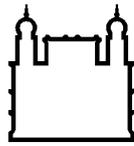
Duarte, Ana Julia Calazans.

Trabalho e formação: reconhecendo o técnico da vigilância sanitária./
Ana Julia Calazans Duarte. – Rio de Janeiro, 2011.
xii, 137 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em
Biociências e Saúde, 2011.
Bibliografia: f. 120-130

1. Vigilância sanitária. 2. Trabalhador técnico. 3. Formação na
saúde. I. Título.

CDD 363.72



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde

ANA JULIA CALAZANS DUARTE

TRABALHO E FORMAÇÃO: RECONHECENDO O TÉCNICO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Orientadora: Prof. Dr^a. Márcia de Oliveira Teixeira

Aprovada em: 13/12/2011.

EXAMINADORES:

Prof. Dr. Marco Antonio Ferreira da Costa - Presidente

Prof. Dr^a. Marismary Horsty de Seta – ENSP

Prof. Dr^a. Isabela Cabral Félix de Sousa – UFRJ

Prof. Dr^a. Lucia Rodriguez de La Rocque – IOC - Revisor e suplente

Prof. Dr^a. Aparecida de Fatima Tiradentes Santos - EPSJV - suplente

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2011.

RECONHECIMENTOS

Ao final desta trajetória tenho que reconhecer e agradecer as pessoas que transmitiram energias em todas as etapas dessa construção. Ao nomeá-las posso fazer destaques ou cometer o grave erro deixando de citar as devidas importâncias. Tomei, assim, a liberdade de identificar algumas, no desejo de retornar para todas na mesma intensidade, as contribuições que recebi vindas até do silêncio.

Reconheço a ampla competência da orientadora Márcia Teixeira, que ao meio de tantos acontecimentos nesses anos, dedicou atenção especial, respeitando nossos limites e sabendo enaltecer as oportunidades de crescimento profissional e de vida. Muito obrigada, Márcia.

Reconheço a seriedade dos trabalhadores técnicos de nível médio da vigilância sanitária brasileira, em especial aqueles de Blumenau/SC, que aprendi a respeitar o trabalho e o desempenho criativo para superar as diversidades; em nome deles, agradeço a todas as pessoas que fazem os serviços municipais de saúde e educação nessa municipalidade.

Reconheço a história de vida da pesquisadora e professora Julieta Calazans, e sua batalha incansável que travou pela educação brasileira, em nome da qual, faço carinhosas referências aos meus irmãos-sobrinhos, tios-primos e demais familiares.

Mais do que reconheço, enalteço o prestígio de ter Sergio Menezes, como meu grande companheiro, que sempre teve palavras de importantes elogios e de dedicação para proporcionar momentos de prazer, com quem dividi a adversidade desta trajetória.

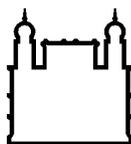
Reconheço a participação consciente dos meus filhos, cada um no seu mundo. Marcelo, exemplo de pai e companheiro de Larissa (que agradeço pelas dicas no inglês), e, ainda, por ser defensor ferrenho das causas políticas. Igor, em sua plena

jovialidade, participou ativamente no trabalho de campo, nas contribuições na escrita do texto, e mais, pela leitura atenta as questões sociais.

Reconheço a presença da minha origem – meus Pais – Antonio Duarte (em memória) e Maria Joria, e também, meus avós; que são pérolas de seriedade e representam a continua esperança de bem viver.

Reconheço e dedico a celebração deste trabalho ao jeito coerente de ser dessa autora, que foi ancorado na surpreendente chegada do sorriso de Luiza (minha neta), que por sua doçura, seria possível:

De uma estrela cadente se jogar
Só pra ver
A flor do seu sorriso se abrir
(Gilberto Gil)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

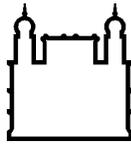
Fundação Oswaldo Cruz

RESUMO

TRABALHO E FORMAÇÃO: RECONHECENDO O TÉCNICO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Os trabalhadores de nível médio respondem por cerca de 60% das atividades no sistema de saúde. No entanto, a base de conhecimento sobre os processos e relações de trabalho desses trabalhadores no interior do sistema de saúde é pequena, particularmente no campo da vigilância sanitária. O processo formativo oferecido aos técnicos pelas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde também carece de estudos mais sistemáticos. Ainda assim, a política de saúde considera que a formação técnica oferecida aos trabalhadores de nível médio contribui decisivamente para a mudança nas relações e no processo de trabalho em vigilância sanitária. Adotamos como ponto de partida o questionamento desta premissa. Ou seja, discutimos em que medida a formação técnica oferecida para trabalhadores de nível médio contribui para mudança nas relações do processo de trabalho em vigilância sanitária. Partimos do pressuposto que a desenvoltura do técnico em VS, não se relaciona apenas com a formação técnica adquirida nas escolas do SUS, sendo preciso se apropriar do trabalho com o envolvimento do trabalhador. Consideramos, assim, que é imprescindível compreender tanto o trabalho real desenvolvido pelos técnicos de nível médio como o processo formador; só assim será possível analisar o potencial transformador de ambos. Sendo assim, o objetivo desse estudo é analisar as relações entre o trabalho dos técnicos de nível médio no campo da vigilância sanitária (VS) e a formação profissional. Descrevemos o trabalho técnico desenvolvido no cotidiano do serviço de saúde de VS e discutimos as aproximações teóricas, conceituais e práticas entre o trabalho e a formação em VS. Para a consecução do trabalho realizamos um estudo de caso no município de Blumenau (SC), utilizando como técnicas de pesquisa entrevistas estruturadas, grupo focal e análise de documentos.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância Sanitária, Trabalhador Técnico, Formação na Saúde.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

ABSTRACT

LABOR AND TRAINING: RECOGNIZING THE HEALTH SURVEILLANCE'S TECHNICIAN

The mid-level workers account for about 60% of activities in the health system. However, the knowledge base about the processes and work relationships of workers within the health system is small, particularly in the field of health surveillance. The technical training process offered by Technical Health System Schools also needs more systematic studies. Still, health policy considers that the technical training offered to mid-level workers contributes decisively to changing in relationships and in the work process in health surveillance. We take as a starting point the question to this premise. In other words, we discuss to what extent the technical training offered to mid-level workers contributes to change the relations of the work process in health surveillance. We assume that the HS technician's resourcefulness, is not just related to the technical training acquired in the schools of SUS, requiring to take over the work with the involvement of the worker. Therefore, we consider it essential to understand both the real work developed by the mid-level technician as the formative process; only then we will be able to analyze the transformative potential of both. Thus, the objective of this study is to analyze the relationship between the work of mid-level technicians in the field of health surveillance and the vocational training. We describe the technical work in the daily life of the health service of HS and discuss the theoretical approaches, concepts and practices between the work and training in HS. To attainment of the work, we conducted a case study in the city of Blumenau (SC), using as research techniques structured interviews, focus groups and document analysis.

KEYWORDS: Health Surveillance, Technical Professional, Education in Health

SUMÁRIO

| | |
|--|----------------|
| APRESENTAÇÃO | 1 - 4 |
| PARTE I – DA INTRODUÇÃO AO OBJETO DE PESQUISA | 5 - 68 |
| Introdução | 5 - 10 |
| Estabelecendo os contornos da situação-problema | 5 |
| Objeto de estudo | 8 |
| Questões mobilizadoras | 9 |
| Objetivo geral | 10 |
| Objetivos específicos | 10 |
| | |
| Capítulo I – O trabalho e os trabalhadores de nível médio na vigilância sanitária | 11 - 56 |
| O trabalho e o seu legado multifacetado | 12 |
| As singularidades do trabalho em saúde | 21 |
| • A atividade | 22 |
| • O objeto | 23 |
| • Os instrumentos | 25 |
| Os diferentes modelos de gestão do trabalho e modelos formativos atendem aos trabalhadores da saúde? | 27 |
| O trabalho e os trabalhadores de nível médio da vigilância sanitária - constatações históricas | 31 |
| Vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde | 35 |
| Contexto da natureza e responsabilidades das ações de vigilância sanitária | 39 |
| Condições de trabalho nos serviços de saúde - um olhar no nível médio | 45 |
| Quem são o que fazem os trabalhadores de nível médio da vigilância sanitária | 46 |
| A formação dos trabalhadores técnico da vigilância sanitária | 53 |
| | |
| <u>Capítulo II – Elementos do caminho metodológico</u> | 57 - 68 |
| Local da pesquisa | 59 |
| Atores da pesquisa | 61 |
| Amostragem | 62 |

| | |
|---|-----------------|
| Principais instrumentos e técnicas do trabalho de campo | 63 |
| Análise dos dados | 65 |
| Parte II - EIXOS CONSTITUTIVOS DO TRABALHO E DA FORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: VISÃO DA REALIDADE | 69-109 |
| Capítulo III - Condições reais de trabalho do técnico de vigilância sanitária em Blumenau | 69-91 |
| Do sistema municipal de saúde | 69 |
| Da participação social | 71 |
| Da base organizativa da vigilância sanitária de Blumenau | 75 |
| Do trabalho do técnico de vigilância sanitária: contribuições do grupo focal | 79 |
| Capítulo IV – Formação na Escola Técnica de Saúde de Blumenau | 93-111 |
| ET-SUS: dedicação em formar trabalhadores para o sistema de saúde | 93 |
| A Escola Técnica de Saúde de Blumenau: larga visão de sistema | 97 |
| A formação na ET de Blumenau: leitura e reflexões sobre o PPP | 99 |
| O currículo: orientador da formação em vigilância sanitária | 101 |
| Promovendo um diálogo entre docentes e trabalhadores- egressos | 106 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS: TRAÇANDO PERSPECTIVAS | 112 -119 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 120 -130 |
| APÊNDICES - ROTEIROS DO TRABALHO DE CAMPO | 131-137 |
| Roteiro 1 - Direção da escola - Entrevista | 132 |
| Roteiro 2 - Entrevista com Gestor municipal de saúde - gerente da vigilância sanitária | 134 |
| Roteiro 3 – Entrevista com o presidente do conselho municipal de saúde de Blumenau | 135 |

| | |
|---|-----|
| Roteiro 4 – Grupo focal - Técnicos de vigilância sanitária | 136 |
| Roteiro 5 – Grupo focal com docentes e coordenação do curso técnico de vigilância sanitária | 137 |

APRESENTAÇÃO

Neste texto apresenta-se a tese intitulada “Trabalho e formação: reconhecendo o técnico da vigilância sanitária”, elaborada com o objetivo de analisar as relações entre o trabalho dos técnicos de nível médio no campo da vigilância sanitária (VS) e a formação profissional. Descreve-se o trabalho técnico desenvolvido no cotidiano do serviço de saúde de VS e se discutem as aproximações teóricas, conceituais e práticas entre o trabalho e a formação.

É importante salientar que este estudo foi apresentado, analisado e aprovado pelo comitê de ética da Fundação Oswaldo Cruz, em fevereiro de 2009, conforme consta no protocolo nº 471/08.

A motivação para elaboração desta pesquisa conjuga diferentes momentos da vida profissional e acadêmica. Inicialmente, em uma experiência de trabalho na vigilância sanitária, nível estadual de governo, em que oportunamente observaram-se a desenvoltura, os limites e as possibilidades do trabalhador de nível médio. Desde então, questionou-se a sua importância para o Sistema de Saúde, sobretudo na participação criativa do seu trabalho em equipe multiprofissional.

Posteriormente, conjugam-se essas inquietações ao desenvolvimento de estudos alicerçados na docência e na coordenação do curso técnico de vigilância sanitária para o trabalhador técnico, na Fundação Oswaldo Cruz. Desse modo, nesta pesquisa, buscou-se abordar criticamente a relação entre o trabalho na vigilância sanitária, e sua articulação com a formação profissional, por considerá-la um dos eixos reorientadores do sistema. Assim, ao final deste estudo, espera-se compreender a interdependência das Escolas Técnicas do SUS com os serviços de saúde, ao mobilizar desafios para uma construção de processos intersetoriais, entre o ensino e o serviço, preconizados na política pedagógica.

Assim, para garantir melhor compreensão do leitor, dividiu-se a tese em duas partes. A primeira abrange a introdução, o capítulo I e II, identificada como - do objeto ao

arcabouço teórico-metodológico, em que se abordam as linhas que estruturam esta pesquisa. Numa introdução ao tema expõem-se: contornos da situação problema, sua justificativa, objeto, questões, pressuposto e objetivos. No referencial teórico salientamos que a temática tem como principal eixo o trabalho em saúde, orienta-se que o estudo circunda, também, a educação profissional com foco na vigilância sanitária.

Como meio de garantir a linha de pensamento metodológico que conforma a base teórica e da concepção do estudo, apropriam-se dos métodos da pesquisa social. A identificação dos sujeitos e a construção do objeto, desde a fase exploratória até a especificidade metodológica adotada, serão expostas no capítulo I. Portanto, nessa etapa evidenciam-se as bases conceituais dos procedimentos adotados, as técnicas e os métodos, bem como os recursos materiais utilizados no decorrer da pesquisa; apresenta-se, também, o contexto do campo prático operacional.

No capítulo II, enfocou-se a natureza teórica e constituição da vigilância sanitária, atentando para expor o campo organizacional, sua estrutura de trabalho e o perfil dos trabalhadores que se dedicam a essa área da saúde pública. Conclui-se fazendo referências ao processo de formação da saúde, voltada para o trabalhador do ensino médio de vigilância sanitária, visando compreender as estruturas de ensino que organizam e são responsáveis por formular concepção política e pedagógica dessa área. Salientam-se que, as temáticas da organização e da gestão do trabalho na saúde são pouco estudadas, por conseguinte são raras as publicações conforme Costa, Fernandes e Pimenta (2008) e Souza (2007).

A partir desse ponto aporta-se a análise dos resultados, assim denominamos de parte II – discutindo os eixos constitutivos do trabalho e da formação em vigilância sanitária: uma visão da realidade; constituída dos capítulos III e IV.

Apontam-se os resultados qualificados pelo referencial teórico, no capítulo III. Primeiramente, detalha-se a estrutura organizacional presente na história da saúde e do serviço de vigilância sanitária municipal, tomando por base os documentos e falas

dos integrantes da pesquisa. Em seguida, dá-se sentido aos achados do grupo focal, num diálogo construído entre os participantes e o coordenador da vigilância, visto que estas falas trazem significado para o estudo que coteja a relação estabelecida entre a formação profissional e suas representações nos serviços de saúde. Ressaltam-se aspectos que abrangem o modelo de gestão e as condições do trabalho, valendo-se também de outras leituras, pesquisas e experiências em serviços de vigilância sanitária.

Segue-se com o capítulo IV. Aqui, dedica-se atenção para outra parte dos resultados ao analisar a formação de técnicos em vigilância sanitária, oferecida pela escola Técnica de Blumenau. A base de argumento foi orientada por documentos e interpretação dos discursos do corpo dirigente e professores. Ressalta-se a escassez das fontes ao se constatar os raros trabalhos no campo pesquisado. E, ainda, o distanciamento dos respondentes de todo o processo da formação, alguns conheceram a criação do curso, outros somente do desenvolvimento das turmas concluídas.

Por fim, chegam-se às considerações finais. Partem-se dos objetivos propostos e sistematizam-se as principais conclusões do estudo, ao tempo que indicam-se questões para área de VS. Aqui, aponta-se o conhecimento sobre um dado real que está submetido à dinâmica do cotidiano, ou seja, realiza-se um exercício de diálogo entre o pensamento dinâmico e vivo.

Compreende-se que parte-se de um ponto de vista sobre o objeto que se procura desnudá-lo, calcados em outros estudos, a produção intelectual chega a aproximações do objeto. Tem-se clareza que busca-se a originalidade, dado a raridade de estudos nessa área do conhecimento, mesmo assim, há convicção de que é o início de tantos outros trabalhos. Quem sabe noutros estudos serão reconhecidos o poder do trabalho na vigilância sanitária e dos trabalhadores de nível médio diante das adversidades da gestão, do modelo de atenção, enfim, da invisibilidade do seu fazer e pensar.

Seguem, por último, as referências bibliográficas que sustentam teoricamente esta pesquisa e os apêndices que contemplam os roteiros - das entrevistas e do grupo focal. Essas referências foram catalogadas seguindo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas, bem como as citações e notas constantes no corpo da tese.

PARTE I

DO OBJETO AO ARCABOUÇO TEÓRICO-METODOLÓGICO

INTRODUÇÃO

Introduzimos nesta etapa do estudo uma discussão teórica reflexiva que caracteriza a totalidade do interesse da pesquisa. Inicialmente trazemos o contorno da situação-problema, seguido de esclarecimentos que falam do objeto. Levantamos questões que mobilizam nossas buscas e ajudam a objetivar as dimensões que queremos alcançar. No final, constituímos alguns aspectos da base teórica e conceitual sobre o processo de trabalho, considerando a necessidade de estabelecer relação com a formação própria do campo da saúde pública.

Estabelecendo os contornos da situação-problema

A tônica que envolve esta pesquisa é o trabalho desenvolvido no cotidiano do serviço de saúde, por técnicos no campo da vigilância sanitária (VS). Ao tratar do trabalho na saúde, propomos discuti-lo em sua relação com a formação, notadamente sobre a formação profissional, por considerá-la um dos elos reorientadores do sistema. Analisamos as aproximações teóricas, conceituais e práticas entre o trabalho e a formação em VS, em uma relação dialógica, para fazer jus ao aprofundamento dessa articulação.

Porém, para pensar a relação entre formação e trabalho, é preciso qualificá-la. A educação oferece possibilidades, mas o trabalho, com todas as suas vivências e contradições próprias do cotidiano, pode desvirtuar as reflexões promovidas pela formação. Assim, ao analisar essa relação partimos do seguinte pressuposto: as relações de trabalho em Vigilância Sanitária influenciam a construção e atualização dos processos formadores nas instituições de ensino, especialmente, nas escolas técnicas do SUS.

A natureza das ações da Vigilância Sanitária é eminentemente pública estatal e reflete a história da saúde pública brasileira. Esta área é conhecida, tanto

politicamente quanto nas instâncias governamentais, pela abrangência de sua ação de caráter preventivo, que de maneira inequívoca, perpassa as práticas da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Tratamos aqui do técnico com escolaridade de ensino médio, cujo cotidiano do trabalho são requeridos conhecimentos interdisciplinares exigidos pela prática, necessários para embasar um pensar integrado às demandas sociais. Sobretudo, trata-se de um trabalho diferenciado de saúde coletiva, mediado por atividade com razão na ética-política, num ambiente socialmente calcado nas relações produção-consumo. E, ainda, o exercício desse serviço de saúde é desenvolvido em grupo, composto de profissionais com escolaridade diversificada do técnico de nível médio (TNM) ao pós-graduado.

O trabalho em saúde é fragmentado em dimensões, que caracterizam também os afazeres da VS: a) conceitual, que corresponde à separação entre concepção e execução da atividade, entre pensar e fazer; b) técnica, que ocorre pela presença de trabalhadores cada vez mais especializados; c) social, onde se estabelecem relações de hierarquia e subordinação, configurando a divisão social do trabalho no interior das diversas categorias profissionais e entre elas (DELUIZ, 2000).

Igualmente, a singularidade do trabalho em VS tem significado pela sua caracterização descrita na lei orgânica da saúde. Esta área tal como é definida no artigo 6º da lei 8.080/1990, torna-se responsável por minimizar e eliminar riscos decorrentes do fluxo dinâmico da industrialização-comercialização e consumo dos produtos, assim como, ao controlar e promover bem estar nos serviços de saúde, e, também, por mapear e prover medidas para suprimir os agravos à saúde do trabalhador e ao ambiente.

Na concepção de Lucchese, essa diferenciação da vigilância sanitária a coloca como numa das áreas da “saúde pública requerida de significativo esforço tanto para sua compreensão como para sua implantação e operacionalização” (2008, p.21).

Assim, atuar na VS significa trazer para o centro do trabalho em saúde modos de regular, controlar e monitorar desde um micro produtor local até grandes empresas de capital internacional, que empregam tecnologias conjugadas com conhecimentos de última geração. Em suma, essa área assume uma diferenciação, por exigir atualizações constantes e saberes especializados de diferente natureza.

Igualmente importante é pensar numa formação de trabalhadores que lhe ofereça um aporte de saberes regidos na identificação-informação-controle do risco sanitário, além de outros que condicionam sua prática profissional em tomada de posições ético-políticas em benefício do coletivo.

De acordo com Censo realizado pela ANVISA em 2004, estamos falando de um universo de 22.000 trabalhadores de nível médio, sendo que, somente 2% obtiveram o título de técnico de vigilância sanitária. Esclarecemos, igualmente, que o trabalho em vigilância sanitária é assumido por equipe técnica de trabalhadores com escolaridades variadas, totalizando 32.000, em todo o Brasil (CENSO VISA, 2004).

É no universo do trabalho em saúde, especificamente do trabalho em vigilância sanitária (explorada no capítulo III), que estamos interessados. Partimos do desejo em explorar uma área histórica da saúde pública brasileira, pouco pautada pelos grupos de pesquisas e, por consequência, pouco presente em publicações científicas.

Desse modo, objetivamos compreender o significado da formação profissional em saúde e suas relações com o processo de trabalho. Temos a perspectiva que a formação da capacidade para o trabalho requer possibilidades concretas, de acesso às informações, interação inteligente e criativa com meios avançados de trabalho, exercício da independência, da autonomia e da crítica, além da necessidade de participação efetiva na definição das normas e nos processos decisórios. (MACHADO, 1996).

Para analisar esta articulação selecionamos o serviço municipal de vigilância sanitária e uma escola de educação profissional em saúde, ambos localizados na cidade de Blumenau/SC. A escolha justifica-se pela identificação de uma política local voltada para proporcionar a ampliação dos conhecimentos dos trabalhadores da saúde para melhoria de suas ações.

Objeto de estudo

De um modo geral as ações formativas em saúde apóiam-se na tese de que o processo formador é capaz de contribuir decisivamente para a mudança do trabalho, tal premissa é observada também para a área da VS. Logo, para impetrar as mudanças nas relações de trabalho, bem como nas relações entre serviços de VS e grupos sociais em um determinado território, é preciso contrapor a formação como eixo articulador das mudanças necessárias com as condições materiais do e no trabalho.

Destarte, neste estudo os trabalhadores são compreendidos em três dimensões: como sujeitos mantenedores dos serviços de saúde num 'trabalho vivo em ato' (MERHY, 2007); como público dos órgãos formadores, no caso especialmente, nas escolas técnicas do SUS, e, sobretudo, enquanto capaz de se aproximar de grupos na sociedade, e ensinar o novo ao praticar o diálogo e saber ouvir os outros.

O desenvolvimento deste estudo parte de duas premissas. Primeiro que a capacidade de mudanças do trabalho e do campo de VS é limitada por uma série de fatores, entre os quais destacamos o modo de organização dos serviços de saúde que mantém uma lógica hierarquizada e tecnicista. Segundo que a formação técnica dos trabalhadores técnicos de vigilância sanitária é fundamental, porém é insuficiente para encetar mudanças nas relações, na organização e no processo de trabalho técnico em VS.

Questões mobilizadoras

Conforme enfatiza Deslandes (2007) toda pesquisa busca resposta para indagação, nesse sentido, formulamos algumas questões de investigação integradas em blocos. Entretanto, sabemos que estas são complementares e que se associam ao método de análise do material coletado. Enfatizamos, assim, que esses blocos de questionamentos foram construídos na perspectiva de compreender a relação trabalho-educação nos serviços de saúde, ao analisar sua complexidade na posição dos trabalhadores TNM e na contradição das ideias que leva a outras posições.

Das relações de trabalho com formação em VS: em que medida o trabalho do técnico de VS influencia o processo formador? A formação incorpora as exigências e as mudanças do trabalho da VS? A estrutura organizacional do trabalho em VS permite aos trabalhadores técnicos nível médio desenvolvam uma relação reflexiva?

Da formação e seus formadores: que concepções de saúde, educação e trabalho contido no Projeto Político Pedagógico da Escola de Blumenau, contribuem para as mudanças no trabalho em saúde? Como essas concepções aparecem na habilitação técnica de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental? Quem são os docentes e qual é a formação para atuarem na formação dos TNM da VS? Como o curso está organizado, considerando as práticas pedagógicas, material didático atualizado e demais recursos?

Nesse sentido, até aqui estabelecemos uma associação entre o objeto de estudo, alicerçado em blocos de questões mobilizadoras que estão calcadas numa realidade social, do trabalho e da formação dos trabalhadores de nível médio na vigilância sanitária. Todas essas etapas anteriores serão condensadas e expressas em objetivos expressos naquilo que se pretende alcançar.

Objetivo Geral

Analisar a dinâmica das relações entre o processo de trabalho desenvolvido por técnicos da vigilância sanitária, a organização dos serviços de VS em um determinado território (Blumenau/SC) e o processo formador concebido por uma Escola de Saúde do SUS.

Objetivos Específicos

1. Compreender os princípios que embasam o processo de trabalho na vigilância sanitária, caracterizando-os como ações de políticas de saúde.
2. Compreender a concepção de saúde, educação e trabalho da Escola Técnica de Blumenau/SC, contida no Projeto Político Pedagógico, que fundamenta os planos de cursos e currículos.
3. Mapear as atividades que compõem o processo de trabalho em serviços de vigilância sanitária municipal, considerando o desempenho dos técnicos de nível médio.
4. Conhecer em que medida a formação do trabalhador é um elemento mobilizador de mudanças no trabalho da vigilância sanitária.

Consideramos assim que as relações entre o processo de trabalho e o processo formador em vigilância sanitária merecem aprofundamento. Destacamos em especial, a necessidade de compreender em que medida o trabalho no contexto das relações da formação em vigilância sanitária influenciam a construção e atualização dos processos formadores nos Centros e Escolas do SUS. É significativo debater perspectivas de articulações que podem promover mudanças no sistema, seja da educação para o trabalho ou do trabalho para a formação profissional.

CAPÍTULO I

O TRABALHO E OS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O objetivo deste capítulo é formar um panorama com referenciais teóricos e conceituais que subsidiarão este estudo. Considerando a abrangência da temática, optamos por estruturar o texto deste capítulo em duas seções. Na primeira, discorreremos sobre o trabalho de modo ampliado. Para tanto, trazemos reflexões que dizem respeito ao trabalho e suas transformações, numa leitura em Ricardo Antunes (2007 e 2005) e Yves Schwartz (2006 e 2004), que trazem o pensamento marxista.

Para tratar do trabalho na saúde, tomamos a produção de Cecília Donnangelo, apropriada por Marina Peduzzi e Lilia Schraiber (2008), e de Emerson Merhy (2007 e 2002). Vários aspectos dessas produções nos interessam de modo especial, notadamente a discussão da possibilidade de transformação do sistema de saúde por meio da realização profissional desenvolvida para a produção social do serviço público de saúde.

Numa segunda seção, apresentamos as condições do trabalho em vigilância sanitária. Em leitura de estudiosos da área, notadamente: Costaa (1999, 2001, 2008); Luchesse (2008); De Seta (2010); encontramos que, dada a sua natureza de instância mediadora entre a produção e a saúde da população, sua história se confunde com a do Brasil. Ainda que, para Figueiredo esse trabalho ocorre na ordem de contradições. Contradição atrelada à existência da VS, pois mesmo originária da saúde pública se confronta com posições e valores, especialmente, do ponto de vista econômico. Um poder econômico que alavanca recursos aproximadamente de 70% do produto interno bruto dirigido à indústria de fármacos e em produtos de interesse da saúde. Daí emerge sua força que exige pujança da vigilância sanitária, para atuar com posições firmes e compromisso com a saúde pública, diante do poderoso capital. Um sistema de vigilância que precisa, por vezes, aumentar seu grau de exigências para conceder condições de produção, comercialização e disponibilização ao uso coletivo de determinados produtos.

Para tanto, sua prática mobiliza diversos campos das ciências que se calcam em técnicas, normativa e normalizada¹ em função de sua precípua ação historicamente datada e socialmente construída de proteção da saúde (FIGUEIREDO, 2007).

Em seguida, enfocamos na organização, nas atividades de responsabilidade do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), como ação eminentemente estatal, posta na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), incorporando-a como proteção social nas suas ações e no redimensionando das práticas. Por último, discutimos a formação profissional oferecida por escolas técnicas do SUS para nível médio de escolaridade, em que alinhamo-nos à visão de Arroyo (1999), Machado (1996) e Saviani (2003), dentre outros, ao defenderem ser altamente desejável constituir uma formação sócio-política que promova aproximações das teorias com a prática, relacionando o mundo das ciências humanas com a saúde pública e as tecnologias.

O trabalho e o seu legado multifacetado

O trabalho é uma necessidade basal dos seres humanos, sem o qual a existência estaria comprometida. Historicamente a relação sociedade-trabalho modifica-se, passando por transformações que comprometem, no mínimo, a liberdade de criação e tolhem a capacidade de projetar-se da humanidade.

Se o sentido da vida nos humanos decorre necessariamente de alusões materiais e simbólicas que estão presentes no cotidiano, independente das nossas crenças e filosofia de vida, podemos entender que concretamente o trabalho se caracteriza como fonte que surge com e para os homens, e que notoriamente representa-se como manifestação sociocultural. A sociedade, especialmente no mundo contemporâneo, reconhece perfeitamente as pessoas - como produto ou bens, ou seja, pelo que elas produzem ou deixaram de produzir.

¹“Uma norma não é necessariamente uma lei uma ordem: ela pode ser um ideal, sem nenhum caráter de obrigação. O normativo é um gênero que contém duas espécies principais: o imperativo e o apreciativo” (LALANDE, André. Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia. São Paulo, ED. Martins Fontes, 1999).

Esses seres, potencialmente cientes e criadores, tornaram-se mediados por uma totalidade social, articulada por um sistema de produção e de intercâmbio previamente estabelecido. Assim sendo, para melhor definir o trabalho, lançamos mão da concepção de Marx, “é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza”. (MARX, 1983, p. 149)

O que seria da humanidade na ausência do trabalho? De acordo com Lessa, sem a existência do trabalho:

“Não há qualquer possibilidade de reprodução social sem a transformação da natureza nos meios de produção e meios de subsistência imprescindíveis a cada sociedade. Ou, em outras palavras, a sociedade é impossível sem a natureza – esta última é um pressuposto necessário da primeira” (LESSA, 2007, p.132).

Para Yves Schwartz (2006), um dos principais ergonomistas², o conceito de trabalho surge como ‘atividade industrial’, por ser estruturalmente normatizada. “Tratamos do conceito de trabalho, e através dessas normas podemos encontrar as dimensões econômicas, da gestão, da renda, do salário e das normas jurídicas” (SCHWARTZ, 2006, p. 459).

O trabalho é classificado como prescrito e real. Tomamos de Jussara Brito, como estudiosa da ergologia, a concepção de trabalho prescrito ao designar que esta normatização encontra-se “vinculada, de um lado, a regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e, de outro, às condições dadas” (BRITO, 2008, p. 440).

A análise do trabalho real nos permite conhecer situações cotidianas nas quais se dá a inflexão das normas e da organização do trabalho. As condições do trabalho cotidiano, onde objetivamente o trabalho real é concretizado, pressupõem uma

² Grupo de pesquisadores liderado por Yves Schwartz (1983), professor e fundador do Departamento de Ergologia da Universidade de Provence – França. A ergologia é uma orientação teórica e metodológica embasada nos fenômenos do trabalho com enfoque na atividade humana. Assim, os ergonomistas buscam compreender as transformações no mundo do trabalho em todas as suas dimensões.

incompletude da prescrição. Isso significa analisar o trabalho real como “um processo de regulação e gestão das variabilidades e do acaso” (BRITO, 2008, p. 453).

Nesse sentido, o trabalho concreto (aquele que cria valor de uso) não é o mesmo que trabalho realizado no cotidiano para os ergonomistas. Melhor expressando, para um mesmo valor de uso de um trabalho concreto, há formas diferenciadas de trabalho real. Retomo esse posicionamento ainda neste capítulo ao aprofundar o contexto dos serviços de saúde, que na compreensão de Marx pauta-se como força de trabalho – concreta e abstrata.

Os ergonomistas colocam a atividade do trabalho como meio de gerir as variâncias de um processo. Para Marx, é importante observar o trabalho abstrato, em contraponto ao trabalho concreto, pois daí se retira a mais-valia e a exploração, que interessa ao capital. “O tempo social de trabalho é o que permite definir o valor de troca, que ultrapassa toda a experiência de trabalho concreto” (SCHWARTZ, 2006, p. 459).

Ao se revisitar historicamente os modos de produção que o homem vem presenciando, sinalizam-se marcas interessantes entre o escravismo (a força bruta do trabalho distante dos meios de produção), o feudalismo (produção consciente para o senhor) e o capitalismo (suposta liberdade de compra e venda com exploração diferenciada sobre o homem). Curiosamente, as transformações vividas pelas sociedades no espaço e no tempo diferem nos momentos históricos, mas guardam conotações semelhantes quanto à produção, ao acúmulo de capital e à exploração do homem pelo homem. Essas transformações não foram plenas, por isso, tomamos a questão ambiental para exemplificar a sua incompletude.

Data da revolução industrial o incremento na produção de bens e materiais, e a entrada de tecnologias (aqui compreendidas também como técnica e ciência no processo produtivo) no mundo do trabalho, de modo a atender o desenvolvimento das necessidades incessantes das relações sociais da cultura dominante e do

capital. Este momento é conhecido como a primeira economia de livre mercado capitalista.

O binômio fordismo-taylorismo se caracteriza por adotar a produção em escala industrial. Nesse caso, o ritmo que se imprime à máquina exige uma desenvoltura sobre-humana do homem, quando observamos a exposição aos riscos ergonômicos, químicos, entre outros; e, ainda, pela extrema fragmentação do trabalho e do saber, e pela separação entre a concepção e a execução de tarefas.

Este modelo atingiu sua fase áurea entre a 2ª guerra Mundial e o início da década de 1970. Explorando esta concepção, descreve Deluiz que este modelo de produção:

“...ancorava-se na produção em larga escala e no consumo da ampla massa de trabalhadores, alinhava-se com a política econômica keynesiana do pleno emprego e da intervenção do Estado na esfera econômica e apoiava-se na presença de um Estado de Bem-Estar Social (Welfare State)” (DELUIZ, 2000, p. 5).

Notoriamente, os anos 1980 foram reconhecidos como o período áureo das mudanças e transformações no mundo do trabalho. Na visão de Antunes é a “década de grande salto tecnológico, a automação, a robótica e a microeletrônica invadiram o universo fabril, inserindo-se e desenvolvendo-se nas relações de trabalho e de produção do capital” (ANTUNES, 2005, p. 23). Neste período o fordismo e o taylorismo, ainda em plena funcionalidade, se identificam com outros modelos - neofordismo, neotaylorismo e o pós-fordismo, que se fundamentam pelo (re)produção do capital.

Entretanto, essas grandes transformações no mundo da produção e do trabalho alicerçam o surgimento da crise que atingiu o sistema capitalista (entre os anos 1970-80), evento que motivou e trouxe à tona o toyotismo (adaptação progressiva do fordismo às condições materiais e culturais do Japão) e revelou, sobretudo, os limites do modelo de organização e produção idealizado por Taylor.

No olhar de Antunes (2005) no advento do toyotismo visualizam-se três fases distintas, principalmente: necessidade de o trabalhador operar com várias máquinas ao mesmo tempo; crise financeira – aumento da produção e manutenção no quadro dos trabalhadores; e, importação das técnicas de gestão dos supermercados dos EUA, calcado, principalmente, no controle e reposição de produtos somente depois da sua venda.

Este modelo de produção inova-se ao convencionar e substituir as formas de produção de modo flexibilizado em regime de trabalho desregulamentado, também, conhecido por especialização flexível. Em leitura de Lombardi, Saviani e Sanfelice, encontramos a premissa que questiona a relação da libertação da humanidade do jugo das necessidades materiais,

“... o avanço tecnológico converte-se, sob as relações sociais de produção capitalista, em instrumento de maximização da exploração da força de trabalho, ampliando a marginalização social através do crescente desemprego mantido sob controle” (LOMBARDI; SAVIANI; SANFELICE, 2002 p. 21).

Nesse contexto socioeconômico insurgem novos processos de trabalho, onde o cronômetro, a produção em série e massificada são ‘substituídas’, ainda mais, pela flexibilização da produção. Isto para melhor empreender a conhecida ‘especialização flexível’, ou seja, novos padrões de busca da produtividade, formas de adequação da produção à lógica do mercado.

Conjecturando as mudanças, os direitos do trabalho são deturpados, tornam-se flexíveis em determinadas situações ‘plásticas’ (grifo nosso) para atender às demandas do capital em suas diversas faces e determinações veladas.

Estabelecem-se novas estratégias de gerir e administrar a força de trabalho, onde se institui: a integração de produção e dos mercados; a flexibilização de produtos e processos de trabalho; a descentralização da produção (por meio da terceirização e subcontratação de serviços); a redução significativa nas estruturas de operação (justificando-se custos); e alterações substantivas nas atividades de produção e

controle de qualidade (criação de programas conforme normas regulamentadoras da qualidade).

Nessa perspectiva, a ideologia do modo de produção exalta-se no mundo capitalista proporcionando à classe trabalhadora uma história de contradições. A produção pela produção busca a máquina e as tecnologias como aliados provocando desemprego, subemprego e o trabalho precário. Sobretudo, expondo o homem à condições animais de vida e exclusão do mundo, e torna a sociedade vítima desta violência. Nesse sentido afirma Antunes “Aumentam os focos de contradição entre os desempregados e a sociedade como um todo, entre a 'racionalidade' no âmbito produtivo e a 'irracionalidade' no universo societal”. (ANTUNES, 2007, p.133).

Esse sistema cria a teoria do valor do trabalho voltado absolutamente para o valor da utilidade, que integra o círculo de troca de valores de uso. Tal ideal, por sua vez, conduz de imediato à concepção de igualdade de condições. Isso restabelece o poder e o conceito de fator de produção. “Capitalistas e trabalhadores apresentam-se no mercado, ambos legalmente iguais, como proprietários de fatores de produção. O primeiro entra com dinheiro e o segundo com a força de trabalho”. (FRIGOTTO, 2001, p. 64).

Explica Antunes que “o capital operou, portanto, o aprofundamento da separação entre a produção voltada genuinamente para o atendimento das necessidades humanas e as necessidades de auto-reprodução de si próprio” (ANTUNES, 2007, p. 26). Essa afirmativa permite considerar que há duas situações: a desvalorização da vitalidade humana que trabalha e produz, além disso, uma obvia e crescente degradação do ambiente, estabelecida anteriormente numa relação metabólica entre os seres, a máquina e a natureza, perante a subordinação ao sistema produtor.

Tangenciamos aqui a dialética relação homem-natureza, e para alcançar esse aspecto observamos as contribuições de Milton Santos (1997, 2003 e 2004). Mesmo que esse tema não seja objeto direto do escopo desta pesquisa, na sua totalidade foi importante essa leitura que aqui abordamos. Defende esse filósofo que o espaço

geográfico é fundamental na chamada 'segunda natureza', aquela criada pelo homem, consequência das práticas das relações trabalho e sociedade que atuam necessariamente na base material que constitui a 'primeira natureza':

“A história do homem sobre a Terra é a história de uma ruptura progressiva entre o homem e o entorno. Esse processo se acelera quando, praticamente ao mesmo tempo, o homem se descobre como indivíduo e inicia a mecanização do planeta, armando-se de novos instrumentos para tentar dominá-lo. A natureza artificializada marca uma grande mudança na história humana da natureza. Hoje, com a tecnociência, alcançamos o estágio supremo dessa evolução. O homem se torna fator geológico, geomorfológico, climático e a grande mudança vem do fato de que os cataclismos naturais são um incidente, um momento, enquanto hoje, a ação antrópica tem efeitos continuados e cumulativos, graças ao modelo da vida adotado pela humanidade". (SANTOSb, 1997, p.17).

Nessa abordagem novas crises surgem³, inclusive a que atualmente vivenciamos, especialmente no âmbito de respostas da natureza condicionadas por transformações proporcionadas pelo ser humano nos diferentes ambientes. Invariavelmente e historicamente, as maiores crises concorrem para as mudanças na forma de gerir o sistema econômico, como equilíbrio da balança comercial. Assistimos a um abalo no ciclo econômico, conjuntamente ao seu processo acumulativo de forma particular. O que denotamos é que o grande capital privilegia o setor financeiro almejando maximizar uma hegemonia mundial.

Portanto, convivemos em um mundo que acumula ganhos e perdas reais. No primeiro caso é visível o crescimento da longevidade, o avanço tecnológico, a melhoria no acesso a serviços e nas comunicações. Contudo, convivemos com perda na força de trabalho, nos direitos humanos, e cada dia nos assombram os 'desastres' ambientais insustentáveis e sem precedentes que, invariavelmente, conduzem o retorno e surgimento de enfermidades e consternação de vidas.

³ Para melhor compreensão da conjuntura da crise e seus reflexos sobre os trabalhadores, ver: Costa, Edmilson. A crise mundial do capitalismo e as perspectivas dos trabalhadores. Disponível em: <http://resistir.info/> Acessado em: 22/02/2009.

Tal afirmativa retrata a nossa sociedade na contemporaneidade, especialmente na ausência histórica do Estado, deixando a desejar como ente ativo na relação capital-trabalho. Conforme preconiza a Constituição, é dever do Estado fomentar políticas públicas de habitação saudáveis, saneamento ambiental, segurança alimentar e, principalmente, promover espaço de informação, e educação para a saúde pública.

Compreendemos que essas questões do mundo do trabalho alcançam o fenômeno para além do capital. Referirmos, aqui, ao fato de que o capital é em primeira instância um meio de controle de reprodução social, que em outra vertente é visto como essência de valorização da expropriação dos expropriados. Alguns pensadores como: Antunes (2007), Merhy (2007), Lessa (2007); explicam, também, tal fenômeno trazendo reflexões para o trabalho da saúde, dimensão pouco explorada nos compêndios econômicos.

Nesse sentido, podemos nos apropriar das contribuições de Marx, quando se refere ao trabalho nas áreas das ciências sociais e afirma que “todas as manifestações da produção capitalista nesta esfera são tão insignificantes comparadas com a totalidade da produção que podem ser postas de lado” (MARX, 1969; apud NOGUEIRA, 1979, p. 26). Isso denota a desvalorização do trabalho em saúde, enquanto categoria de estudo para o mundo econômico, o trabalho vinculado a uma produção social é desclassificado na escala de produção de bens. Mesmo assim, é possível afirmar que esses trabalhos por si não produtivos, são necessários, entretanto, o trabalho em geral é determinado pela acumulação do capital.

Em síntese: é fato que o trabalho assume formas históricas em diferentes modos sociais de produção da existência humana. Com todas essas transformações do mundo do trabalho, a relação do ser humano com a natureza pode alterar-se, embora, dificilmente, se elimine. Conforme acentua Frigotto:

“As teses sobre o fim do trabalho e uma vida dedicada puramente ao ócio não tem o menor fundamento. É a mesma coisa que afirmar que a vida humana desapareceu da face da Terra ou que todos os seres humanos se metamorfosearam em

anjos e já não precisarão mais mover-se e buscar seus meios de vida” (FRIGOTTO, 2006, p.260).

No conjunto dessas noções, conceitos e categorias, sobretudo, o que está em jogo é a vida das pessoas, que são por essência trabalhadores e trabalhadoras. Vidas que estão inseridas em processos, nas tecnologias, nas ciências, nos sentidos, na sociedade que procura interagir continuamente com o mundo, ou seja, na dinâmica própria da vida. Esse todo se estrutura em circunstâncias próprias – econômica, política e ideologicamente apontadas, o que nos permite dizer que é nessa rede que observamos o trabalho e o trabalhador.

Nessa perspectiva, observamos que numa visão ergonômica o trabalho deixa de ser abordado como ato individual, que incorpora as tecnologias isoladamente para a realização das suas atividades. A gestão do trabalho passa a exigir cada vez mais a comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos, a cooperação entre os pares e os diferentes setores da estrutura organizacional e a resolução de problemas cuja complexidade da área da saúde solicita essa articulação de forma integrada.

As singularidades do trabalho em saúde

Uma consistente análise sociológica do processo de trabalho em saúde foi despontada com o pioneirismo de Maria Cecília Ferro Donnangelo⁴ (1975 e 1979), ao estudar a “profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social” (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2006, p.199). Consideramos para a análise da produção de Donnangelo, suas seguidoras intelectuais – Marina Peduzzi e Lilia Schraiber, principalmente.

⁴ Maria Cecília Ferro Donnangelo (1940-1983) contribuiu enormemente no seu breve percurso intelectual, com trabalhos voltados para compreender o campo da saúde por dentro das ciências sociais, contextualizados no momento em que ocorriam mudanças no ensino médico e na prática da medicina no Brasil.

Ressaltam-se em suas reflexões críticas com o distanciamento das práticas em saúde com a vida em sociedade. Suas reflexões resultaram em contribuições significativas para embasar as mudanças no modelo de atenção em saúde, com base na Reforma Sanitária.

Reforma esta que preconizou um sistema de saúde tomando por base: a) saúde - compreendida como um direito inalienável dos seres cabendo ao Estado dotar as condições de autodesenvolvimento e, gerir formas de organização social da produção; b) saúde - como construto social e de cidadania plena, cabendo ao Estado o reconhecimento desse direito, tornando igual para todos nas ações de saúde; e, por último, c) criação do Sistema Único de Saúde, calcado em princípios integradores da atenção, de atendimento universal, descentralizado nas ações, com uma direção em cada esfera de governo e, estímulo à participação social.

Acima de tudo, as autoras citadas anteriormente, trabalharam no conhecimento sobre a força de trabalho em saúde e seu processo laboral. É preciso, também, afirmar que juntamente com Donnangelo, o pesquisador Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1983 e 1994), dedica suas pesquisas ao reconhecimento da teoria marxista no trabalho da saúde.

Na visão ergonômica o trabalho é um ato coletivo, portanto não individualizado, que o torna vinculado as características tecnológicas para a sua realização. Tal afirmativa conduz a repensar a gestão do trabalho por exigir, necessariamente, o agir comunicativo entre os diferentes entes hierárquicos, a cooperação entre os pares e diferentes setores organizacionais.

Depreende-se disto que a resolução de problemas pode apresentar-se com variadas magnitudes sendo necessário, por consequência, uma atuação dos gestores de modo articulado nas esferas de governo para garantir uma atuação na saúde pública de forma integrada. Tal acepção é fundamental para compreender o trabalho na saúde, que é complexo por tratar do cuidado dos indivíduos e suas interações com o meio coletivo.

Assim, compreendemos o processo de trabalho, estruturado em três elementos: a atividade; o objeto; e, os instrumentos. É premente atentar, que ao discutir as íntimas relações do homem entre esses elementos, no meio sociopolítico, temos como resultante a transformação da natureza em bens, produtos e serviços, que constituem determinado fim. Entretanto, salientamos que tal divisão justifica-se como dimensão metodológica de análise, em que é preciso atentar para a concepção histórica e teórica do trabalho em si (conforme enfocamos na seção anterior), ou seja, a interação entre esses elementos com o ser humano conforma o trabalho na sua totalidade.

A atividade

Notadamente, no campo da saúde, esses três elementos citados, se constituem como a base estruturante do processo. O conceito de atividade distancia-se de algo acabado por estar plenamente associado à diversidade da vida social. Em virtude disso, é denominado por Schwartz, pelo termo *guache*, no sentido da imprecisão e de certo modo escorregadio, ao determinar o movimento de resistência e de luta.

Sobretudo, na mesma direção, a atividade, por suas propriedades de transversalidade, remete “à esfera das múltiplas micro gestões inteligentes da situação, às tomadas de referências sintéticas, ao tratamento das viabilidades, à hierarquização dos gestos e dos atos, às construções de trocas com a vizinhança humana,...” (SCHWARTZ, 2004, p. 37).

Essa visão deixa claro que a atividade é algo muito além de ser oposição à inércia ou a indiferença no trabalho, ou seja, é tudo aquilo que oferece sentido ao ser humano, incluindo o trabalho, o convívio, a cultura, a religião. De outra forma, é a capacidade desenvolvida de movimentar-se por si no exercício do trabalho.

A análise das atividades é, consideravelmente, mais complexa do que a simples análise do trabalho; “pois ela se interessa por todos os ‘uso de si’, transcendendo

todos os limites sociais, temporais, institucionais; apta, por aí, a pensar as circulações e reinvestimentos entre estes” (SCHWARTZ, 2004, p. 40).

Por fim, a concepção de Marx para atividade se aproxima de processo de trabalho, daí colocar que a atividade é orientada por objetivo. Melhor dizendo, “o homem realiza ao mesmo tempo seu próprio objetivo do qual tem consciência, objetivo que determina como uma lei seu modo de ação, e ao qual deve subordinar sua vontade” (MARX, 1983, p. 170).

O objeto

O objeto abrange a totalidade daquilo que será transformado. No caso da saúde, o objeto é representado por necessidades e demandas humanas. As necessidades podem expressar as condições demográficas, epidemiológicas e sociais da população, também compreendida como demanda potencial para organização e planejamento do sistema de saúde. Nesse sentido, as necessidades deveriam ser utilizadas para a tomada de decisão técnica e política na criação ou incremento da rede de atendimento a saúde da população.

Noutro sentido, verificamos a posição de pesquisadores, como Stotz (1991) e Feuerwerker (2010), ao defender que o sistema de saúde brasileiro possa se pautar pelos princípios preconizados nas leis orgânicas. Ademais, acreditam na carência de experiências importantes na organização do processo de trabalho, da gestão e do planejamento, sobretudo, na construção de novos saberes e práticas em saúde.

Ao entender a concepção de necessidades, é presumível valorizar as dimensões – históricas, sócio, humana e ambiental, que dariam sustentação ao sistema. Nessa perspectiva ponderamos que as necessidades, são históricas e socialmente construídas, sendo condição básica de serem pensadas num coletivo com vistas ao indivíduo. As outras dimensões indicam que as necessidades são estabelecidas por conceito normativo - descritivo e operacional, para Stotz significa que esse conceito seja capaz de “expressar a dialética do individual e do social” (STOZ, 1991, p.136). Atualmente, alguns serviços de saúde criaram o Índice de Necessidades em Saúde

(INS)⁵, que possibilita na identificação de áreas e grupos populacionais a serem priorizados para a oferta de serviços de saúde, conforme as individualidades e o meio que vivem e trabalham.

Igualmente importante é o modo de compreender as necessidades desenhadas por Cecílio (2001). Didaticamente esse autor reconceitua as necessidades de saúde, com base num conjunto de imperativos. O primeiro diz respeito a se ter 'boas condições de vida', que numa concepção ampliada é imprescindível viver (incluindo-se o trabalho) em ambientes saudáveis, com acessos a serviços básicos – saneamento, transporte, segurança; e, desenvolver hábitos pessoais que garantam a saúde.

O segundo conjunto de 'coisas' que dita as nossas necessidades é a possibilidade de usufruir as tecnologias disponíveis, que são capazes de melhorar e prolongar a vida com qualidade. O uso dessas tecnologias deve ser estabelecido com a orientação técnica, embora, também, deva respeitar as pessoas e suas realidades específicas. O penúltimo, diz respeito à criação de vínculos entre os usuários e a equipe de trabalhadores, onde a efetividade dessa relação, certamente, contribui para estabelecer encontros respeitosos e trocas de saberes. Por fim, a possibilidade das pessoas serem autônomas - de corpo e mente, a ponto dos serviços de saúde disponibilizarem os serviços que atendam às suas necessidades, e ao mesmo tempo, ao princípio da precaução.

Essas características implicam de fato que as políticas e os saberes técnicos - científicos, prevejam que as pessoas estão em movimentos históricos, sociais e culturais, além da situação imediata da vida, do trabalho, do lazer. Há, portanto, nesse nível, a perspectiva que as necessidades de saúde, mesmo que vistas como o objeto do processo de trabalho em saúde, possam ganhar contornos até então pouco

⁵ Sobre esse assunto consultar o site da prefeitura de São Paulo, que em 2008 trabalhou com base da Vigilância Epidemiológica e Informação na formulação do Índice de Necessidades da Saúde. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/painel_monitoramento/0006/INS_3edicao_Junho2008.pdf Acessado em: 20/02/2009.

trabalhados. Por fim, indicamos que há necessidade que o sistema de saúde seja pautado para promover a proteção condizente como a capacidade de bem viver.

Os instrumentos

Os instrumentos de trabalho na saúde podem ser considerados trabalho morto, à medida que são materializados por um trabalho realizado anteriormente, ou, o trabalho vivo, ao se tratar da energia despendida para o momento do cuidado, no ato da relação situada entre o trabalhador da saúde e as pessoas. Para Emerson Merhy & Pinto (2007) este é o trabalho em ato.

Conforme Mendes-Gonçalves (1994), os instrumentos podem ser materiais e não-materiais. Os primeiros são todos os objetos e materiais de consumo ou permanentes, medicamentos, instalações, por exemplo. Já os não-materiais são aqueles saberes que “articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos de trabalho” (PEDUZZI e SCHRAIBER, 2006, p. 201). Desse modo, é possível caracterizar os instrumentos para a ação em saúde, como um conjunto de saberes e tecnologias que se dispõem para a criação do trabalhador na produção dos atos de pensar os serviços de saúde.

Ora, se o modelo de atenção é centrado no atendimento médico-paciente, onde o hospital é a referência, e os medicamentos surgem com a solução, temos aí um rol de instrumentos que compõem esse modelo. Partindo do saber médico, da estrutura técnica e tecnológica à disposição do usuário, e, do aparato mercadológico, em que esse modelo, é predominante na indústria farmacêutica.

Entretanto, se consideramos um modelo que prima por ações, também, de relevância da saúde coletiva, temos que contar com aparato tecnológico próprio (e.g. veículos, laboratório, normas) e saberes dos mais simples aos mais complexos. É importante a caracterização do processo de trabalho nos serviços em saúde para a indicação correta dos instrumentos.

Outro aspecto importante que devemos incluir como instrumento de trabalho humano, é a própria dinamicidade do processo. O trabalho em equipe argumentam Peduzzi e Schraiber (2006), é condição para a dinâmica do trabalho na saúde, e, a associabilidade é necessária para pensá-lo como uma prática de construção social

Em síntese: a pluralidade de visões e de interpretações traz à tona uma série de questionamentos sobre a totalidade do processo de trabalho em saúde, com foco em atividades de serviço.

Frente a essas constatações teóricas que estruturam a história do trabalho em saúde, compreendemos que, esse trabalho é por essência produção social, dado que no processo lida com o cuidado da vida ao promover saúde. Especialmente, essa caracterização o torna singular na sua posição de relação entre trabalhadores, arranjos tecnológicos e as respostas de vida esperadas pela sociedade. Dessa feita, dificilmente podemos caracterizar outros serviços onde tanto seja requerido do trabalhador; equilíbrio em dimensões humanas: física, intelectual e psicológica na sua atuação cotidiana.

O trabalho em saúde guarda suas especificidades, afinal, sendo o homem 'objeto' do trabalho em saúde, que acima de tudo é determinado por suas necessidades, sua individualidade e subjetividade (emoções, desejos, aspirações, sentimentos), assim, o trabalho em saúde deve atender as generalidades e as individualidades do ser humano.

Igualmente importante, é observar o cotidiano do processo de trabalho em saúde. Ao alcançar a dimensão microscópica do trabalho compreendida como a própria atividade, estaria focalizando a realidade das práticas dos trabalhadores, em que a dinâmica e os modos de agir se estabelecem por si, com os outros e, com a sociedade.

Nesse raciocínio, conferimos uma posição da natureza do trabalho em saúde, como espaço privilegiado para reconhecer o trabalho em dimensões humana, social e histórica sendo, portanto, uma prática, em que a formação pode ser um aliado

incontestemente. Para Figueiredo, é importante atentar para alienação no e do trabalho, por compreender que esta prática surge da dificuldade na integração entre o objeto, os instrumentos e os meios, gerando no trabalhador “uma estranheza em relação ao produto, confrontando-o com algo que o submete e que ele não controla”. (SOUZA, 2007, p.105). Tal mecanismo afasta o trabalhador da conexão de sentidos das necessidades do trabalho e das respostas sociais⁶ esperadas.

Os diferentes modelos de gestão do trabalho e modelos formativos atendem aos trabalhadores da saúde?

Na perspectiva das atuais exigências da saúde pública, notadamente de qualidade de vida e de ambientes saudáveis, é necessário destacar a articulação das ciências – humanas, sociais, tecnológicas – no escopo da gestão e da formação dos trabalhadores. Aqui realçamos ideias de Calazans, quando afirma:

“...trabalhar hoje com Ciências Sociais e Educação, principalmente, supõe que se tenha claro às repercussões das evoluções tecnológicas imbricadas com os setores produtivos e, também, presentes no trabalho, na educação, nas organizações sociais, nas práticas de saúde e em outros âmbitos dos setores sociais e políticos”. (CALAZANS, 2002, p.26).

A necessidade de pensar a política de gestão do trabalho e da educação na saúde reemerge na 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde se delibera para a constituição de espaços próprios para esta construção. Na visão de Garcia (2010) essa discussão não é recente, tornando-se mais substantiva a partir da criação do Sistema Único de Saúde. Mesmo que anteriormente já houvesse Conferências de Recursos Humanos, pouco se otimizou sobre: as precárias condições de trabalho; a desmotivação da força de trabalho; a inexistência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS); e a desintegração entre as esferas de governo.

⁶ Resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente (PAIM & TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Alguns avanços podem ser observados, a despeito do tempo requerido. A criação, em 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), traz consigo a responsabilidade de formular políticas que orientem a gestão, a educação e a regulação dos trabalhadores. Essa secretaria instituiu alguns processos e dá prosseguimento a outros – organização da Rede de Observatório de Recursos Humanos de Saúde (Observa RH); o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde; o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem; e o Programa de Incentivo à Mudanças Curriculares das Escolas Médicas.

Observamos que essas iniciativas se voltam prioritariamente ao trabalho em saúde dirigido para os cuidados da rede assistencial, seja na atenção primária e até no desenvolvimento das ações e serviços de saúde na atenção ambulatorial e hospitalar. O que podemos apontar que são raras as iniciativas da política de gestão do trabalho voltado para a vigilância e promoção da saúde.

Nessa linha raciocínio apontamos que o modelo atual de atenção primária. Prioritariamente, dirigida para a Estratégia de Saúde da Família em conjunto com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), alocam iniciativas de desprecarização do trabalho. Políticas públicas foram implantadas para o ACS - no plano da gestão do trabalho, no vínculo formal e previdenciário, e na oportunidade de educação permanente incluindo a legitimação da habilitação técnica. Para os outros membros da equipe houve ampliação e diversidade na composição da mesma.

Mesmo assim, precisamos avançar consideravelmente para outras profissões da saúde, em especial para o trabalho desenvolvido por uma significativa gama de trabalhadores do ensino médio. Nessa dimensão, a formação carece, também, de planos de cursos que abordem a gestão do trabalho e da educação para saúde, em especial para atuação na proteção coletiva e social.

A partir de 2006 alguns estudos subsidiaram a SGETES e reorientaram a formulação do Programa de Estruturação e Qualificação da Gestão do Trabalho no SUS

(ProgeSUS). Esse programa tem por objetivo “propor diretrizes organizacionais, oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde” (BRASIL, 2006c, p.8).

Outros dois marcos da política de gestão do trabalho voltados para a educação na saúde foram: a criação da Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde (2007) e a parceria firmada entre a Organização Pan-Americana de Saúde e o Ministério da Saúde que cria a Universidade Aberta do Brasil (2008). Essa iniciativa tem por propósito qualificar trabalhadores em todo o território nacional, tendo como meta oferecer curso de especialização em saúde da família para 52 mil trabalhadores e capacitação gerencial para 100 mil profissionais da saúde, segundo Garcia (2010).

“a educação vem formando profissionais para atuar na saúde sem que exista um diagnóstico preciso em relação às carências desse setor, o que ocasiona um descompasso entre as ações educacionais e as necessidades dos serviços de saúde, descompasso que obriga o setor saúde a assumir a responsabilidade de preparar seus quadros, em especial os de nível médio/técnico” (FILHO e TELLES, 2006, p.3).

Com estas preocupações, insistimos que a formação profissional para (re) qualificação de trabalhadores pode ser um dos caminhos para superação dos desafios, mais ainda, a garantia de que alcançaremos o desejável ao promover processos educativos. Especialmente, que se prevejam modelos de educação para cidadãos críticos e conscientes de sua função social, com desenvoltura técnica para atuação ético-política, capacidade de intervir sobre a realidade e comprometidos com ações que almejem a qualidade de vida.

É preciso construir bases referenciadas na dimensão política e epistemológica para que a formação conceba o trabalho em saúde como uma ação humana com finalidade de cuidar do outro estimulando o auto-cuidado. Isso pode ser compreendido na afirmativa de Pereira e Ramos:

“Por esse sentido o trabalho não é uma mercadoria, o trabalhador não é um recurso e a educação não se reduz ao

método. O trabalho em saúde é uma mediação na produção da existência humana – degradada ou digna – seja para quem o realiza, seja para quem o recebe” (PEREIRA e RAMOS, 2006, p.107).

Ainda, chamamos a atenção para a noção de qualificação referida nos processos formativos disponíveis para o trabalhador. Em suas pesquisas, Machado (2000) considera isto uma questão importante, se reporta a Marx para conceber a qualificação como objeto das relações sociais, da concreticidade histórica e de inserção de pessoas, sem o que se torna campo virtual e fora da dinâmica dos processos de trabalhos e da realidade social. Em outras palavras, as capacitações pontuais são pouco formativas, tornando-se ineficazes para a apropriação de novos conceitos e princípios às práticas vigentes. Para Ricardo Ceccim as capacitações são trabalhadas invariavelmente de maneira “descontextualizada ao se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos” (CECCIM, 2005, p. 5)

Neste sentido, é desafiador discutir as necessidades e demandas do sistema por Educação Permanente em Saúde, por serem orientadoras das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde.

Especialmente para a educação profissional em saúde, é necessário entender criticamente os modelos formativos que primam pela racionalidade da integração ensino-serviço. Para alcançar mudanças de práticas dos serviços, “é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe” (CECCIM, 2005, p. 5).

O trabalho e os trabalhadores de nível médio da vigilância sanitária

Constatações históricas

Ao tratar da dimensão trabalho na vigilância sanitária, é indispensável focar a constituição dessa área, conscientes que estamos na arena da saúde pública. Daí, ser de suma importância nessa etapa considerar a relação entre a saúde pública e a vigilância sanitária, num contexto de constituição histórica, apoiada em Souto (2004) e de sua abrangência, amparado em leituras de Luchesse (2008).

Em todo o mundo, desde sua criação os povos primam em cuidar da saúde, seja sobre o indivíduo ou o coletivo. Tal premissa pode ser encontrada no código de Hamurab e de Ur-Namu como preceito de conduta para os profissionais que tratavam das doenças. “Na Índia, em 300 a.C., uma lei proibiu a adulteração de alimentos, medicamentos e perfumes” (ROSENFELD e COSTA, 2000, p. 21). Outras preocupações voltaram-se para a prática médica e a concessão do seu poder; bem como as fraudes e as falsificações dos produtos.

No Brasil, a abertura dos portos e das fronteiras associadas à entrada de escravos, deu alicerce às transações comerciais. Tais fatos, justificam as principais e primeiras contingências de controle sobre indivíduos numa relação entre o Estado e a medicina. Entra em vigor o Regimento da Provedoria (1810), “a sociedade passava a ser objeto de regulamentação médica e a saúde passava a ser um problema social” (ROSENFELD e COSTA, 2000, p.23).

Entretanto, a persistência de graves problemas sanitários, notadamente as doenças epidêmicas, transformou o país em palco das pressões internacionais. São instaurados Código de Postura (Rio de Janeiro em 1832), para regular a produção, o comércio, e os serviços de saúde, com atenção especial para as áreas de cemitérios, pântanos e águas infectadas. Poderíamos afirmar que esses preâmbulos apontam o início da vigilância sanitária, marcando sua história com atuação em portos e fronteiras e, sobretudo, sua relação das ações no mundo da economia com a saúde pública.

A reforma Carlos Chagas datou por lei a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (1920), com funções claras sobre saneamento urbano e rural; higiene

industrial e profissional; supervisão de serviços hospitalares; propaganda sanitária; essas ações foram insuficientes dado, principalmente, à abrangência geográfica do país. Ainda no século XIX houve uma reestruturação da vigilância sanitária incitada pelas descobertas nos campos da bacteriologia e medidas de cunho terapêuticas no período entre a I e a II Grandes Guerras.

“O sanitarismo desenvolvimentista continuou influenciando no setor saúde até o fim do populismo e durante este período se desenvolveu o modelo campanhista” (SOUTO, 2004, p. 23). Com a implantação da Reforma Administrativa Federal, em fevereiro de 1967, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde se responsabilizasse pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel. Ficaram afetas ao Ministério da Saúde as seguintes áreas de competência: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral; vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos; e pesquisa de assistência médico-sanitária.

Em suma: é importante aqui fazer um resgate sobre o termo Vigilância Sanitária no Brasil em uma abrangência temporal. No século XX, o termo foi, inicialmente, aludido ao controle das “pestilências com atribuições de observar as condições higiênicas, asseio, conservação e estado de saúde dos moradores” (SOUTO, 2004, p.40), como ação exclusiva de vigilância focada em um regime policialesco. Avançando um pouco, se faz uma associação por referência ao cuidado sobre coisas e lugares; fluxo de pessoas, mercadorias e veículos.

Em 1960, alcançamos ações de controle sanitário na área de portos, aeroportos e fronteiras, ao mesmo tempo em que a vigilância epidemiológica se vinculava ao domínio de doenças. Segundo Costaa (1998), data de 1970 a criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, a organização das ações da Vigilância Epidemiológica e o Programa Nacional de Imunizações, situam-se em estruturas distintas do ministério, esse movimento foi determinante para a fragmentação das ações, visto que essas práticas seriam intercomplementares.

Como órgão ministerial, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), coordenou as atribuições previstas para os entes federados. Mesmo assim, até 1990 havia uma lógica nas ações da vigilância sanitária, centralizada e hierarquizada, com propósitos regidos em organogramas de funções e cargos. Ou seja, o princípio da descentralização do serviço de vigilância sanitária passava ao largo. Essa situação conduzia para uma administração pública com rara participação popular, confortavelmente hierarquizada, próxima dos ditames burocráticos e imbricada no sistema econômico.

Nesse período, observavam-se ações de baixa resolutividade, além de uma política institucional que comprometia o desenvolvimento científico voltado para a saúde pública. As secretarias estaduais de saúde atuavam como braços executores de todas as ações de VS, constituindo numa rede nacional. Suas atribuições resultaram em frágil cobertura de proteção à saúde e segurança sanitária, vide o quadro organizacional dos estados: poucos trabalhadores, sem qualificação e base salarial a desejar; com poucos recursos disponíveis e o baixo apoio político e institucional, conforme os estudos de De Seta (2007 e 2010).

Em decorrência disso, observa-se que existe uma racionalidade da VS voltada essencialmente para uma lógica do desenvolvimentismo que ‘minimizou’, por vezes, o cuidado com a saúde. Essa relação se complica quando o vínculo da VS se coaduna unilateralmente com o avanço tecnológico, a industrialização, a produtividade e a qualidade total.

“Com a intensa produção e circulação das mercadorias, os riscos à saúde ocorrem em escala ampliada e as conseqüências de produtos defeituosos colocados no mercado podem afetar a saúde de milhões de consumidores, extrapolando as fronteiras de um país; também afeta a credibilidade nos produtos e nas instituições de controle sanitário, provocando enormes prejuízos econômicos” (COSTAa, 2001, p.16).

Importante que se diga que esses aspectos foram geradores de poderes e de interesses de desenvolvimento unilateral, seja para o consumo de produtos nem sempre seguros, ou no uso de tecnologias por vezes mascaradas de benefícios, mas que, certamente visam estimular novas necessidades. Vis-à-vis um sistema que pouco vislumbra a saúde das coletividades, e faz brotar hábitos que muda, substancialmente, culturas e valores na sociedade.

No mundo onde a informação e a comunicação popularizaram-se como instâncias legitimadoras do que é saudável e vital, a ideia de saúde que se consorcia com as competências da vigilância sanitária, “é reificada e ‘individualizada’ no somatório dos seus consumidores, esvaziando-se em suas dimensões sócioambientais e ‘fetichizando-se’ utopicamente no aceno da vitalidade eterna ou na proteção contra riscos ao indivíduo” (VASCONCELLOS-SILVA, *et al*, 2010, p. 147).

Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde completou 21 anos de Constituição cidadã, juntamente com ele, a Vigilância Sanitária enquanto ação descentralizada de Estado, amparada na lei orgânica como campo de promoção e proteção à saúde. Esse sistema se compromete a fazer valer a promoção no espaço de interseção no tradicional modelo de cuidado na saúde. A VS assume a proteção à saúde da população, mesmo que precise intervir ou regular como meio, sobretudo ao exercer a sua responsabilidade pública, desenvolvendo ações administrativas e judiciais sobre pessoas jurídicas, prioritariamente.

Essa noção de vigilância sanitária pode ser observada em Ana Figueiredo Souza quando analisa:

“a visa [VS] não pode ser estudada senão como um campo de intervenção da saúde pública, mas, ainda assim, tem encontrado dificuldade para ser reconhecida como pertencente a esse campo, porque ela se faz sobre as coisas, e não sobre as pessoas. Mais especificamente, sobre riscos e perigos decorrentes de consumo, uso e exposição, seja de produtos, de serviços ou de ambientes” (SOUZA, 2007, p.96).

Ao mesmo tempo, arrola-se nas diretrizes previstas na lei formuladora desse sistema a descentralização de estruturas democráticas de funcionamento, ao incluir instâncias de pactuação entre gestores e mecanismos de controle social.

Contudo, até hoje, estão presentes as ideias e valores centrados no modelo médico-hegemônico, tanto no sistema quanto na sociedade. Esse poder interfere na concretude do sistema ampliado de saúde, como direito de todos e dever do estado de prover a universalização com equidade. Por conseguinte, essas ideias e valores norteiam a formação dos trabalhadores e ditam o processo gestor de trabalho.

Podemos constatar essas afirmativas na lógica de distribuição e aplicação dos recursos dedicados à atenção terciária, que respondem por um terço dos atendimentos individuais na saúde, onde se concentram os procedimentos refinados cientificamente e que requerem uso de tecnologia dura⁷.

Segundo Feuerwerker (2005), em 2004, a atenção terciária concentrou 73% dos investimentos na saúde. Vale salientar que, neste segmento, os procedimentos são influenciados pelo mercado monetário, diferentemente das outras ações do sistema, e.g., aquelas da atenção básica que objetiva atender o coletivo. Não obstante, são inegáveis os ganhos no tratamento das doenças crônicas degenerativas com os recursos disponibilizados. O que questionamos é o modelo de saúde que pouco prioriza as ações preventivas das doenças/agravos, deixando ao largo as vigilâncias e a promoção da saúde.

Mesmo com a ampliação do orçamento do Ministério da Saúde no ano de 2009, que esteve na ordem de R\$ 59,5 bilhões, o maior desde 1995, deste se destina em torno de 55% para assistência ambulatorial e hospitalar especializada, sendo que, para a atenção básica designa-se R\$ 9,4 bilhões (BRASIL, 2009). Ou seja, ainda há uma concentração de investimento na atenção terciária, o que é conflitante com as

⁷ As tecnologias duras são designadas por Merhy (2007) como todas aquelas ligadas ao uso de equipamentos ou procedimentos que envolvem materiais eletro-eletrônico.

premissas da Organização Mundial de Saúde, quando coloca que 85% dos problemas de saúde poderiam ser respondidos com uma boa estruturação da atenção básica.

Retratando essa situação do sistema assistencial de saúde, divulgou-se no portal do Ministério da Saúde experiências exitosas, merecedoras do prêmio Sergio Arouca. Em 2009, essa premiação foi dirigida ao Plano Municipal de Saúde de Alagoínhas/BA, o que consideramos merecedor por sua criação e método. Contudo, o conteúdo do plano reforça a afirmativa do parágrafo anterior, por sua faceta minuciosa e detalhada, diga-se inteligente, com foco na assistência ambulatorial e hospitalar, embora não contenha nenhuma perspectiva para o desenvolvimento de um modelo de promoção e proteção à saúde. (BRASIL, Portal do Ministério, 2010).

Com esse ponto de vista, surgem alguns desafios. Mesmo num modelo de saúde pautado nas epidemias ocultas - Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) convivemos com a permanência ou retrocessos no controle da: tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, dengue, cólera e risco de febre amarela urbana e doença de chagas. Em 2008, a Secretaria de Vigilância em Saúde/MS divulgou um estudo com base de dados do Sistema de Informação de Mortalidade no período de 1990 a 2006, associado a uma pesquisa telefônica sobre fatores de risco e proteção do sistema de vigilância. Alguns dos principais resultados têm relação direta e indireta com a natureza das ações de vigilância sanitária.

“Em 2006, ocorreram no Brasil 302.682 óbitos por doenças do aparelho circulatório, o que correspondeu a 29,4% do total de óbitos. O risco de morte por doença do aparelho circulatório na população entre 20 a 74 anos passou de 187,9/100 mil habitantes em 1990 para 149,4 por 100 mil em 2006, para o diabetes esse risco evoluiu de 16,3 por 100 mil habitantes em 1990 para 24,0 por 100 mil em 2006”. (BRASIL, 2008, p. 339).

Este quadro se relaciona aos determinantes sociais como fatores de riscos ou de proteção que foram trabalhados na pesquisa como – hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas, índice de massa corporal, consumo alimentar, atividade física,

morbidade referida. As melhoras nos indicadores das doenças do aparelho circulatório devem-se, provavelmente, às medidas tomadas sobre os indivíduos e às coletivas, por exemplo, o controle severo da propaganda de tabaco. A mesma tomada de posição não foi observada em relação ao controle do processo de industrialização de alimento baseado na adição de açúcar, sódio e gorduras, elementos atrelados a diabetes.

Diga-se, portanto, que é preciso desenvolver ações acessíveis e oportunas para as mudanças culturais e ambientais, reconhecendo que a expectativa de vida está inserida num modelo de urbanização que prima pela industrialização que abraça a produção, o consumo e a propaganda como mote.

Note-se ainda, que os dados acima transparecem uma desigualdade social, justificada na iniquidade de acesso aos serviços, inclusive de informação, e de respostas esperadas do sistema de saúde. Acrescentem-se os novos e os conhecidos riscos sanitários, decorrentes da globalização que se justapõem aos antigos sem suprimi-los.

Na apreciação de Marques (2005) as mudanças amplamente desejáveis desse quadro são consideradas a ousadia do SUS, tanto como política de direito social quanto por sua responsabilidade os atos de regular e proteger, que por si só envolvem a VS. É preciso fortalecer essa vigilância que atua em movimentos de avanços e recuos “entre as partes envolvidas nas negociações de proteção ao risco sanitário (Estado, sociedade e processo produtivo)” (SOUZAb, 2007, p. 25).

Em distintos momentos ao longo da história, essa globalização acima mencionada, contribuiu para as mudanças nos padrões de consumo e investimento e até mesmo nos paradigmas sociais, econômicos e culturais. No olhar de Souza encontramos:

“é paradoxal que haja, de um lado, tendência à diminuição (no contexto da internacionalização da economia) e, de outro, aumento da preocupação com o controle e a segurança das

“pessoas com relação aos riscos sanitários, tornados globais” (SOUZAb, 2007, p. 25).

Nessa arena de conflito deveria atuar mais enfaticamente o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Assim, se faz necessário, recolocar no sistema os meios que geram espaços de participação para a construção de políticas promotoras de saúde. A formulação desse processo, numa rede de atenção em saúde induz no repensar do trabalho – integrado ao saber formativo; à politização dos usuários – ao cultivar a informação e a comunicação; e, ao mobilizar a gestão – apropriação de recursos e de poder; para que conduzam à administração das tecnologias do cuidado orientado às necessidades de saúde no âmbito societário.

Consoante De Seta (2010) torna-se parte desse desafio, construir meios para uma redefinição de papéis dos entes federados que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária como sub-sistema integrado ao Sistema Nacional de Saúde, na perspectiva de arquitetar rede colaborativas e intercomplementares das ações de saúde.

Contexto da natureza e responsabilidades das ações de vigilância sanitária

De início, chamamos atenção que essa área da saúde pública é conhecida por suas coleções de leis, decretos-leis, regulamentos, resoluções, ou seja, uma área em que há predominância de atividades prescritas. É preciso destacar, também, que vivemos numa sociedade democrática de direito. Não obstante, somos movidos hegemonicamente por um regime capitalista, que se vincula ao poder monetário cujo móvel é o lucro. Ora, se identificamos riscos à saúde para o indivíduo ou grupos (com comprovada maledicência), é preciso informar, e tomar medidas no rigor necessário à garantia equitativa da saúde de todos, mesmo que na eminência de uso do poder de Estado.

Atualmente, presenciamos um sistema nacional delicado de Vigilância Sanitária (SNVS) que conta com a desenvoltura de organismos nas esferas de governo, federal, estadual e municipal, inseridas por leis que regem o Sistema Único de Saúde

(LEIS nº 8.080 e 8.142 de 1990). Compõe o SNVS a Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁸, os Centros de Vigilância Sanitária Estaduais, do Distrito Federal e Municipais (VISAS), os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENS), o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Consta no artigo 15º da lei 8.080/90 as atribuições comuns entre os entes, prevalecendo a “elaboração de normas técnicas específicas, de normas reguladoras de atividades do setor privado e de normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990a), o que pressupõe, necessariamente, que essas instâncias detenham poderes diferenciados e concorrentes, por exemplo, a atividade executora de controle. A fragilidade do sistema relaciona-se ao fato dessa área se ocupar de ações reguladoras, regidas por ordem econômica, ainda que sua finalidade seja de proteção pública da saúde.

Combinando as competências atribuídas a cada ente federado com as atribuições comuns e os objetivos gerais do SUS, podemos indicar que em matéria de vigilância sanitária referimos as diferentes responsabilidades de cada nível de governo, incluindo o poder de polícia administrativa sanitária. Compete: ao nível federal - propor normas e planejar o ordenamento do sistema, numa rede de cooperação com estados e municípios; ao nível estadual - a descentralização das atividades executivas, provendo meios e recursos, além de contribuir no planejamento e na avaliação das ações estaduais. Por fim, ficam delegadas à municipalidade as ações de execução, tendo que se estruturar para dar conta dessa principal responsabilidade, mesmo que eventualmente precise atuar de modo suplementar ao normatizar sobre os eventos locais (BRASIL, 1990a).

⁸ A Anvisa foi instituída na lei 9.782 de 1999 como uma autarquia sob regime especial, ou seja, uma agência reguladora caracterizada pela independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes durante o período de mandato e autonomia financeira. A sua gestão é de responsabilidade de uma Diretoria Colegiada, composta de até cinco membros sendo um deles o diretor-presidente, indicada e nomeada pelo presidente da república, após previa aprovação do senado. (<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/index.htm>).

Para tanto, o contingente de trabalhadores do sistema nacional é composto de três mil trabalhadores no nível federal e 2.500 e 50 mil, nos estados e municipal, respectivamente. Assumindo, atualmente, um universo de atuação que mobiliza recurso próximo de três quartos do Produto Interno Bruto (MEDICI, 2010). O que significa atuar sobre:

“cerca de 80 mil farmácias, 23 mil empresas cadastradas, 450 fábricas de medicamentos, 4000 empresas de cosméticos, 3,4 mil empresas produtoras de produtos para a saúde, 3000 empresas saneantes, 2000 distribuidoras de medicamentos, 12 mil laboratórios de análises clínicas, 11 mil empresas de radiodiagnóstico, 6,7 mil hospitais, 2,6 mil serviços de fisioterapia, 600 serviços de hemodiálise, 250 empresas de medicina nuclear, 150 de radioterapia, 155 aeroportos, 46 portos e 111 pontos na fronteira nacional”. (MEDICI, 2010, p. 26).

Depreende-se disto que o alcance real da descentralização das ações de vigilância sanitária continua sendo um grande desafio a ser vencido, uma vez que as secretarias estaduais e municipais (exceção das sedes dos estados mais desenvolvidos), ainda não contam com o quantitativo de profissionais e a sua adequada qualificação para assumir a complexidade das novas funções que lhes são estabelecidas. Ademais, a estrutura física, de informática, de veículos e aportes laboratoriais pouco dão conta da dinâmica inovadora que relaciona a produção de bens e serviços com a devida proteção sanitária.

A Anvisa, criada em 1999, é definida como coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. No entanto, suas ações têm promovido um alcance limitado ao esperado numa sociedade onde a saúde é um direito e um bem inalienável. Na sua estrutura conta com um Núcleo de Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária, para promover e estimular a descentralização das ações de VS, buscando que cada ente assumira sua responsabilidade, para isso, aponta alguns recursos que contribuam como incremento (mais à frente voltaremos a esse assunto).

Outra medida interessante, do ponto de vista do fortalecimento da política de formação e a pesquisa em VS, é a existência do Núcleo de Educação, Pesquisa e

Conhecimento (NEPEC), que em 2010 criou a Câmara Técnica de Educação e Pesquisa, cujo objetivo é subsidiar este núcleo nas iniciativas do desenvolvimento do Sistema Nacional, notadamente na formação do trabalhador e na busca de instituir a pesquisa como eixo de conhecimento para refletir as práticas. Embora, não tenha sido possível localizar alguma iniciativa dedicada para o trabalhador de nível médio, mesmo aqueles que são originários do setor Portos, Aeroportos e Fronteiras, área que abriga historicamente essa força de trabalho dentro da Anvisa.

Porém, o fluxo de produtos e de pessoas, e a dinâmica de processos de trabalho em saúde estabelecem uma rede emergente de comunicação aberta, que possibilita a entrada e saída de tecnologias que podem trazer benefícios ou provocar desequilíbrios que afetam ao conjunto da sociedade.

“A globalização da economia e a generalização da chamada sociedade pós-industrial levam o fenômeno da interdependência a novos e perigosos patamares... As tecnologias da informação aproximam pessoas e torna, de fato, possível a referência a uma aldeia global. Ao mesmo tempo, tornam mais visíveis e traumáticos os efeitos da questão social, da miséria e da pobreza, bem como os desequilíbrios do mercado e os riscos tecnológicos, que exigem nova e crescente capacidade de ação coletiva e de eficiência administrativa do Estado” (BODSTEIN, 2000, p. 85).

Estamos tratando de ampliação de mercado, nacional e internacional, e de estímulo ao consumo de variada ordem, incluindo-se a influência, por vezes, descabida da mídia. Essa situação necessita da presença de um estado orientador e informador, que em última instância atue sanitariamente, adotando medidas de bem-estar social. Contraditoriamente, alguns eventos marcam com mazelas e até a morte de pessoas e familiares. Por outro lado, tornaram viva a mobilização dos trabalhadores que resgataram a responsabilização das instituições de vigilância sanitária, nas três esferas de governo.

Foi preciso atentar na regulação sanitária sobre: a falsificação desmedida de medicamentos (vide a talidomida e o anticoncepcional de farinha); a adulteração de

alimentos (presença de cromo em gelatina); o descarte inadequado de instrumentais dos serviços de saúde (Césio 137); o descontrolado uso do sangue, inclusive venda, (descoberta do HIV); as mortes e maus tratos com idosos em clínicas especializadas (Clínica Médica Santa Genoveva); e, o desmazelo da qualidade nos serviços de saúde, água de diálise contaminada (caso Caruaru).

Infelizmente, essas ilustrações prosseguem acontecendo e sendo noticiadas, com outra roupagem, envolvendo novos atores e espalhando suas hostilidades. E, ainda, adotam os meios de comunicação, com propaganda sem limites, como aliada irrestrita. Sobre a propaganda de produtos, em especial medicamentos, trazemos as contribuições de Álvaro Nascimento que não à toa critica a célebre frase de alerta do Ministério da Saúde – *Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado*, salientando que ao invés de informar à população a respeito dos riscos da automedicação, excita o uso irracional de medicamentos sem receita, recomendando a procura de um médico somente na continuidade dos sintomas (NASCIMENTO, 2007).

Dados divulgados pela Anvisa e em estudos acadêmicos, indicam que entre 6.004 propagandas avaliadas num período entre 2001 e 2004, mais de 90% delas desconsideravam o texto regulador (BRASIL/Anvisa,2007).

Na interpretação da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde, entende-se que é dado ao Estado, no caso da vigilância sanitária, o poder de atuar para minimizar e eliminar riscos decorrentes do fluxo dinâmico, que cobre a industrialização-comercialização e consumo dos produtos, controlar e promover bem estar nos serviços de saúde, e, mapear e prover medidas para suprimir os agravos à saúde do trabalhador e sobre o ambiente. A razão do poder de polícia deve ser o interesse social; o seu fundamento está na supremacia geral que o Estado exerce sobre todas as pessoas, bens e atividades.

Mormente, essa área da saúde atua entre a regulação de um mundo mercadológico, cuja essência é o consumo incomensurável de bens e serviços, e o atendimento às

necessidades públicas da sociedade. Entra em cena o código de defesa do consumidor como grande aliado da vigilância sanitária, e mais recentemente o ministério público.

Nesse contexto, a vigilância sanitária assume uma posição notória, ao inserir conhecimentos e práticas que:

“Situam-se num campo de convergência de várias disciplinas e áreas do conhecimento humano, tais como química, farmacologia, epidemiologia, engenharia civil, sociologia política, direito, economia política, administração pública, planejamento e gerência, biossegurança, bioética e outras”. (ROZENFELD e COSTA, 2000, p.15)

Em síntese, a natureza do agir em vigilância sanitária incorpora diversas ações: aquelas intersetoriais e multidisciplinares, devido à necessidade de articulação e integração de conhecimentos; aquelas que contrariam interesses econômicos, corporativos, e políticos, por atuar sobre a regulação com o poder de Estado; e, aquelas que operam na diversidade e na dinâmica do desenvolvimento tecnológico, por compreender que há associação entre os meios, os processos, e os resultados. Nesses interstícios encontramos o trabalhador, que deve estabelecer conexão em diversas áreas do conhecimento dada à abrangência e responsabilidade da vigilância sanitária, conforme apontado.

Mais ainda, podemos afirmar que as atividades de VS são regidas pela identificação-informação-controle do risco presentes na vida contemporânea, em que o consumo é o fetiche para as necessidades reais ou artificialmente criadas, inclusive de saúde. Desse modo, tanto o processo de trabalho quanto a formação necessária à área tornam-se um desafio para pesquisadores e estudiosos.

Por fim, podemos notar que, muito além da herança reguladora da VS própria do Estado, compreendemos que, ao cumprir suas finalidades previstas na lei orgânica da saúde, é necessário que o processo de trabalho abranja estratégias que informem e comuniquem situações de promoção da saúde e prevenção da doença. Assim, o

uso concomitante de vários instrumentos além da base legal e da fiscalização, deve compor as prioridades de ações de incentivo à participação social.

Em síntese, se caracterizamos a VS como componente da saúde pública e, por conseguinte, vinculada ao trabalho da saúde em geral, dedicada nas situações-problema vivenciadas socialmente, estamos condicionando na ordem de suas responsabilidades as “circunstâncias que aproximam a visa [VS] das exigências de reprodução da dinâmica econômica, recomposta pela manipulação das contradições que a permeiam”. (SOUZA^b, 2007, p. 97).

Condições de trabalho nos serviços de saúde – um olhar no nível médio

Os trabalhadores que mobilizam o Sistema de Saúde Brasileiro, com vínculos formais ou precarizados, abraçam um processo complexo. Estes vivenciam expectativa na materialidade de uma política que lhes garanta direitos previstos em lei, no âmbito da formação e do ordenamento de funções, cargos e salários, visto que algumas iniciativas de formulação da política foram deliberadas em conferências de saúde e de recursos humanos. (BRASIL, 2005 e GARCIA, 2010).

Esses trabalhadores dedicam-se processualmente ao trabalho em equipe, seja na prevenção ou no cuidado e assistência. Num modelo que guarda relação direta com a *doença* - desenvolvimento de ações de assistência-cuidado ao doente; e em menor proporção com a *saúde* - ações da promoção-prevenção, para tanto, move uma cadeia de mediações para alcançar as respostas para as necessidades e demandas de outrem. Ou seja, os trabalhadores estão comprometidos “e vinculados com os usuários, individuais ou coletivos, atuando em equipes multiprofissionais, operadores de conhecimentos multidisciplinares”. (MERHY, 2007, p. 33).

Os trabalhadores da saúde formam um conjunto de 2.180.598 empregos (BRASIL, 2010b), encontrando-se estratificados por nível de escolaridade, para dar conta de

todo o sistema. Entretanto, desse total 40% são trabalhadores com escolaridade do ensino médio, técnico ou auxiliar, que responde por cerca de 60% das atividades do sistema.

O trabalhador de nível médio, mesmo compondo uma expressiva força de trabalho, é pouco reconhecido como sujeito produtivo para a sociedade, e desvalorizado nas políticas públicas. Tal premissa vincula-se à (des)valorização de saberes e habilidades manuais ou técnicas, quando comparadas aos saberes e conhecimentos científicos e intelectualizados. Salientamos que o desenvolvimento das atividades nos serviços de saúde, invariavelmente são exercidas em equipes, compostas de profissionais com escolaridade nos diversos níveis. É fato que, naqueles de maiores níveis de escolaridade, o conhecimento técnico-científico seja destacado e valorizado; entretanto, pouco se prestigia ou se oportuniza aos TNM cujos saberes consoantes são aqueles no domínio da prática. Isso indica uma dimensão da organização do sistema, em termos do trabalho (PEREIRA e RAMOS, 2006; SANTOS, 2002).

Assim, no presente trabalho importa-nos o trabalhador de nível médio de escolaridade, cujo perfil da história profissional vem contribuindo de modo significativo para o desenvolvimento das ações da saúde pública. Certamente, o sucesso do modelo de saúde pública – campanhista, que primava no controle de endemias ou ‘combate’ aos vetores, atuando nos rincões desse país alcançou seus objetivos, em cada momento, dada à presença desses profissionais. Diga-se, que desse modelo surgem as atividades das vigilâncias: epidemiológicas - observação de comportamento das doenças; e, sanitária - nas medidas sobre saneamento do meio, no controle de roedores ou vetores que eram focos das doenças e provocavam a destruição/contaminação das mercadorias.

Para um grupo de trabalhadores que exercem suas funções baseadas em acúmulo de experiências, ainda que, a oportunidade de formação seja relegada a planos inferiores, tanto pelo gestor quanto pelo sistema. Esse mesmo trabalhador que atua em aproximadamente cinco mil municípios brasileiros, totalizando 22.000 mil

empregos diretos e indiretos em vigilância sanitária (Censo Visa, 2004), e mesmo assim, conquistou poucos espaços organizativos para avançar nos seus direitos e na sua história.

Quem são e o que fazem os trabalhadores de nível médio da vigilância sanitária

A dimensão mais importante da descentralização/municipalização reside no fato de que o nível local, no caso o município, situa-se mais próximo da população e conhece os problemas do cotidiano e, portanto, tem condições de dar respostas sensíveis a estes problemas. Um serviço de Vigilância Sanitária descentralizado é um meio de se colocar como parte da vida da cidade, integrando-se de forma colaborativa com outros setores, e todos os profissionais envolvidos na questão, tendo como objetivo máximo a proteção e promoção da saúde da população.

Especialmente, no desenvolvimento do trabalho na vigilância sanitária, cabe referir a atos prescritos, considerando o universo de normas e leis que regulam a sua organização, marcada pela estrutura hierárquica entre técnicos e gestores, e pela divisão rígida de tarefas entre trabalhadores de nível superior e nível médio. Para Gisélia Souza, a organização do trabalho em vigilância exige um repensar, numa perspectiva da integralidade das práticas sobre os objetos de controle dos riscos sanitários, analisando-os como “complexos [que] exigem a integração disciplinar e o tratamento das dimensões, éticas, políticas e institucionais para a sua intervenção” (SOUZAa, 2007, p.59).

Na próxima seção, as informações que seguem são resultados e análises do I Censo Nacional dos trabalhadores da vigilância sanitária realizado em 2004 e publicado no site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Esse recenseamento foi uma iniciativa da agência com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e contou com a participação no seu desenvolvimento com o Núcleo de estudos em saúde coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Encontramos, neste Censo, informações relevantes sobre o perfil profissional e a

distribuição geográfica dos trabalhadores por estados ou municípios, que são imprescindíveis serem apontadas para subsidiar nossa reflexão.

Quadro 1.1 - Quantitativo de serviço conjunto da VS e VE por unidade federadas

| Unidade territorial/Extrato Populacional | Quantitativo de serviços de VS e VE |
|---|--|
| Estados e o Distrito Federal | 27 |
| Município - Total | 4.814 |
| Municípios da capital | 26 |
| Municípios com menos de 20 mil hab. | 3.016 |
| Municípios de 20 a 50 mil hab. | 929 |
| Municípios de 50 a 100 mil hab. | 317 |
| Municípios de 100 a 200 mil hab. | 119 |
| Municípios de 200 mil ou mais | 88 |
| Sem informação | 319 |

Fonte: Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária, ANVISA, 2004
Elaboração: autora da tese.

Dos 5.560 municípios brasileiros, dado registrado na época da pesquisa, a VS em conjunto com a Vigilância Epidemiológica encontram-se em 4.814. Somente 13,42% dos municípios não dispõem de uma estrutura para desenvolver as ações de suas competências, concentrando-se essa informação para a região Norte, onde se denota uma maior debilidade estrutural, de trabalhadores⁹ e outros recursos.

Estamos interessados em reconhecer as atividades dos trabalhadores de nível médio da vigilância sanitária, quanto à sua relevância no trabalho dessa área da saúde pública. Contudo, observamos que esse trabalho por sua caracterização é desenvolvido em equipe multiprofissional e escolaridade diversa. Ademais, essa complexidade encontra-se nos três níveis das esferas de governo, visto que, desenvolvem-se nas estruturas estaduais, municipais e na esfera federal (Agência Nacional de Vigilância Sanitária).

⁹ A região Norte é a mais desprovida em relação ao quantitativo de trabalhadores, visto que, 22,77% de municípios desta região não contam com esta força de trabalho, seguidas de 18,17% da região sudeste, 12,17% região nordeste, 8,42% da região centro-oeste e 0,05% da região sul.

Invariavelmente, em alguns municípios encontramos somente o trabalhador de nível médio na VS, nesse caso, quando existe o técnico graduado sua função é de gerência, assumindo o comando dos trabalhadores de NM, sendo esporadicamente desenvolvido o trabalho conjunto. Isso representa a segmentação do trabalho e o poder da especialização do trabalho de quem possui formação profissional em nível de escolaridade superior.

Tabela 1. 1 - Distribuição de trabalhadores por nível de instrução do cargo¹⁰ e vínculos

| Vínculos | Escolaridade Média e Fundamental | % | Escolaridade | % | Total |
|----------------------------------|----------------------------------|------|--------------|------|--------|
| | | | Superior | | |
| Brasil | 21.590 | 67.2 | 10.447 | 32.5 | 32.037 |
| Federal | 4.102 | 81.8 | 902 | 18.0 | 5.004 |
| Estadual | 2.906 | 53.0 | 2.548 | 46.5 | 5.454 |
| Municipal – Total | 13.003 | 67.6 | 6.177 | 32.1 | 19.180 |
| Município capital | 1.188 | 46.6 | 1.357 | 53.2 | 2.545 |
| Municípios < de 20 mil hab. | 4.485 | 72.2 | 1.717 | 27.7 | 5.202 |
| Municípios de 20 a 50 mil hab. | 2.680 | 72.2 | 1.018 | 27.5 | 3.698 |
| Municípios de 50 a 100 mil hab. | 1.560 | 70.1 | 662 | 29.7 | 2.222 |
| Municípios de 100 a 200 mil hab. | 1.138 | 70 | 484 | 29,7 | 1.622 |
| Municípios de 200 mil ou mais | 1.854 | 67 | 909 | 32,8 | 2.763 |

Fonte: Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária, ANVISA, 2004

Elaboração: autora da tese.

O censo revelou ainda, que existe no país 32.037 mil profissionais no sistema nacional de vigilância sanitária, sendo que 21.590 (67,2%) são trabalhadores do nível médio ou fundamental (NM ou NF). Outro dado importante, e que a maioria destes trabalhadores está na região sul, e, a minoria, na região norte.

¹⁰ Para o Censo VISA 2004, nível de instrução do cargo é o nível de escolaridade exigido pelo cargo.

Quanto à distribuição dos trabalhadores na esfera de governo - estadual e municipal - foi constatado que 72,2% de profissionais de vigilância sanitária de nível médio estão em municípios de pequeno porte, < 20mil/hab., e os de nível superior (NS), nas capitais. Observamos, também, que nas outras estratificações municipais o NM/NF ocupa em torno de 70% nas equipes de trabalho.

Dentre as principais áreas de atuação que estão locados destacam-se a vigilância sobre: alimentos, medicamentos, serviços de interesse da saúde, e ambiente; que constituem inserções típicas da vigilância sanitária. Chamamos atenção por existir, também, ações da vigilância epidemiológica, controle de vetores/zoonoses, que conceitualmente não constituem espaços de responsabilidade direta da vigilância sanitária 'moderna' ou atual, visto que no século XIX, essas ações eram desenvolvidas como proteção sanitária.

A prática cotidiana do trabalhador de NM é priorizada no atendimento a reclamações ou denúncias que redundam em ações de controle e fiscalização. Poucos são os municípios onde há organicidade mesmo no fazer, partindo-se de um mapeamento de risco das condições de funcionamento dos estabelecimentos passíveis de atuação da VS, encontramos – comércios ou produção de alimentos, medicamentos e domissanitário que são produtos de higiene pessoal, limpeza e desinfecção de diferentes ambientes; – serviços ou áreas de interesse da saúde: rodoviárias, portos, aeroportos ou fronteiras, dentre outros.

Essas atividades, caracterizadas por imperativos de fiscalizar, multar, interditar, não podem ser exercidas isoladas do contexto. O todo não está isolado das partes, assim, todas as medidas aplicadas devem basear-se em avaliações definidas por critérios técnicos e sócio-políticos. Apesar de serem exercidas isoladamente, são direcionadas como ações policiais, geradoras de processos jurídicos, tornando uma atividade de saúde numa única dimensão, a cartorial. Na eminência desse exercício de poder, condiciona-se ao trabalhador que se encontra legalmente habilitado para o desempenho da função estatal.

Com níveis salariais, de até dois salários mínimos, abaixo dos outros membros da equipe, os técnicos ou fiscais são investidos do dever-poder do Estado em defesa dos interesses públicos em saúde. Assim, por vezes, oferecem sua força de trabalho contradizendo os princípios éticos de atuar em prol da saúde pública, o que não se justifica, embora possa ser explicado pelo baixo reconhecimento do seu trabalho, inclusive de vínculo, e pela base salarial.

Assim sendo, para cada esfera de governo pode assumir cargos e funções variadas: técnico, fiscal, inspetor ou guarda sanitário, ou até, agente da saúde, de saúde pública, de campo, da fiscalização; sem que lhe dêem a oportunidade da formação compatível ao exercício do trabalho e uma identidade na ocupação que tenha validade no território nacional. Apresenta-nos, ainda o Censo, a dimensão da educação profissional, onde dos 22 mil trabalhadores da vigilância sanitária de nível médio, somente 2% alcançou a habilitação técnica de formação, seja na área específica de vigilância ou outra área do cuidado na saúde, com destaque para a enfermagem.

Quando perguntado sobre o tempo de serviço, o censo aponta uma questão a ser explorada, a dificuldade de fixação do trabalhador no serviço. Observou-se que cerca de 60% dos trabalhadores de vigilância sanitária têm menos de cinco anos de atuação nesta área. No tocante a faixa etária, encontramos trabalhadores jovens em torno de 53% que têm menos de 40 anos. Entretanto, diferentemente da assistência à saúde, o trabalho na vigilância congrega trabalhadores em sua maioria (70%) do sexo masculino, isto pode ser compreendido dado a caracterização do trabalho, que predomina numa atuação de mapeamento, controle e fiscalização em estabelecimentos comerciais, industriais e até em domicílios o que requer exposição a riscos de várias ordens, inclusive sobre a integridade física.

Em 2007, a ANVISA elaborou, juntamente com os estados e municípios, um Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária, tomando por alicerce o sistema de gestão solidária entre as três esferas de governo. Consta nesse documento

conjuntos de atos que dizem respeito ao campo de atuação dessa área. O primeiro aponta a dimensão organizativa para o funcionamento dos serviços de vigilância sanitária, no outro conjunto, encontramos as ações para os fins do controle sanitário “exercido por meio de inspeção sanitária, monitoramento de qualidade de produtos, investigação de surtos e controle de doenças cujos fatores determinantes estejam em seu campo de atuação”. (ANVISA, 2007).

Numa análise cuidadosa desse instrumento normativo encontramos a participação do técnico de nível médio compondo todos os perfis profissionais da equipe de trabalho. Em estabelecimentos cuja especificidade solicita ações de determinados profissionais por possuírem características próprias, tais como: indústria de medicamentos, importadora e distribuidora de produtos, unidades de radiodiagnóstico médico e diagnóstico por imagem; observamos que se indica a presença de equipe multidisciplinar composta por profissionais de nível superior, todavia, o comparecimento do trabalhador de nível médio também está previsto.

Portanto, o trabalho na vigilância sanitária apresenta-se como área do cuidado com as coletividades, onde a atuação se volta para prestar um serviço que preveja a universalização de acordo com as necessidades e os riscos sanitários que estão expostas às populações.

Notadamente, os técnicos com escolaridade do ensino médio atuam no nível municipal de governo, num processo crescente de responsabilidade diante da descentralização das ações de VS colocadas pela lei orgânica da saúde. No entanto, dispomos de pouco conhecimento sistematizado sobre o trabalho desenvolvido por esses técnicos. Seu trabalho é em certo sentido invisível e pouco valorizado pelo sistema.

O trabalho realizado pelos TNM, aparentemente, lança mão de saberes pouco estruturados, entretanto ao responder às necessidades sanitárias é imprescindível agir com raciocínio lógico com base no intelecto. Necessidades que, invariavelmente, são “geradas no sistema produtivo vigente que cria situações de riscos e danos a

saúde individual, coletiva e ambiental” (COSTAa, 1998, p.55). Sabemos pouco também sobre os trabalhadores técnicos de nível médio e sobre o seu processo formador. Consideramos, assim, importante realizar investigações mais sistemáticas do trabalho, sobre estes técnicos e do processo formador em saúde.

Essas constatações trazem elementos para a caracterização o trabalho do técnico da vigilância sanitária, como: processual – numa cadeia dinâmica da produção-consumo e uso de tecnologias e serviços; informado – por conhecimentos técnico-científicos que permeiam vários campos, das engenharias à nanotecnologia; atuando – no coletivo para proteger cada indivíduo, e, tomando por base um fazer planejado num contexto de realidade em ações de promoção e proteção à saúde.

Por fim, para dar conta dessa diversidade é imprescindível compor equipes de trabalho multiprofissionais, que atuem num enfoque multidisciplinar e desenvolvam a capacidade de compartilhar conhecimentos de modo intersetorial. Esse conjunto de indicativos visa garantir a cobertura das diversas ações, de acordo com as necessidades e os riscos sanitários a que estão expostas as populações.

Bases da formação do trabalhador técnico em vigilância sanitária

São raras as escolas do SUS que promovem a formação técnica na área da vigilância sanitária. Destacamos que quatro escolas tiveram essa experiência, no RJ – escolas Izabel dos Santos e a Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; em MG - escola de Saúde Pública do Estado; em SC – escola Técnica de Saúde de Blumenau. Em outros centros formadores, no nordeste do país, existe a experiência de ensino nessa área embora em cursos de desenvolvimento profissional.

Seus projetos políticos estão vinculados à formação para o sistema de saúde, compreendendo-a como construção histórica. A organização dessas escolas se sustenta por mecanismos de busca de recursos no nível federal, por serem carentes de recursos diversos. Essa carência vincula-se, especialmente a: corpo técnico fixo, estruturas apropriadas para o desenvolvimento das suas ações, possibilidade de

formação permanente para docentes e direção; tal condição limita a ampliação da capacidade de desenvolver processos educacionais tão necessários ao sistema.

A habilitação do técnico em VS em cada escola adequou-se a cada realidade regional - técnica e operacional -, e alguns cursos foram realizados nos últimos cinco anos com formatos, grades curriculares e estratégias de ensino bastante diferenciadas, conformando perfis profissionais, competências e habilidades técnicas distintas. O que é comum a todas as escolas é que a formação em VS deverá contemplar todos os campos de competência no SNVS, cabendo realização de especializações técnicas para aprofundamento de temas específicos que integram seu processo de trabalho, desde que necessárias e demandadas pelos serviços.

O técnico de nível médio em VS contribui ao desenvolver ações em todo o processo de trabalho, na identificação de situações de risco associados em seu território-processo, bem como no planejamento das proposições para a resolução das questões levantadas.

Por conseguinte, há que se considerar a importância do trabalho em equipe composta por profissionais de escolaridade diversificada, da pós-graduação ao nível médio e fundamental, valorizando a atuação multiprofissional requerida pelas especificidades deste campo da saúde pública. Percebe-se também a motivação diferenciada dos profissionais de nível médio por atividades que pouco demandam conhecimentos técnico-científicos de maior elaboração (inspeção em bares, açougues, padarias, mercados públicos, lixões, entre outros), que despertam menos interesse em profissionais de nível superior.

Neste sentido, dado a abrangência da atuação da VS e a complexidade de suas ações, se faz necessário uma formação específica para profissionais de nível médio. Essa formação deverá contemplar todo o campo da Vigilância Sanitária, considerando as diferentes áreas que integram seu processo de trabalho.

Ao pensar na perspectiva da formação em VS é imprescindível prever os fundamentos da vigilância epidemiológica e ambiental, por embasar com seus componentes teóricos e práticos de modo transversal. E, sobretudo, foi preciso reconhecer os diversos campos do conhecimento das – ciências naturais, sociais e exatas e suas tecnologias para uma educação crítica, somente assim, forja-se um alicerce que se configura a fundamentação necessária à atuação em vigilância sanitária.

Desse modo, é preciso constar como princípio norteador da área: Epidemiologia - como determinante para identificar situações-problema e seus fatores de riscos; Engenharia - fonte de reconhecimento e avaliação de riscos ambientais, na saúde dos trabalhadores e das populações; Ciências sociais - análise histórica e contextualizada das representações culturais; Direito - responsabilidade sanitária legal; e, notadamente, nas Ciências da Saúde a confluência da qualidade de vida, as demandas sociais e necessidades da população de lazer, de trabalho saudável, de acesso a bens e serviços confiáveis (DUARTE e MENEZES, 2005).

A importância do ambiente como elemento determinante no processo saúde-doença aponta para a necessidade de construção de um novo espaço de responsabilidade sanitária com mérito de ser saúde pública, interdisciplinar e multiprofissional, necessitando de aportes teóricos e acúmulos de saberes para a formação profissional em saúde.

Uma proposta de habilitação técnica em vigilância sanitária pode ser estruturada de que seus componentes curriculares formassem temas relacionados às funções compreendidas no cotidiano desses trabalhadores, em torno dos quais se organiza o sistema de saúde em suas diversas instâncias - municipal, estadual e federal. Vale ressaltar que outros elementos centrais da habilitação podem se conformar por níveis de habilidades e por graus de complexidade demandadas para o conhecimento e entendimento dos diferentes perfis profissionais.

Contudo, dada à complexidade da VS, faz-se necessário que a educação contemple todo o campo, considerando as diferentes áreas que integram seu processo de trabalho na esfera municipal: vigilância ambiental em saúde - compreende a relação entre fatores bióticos e abióticos, os agravos e os determinantes da saúde com as condições ambientais; vigilância de produtos e interesses à saúde - compreende a atuação sobre a produção, comercialização, e, a indução da mídia do consumo de alimentos, medicamentos, domissanitário e cosméticos; vigilância de serviços de interesses da saúde - compreende avaliação periódica de processos e resultados em serviços - hospitais, laboratórios, clínicas, consultórios, escolas, creches, asilos e áreas de lazer, etc.; vigilância da saúde do trabalhador - compreende a atuação sobre as condições e riscos do processos produtivos localizados em áreas urbanas e rurais.

Por fim, abraçamos que em um processo formativo se almeja mudança. Nessa direção é preciso buscar os sentidos e princípios da promoção em saúde numa visão, notadamente de Paim e Almeida Filho (2000) que oportunizam ao trabalhador-aluno, meios para reconstruir saberes e práticas imprescindíveis à promoção da saúde, à participação comunitária e ao trabalho intersetorial.

Para Paulo Freire é imperioso forjar um sujeito social com “capacidade de lutar coletivamente para transformar a si mesmo e o mundo e, assim, aproximarem-se de uma situação de qualidade de vida que favoreça todos” (FREIRE, 1996, p.124).

E, sobretudo, quando trabalhamos com educação estamos almejando um projeto societário que busque a transformação da realidade, no caso sobre a efetividade das ações de vigilância sanitária. Principalmente, almejamos um fazer crítico sobre uma atividade de responsabilidade e participação social. Em suma, que o novo possa ser:

“comprometido com valores de cidadania plena, implicando a crítica aos padrões de produção e consumo, no desenvolvimento de tecnologias que não degradem o meio ambiente, de forma a ampliar a qualidade de vida e a dar novo significado a existência humana”. (TREIN, 2002, p.66).

Por último, a afirmação de Carvalho, que qualifica o pensar e a prática em vigilância sanitária amparados num “tripé de competências: conhecimento técnico, responsabilidade pública e compromisso ético” (CARVALHO, 2000, p. 9). Não há dúvida que este trabalho deve ser calcado, também, em ações dialógicas com a sociedade, num processo que possibilite ver o homem capaz de alterar a sua realidade.

CAPÍTULO II

ELEMENTOS DO CAMINHO METODOLÓGICO

Nessa seção trazemos o percurso metodológico da pesquisa. Elegemos um estudo teórico-empírico onde, por etapas planejadas, aprofundamos numa compreensão qualitativa sobre o trabalho na vigilância sanitária, em concepções de cunho social e técnica-política apreendidas pelos integrantes do estudo. Como meio de garantir o alcance dos objetivos nos alinhamos, acima de tudo, com a base teórica e os métodos da pesquisa social e detalhamos os principais procedimentos adotados.

Apresentamos, também, os trabalhadores e gestores que se integraram ao estudo, descrevemos a cidade escolhida para o estudo - Blumenau/SC, e apontamos o contexto histórico que originou a escola técnica de saúde.

As estratégias metodológicas adotadas tanto na etapa exploratória como no desenvolvimento da pesquisa partiram do levantamento, leitura, e fichamento de

textos. Buscamos analisar qualificadamente os documentos oficiais, leis e outros, bem como, dos dados identificados no transcorrer da pesquisa.

Nessa etapa enfatizamos que as questões investigadas e o dispositivo teórico seguirão a linha de análise qualitativa, na perspectiva dos estudos de Minayo (2004); Orlandi (2000 e 1999); e Lüdke e André (1986). Nossa opção em trabalhar com análise qualitativa justifica-se pela riqueza da questão estudada, pelo objetivo proposto e pela amplitude do objeto que certamente apontará para a construção de conhecimentos de relevância sócio pedagógica. Por outro lado, ressalta-se que a pesquisa qualitativa é recomendada por Lüdke e André como abordagem que traz significado para o ambiente natural.

“os problemas são estudados no ambiente em que eles ocorrem naturalmente, sem qualquer manipulação intencional do pesquisador. Todos os dados da realidade são considerados importantes... Aspectos supostamente triviais podem ser essenciais para a melhor compreensão do problema”. (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p.11-12)

Todavia, é imprescindível que o pesquisador busque que seu dispositivo analítico seja compatível com as questões pesquisadas. Para Orlandi, cada fonte possui características que exigem do analista a formulação de conceitos de seu interesse de conhecimento, dos instrumentos e fonte das análises do material pesquisado, ou seja, “O que define a forma do dispositivo analítico é a questão posta pelo analista, à natureza do material que analisa e a finalidade da análise” (ORLANDI, 1999, p.27).

Estudar o trabalhador significa observar sua realidade. O mundo das suas realizações, por que a realidade configura-se por continua mudança, para Kosik é “o mundo em que a verdade *devém*” (KOSIK, 1976, p.19; grifo do autor). Assim, é preciso interpretar a totalidade que se apresenta de modo obscuro pelas lentes do conhecimento. “(...) a relação linguagem/pensamento/mundo não é unívoca, não é uma relação direta que se faz termo a termo, isto é, não se passa diretamente de um a outro” (ORLANDI, 1999, p.19).

A opção metodológica pela Análise de Discurso calçou-se em Orlandi (1999; 2000; 2003), justifica-se pela própria escolha do objeto, a relação do trabalho em saúde e sua interação com a formação profissional. Assim, compreende-se que a análise de discurso é âncora para a leitura e compreensão da linguagem presentes nas entrevistas e nas ênfases textuais do grupo focal.

Para Orlandi (2003 e 2000) a linguagem é “transformadora”, portanto, deve ser considerada como “interação, vista esta na perspectiva em que se define a relação necessária entre homem e realidade natural e social” (ORLANDI, 2003, p.17). Sobretudo, a linguagem pode dar visibilidade às mudanças de comportamento do homem em sociedade, além de contribuir na diretividade dos sonhos, das utopias e objetivos, e no alcance da politização da educação.

Para compreender em profundidade a realidade em estudo optamos pela técnica de Estudo de Caso (LUDKE & ANDRÉ, 1986). Assim, ao retratá-la de forma abrangente daremos luz à complexidade da situação, ao mesmo tempo em que é possível revelar a multiplicidade de fatos que a envolvem e a determinam (ALVES-MAZZOTTI, 2006). Deste modo, o primeiro passo foi caracterizar todos os materiais com significado num contexto sócio, histórico e ambiental, por compreender que as dinâmicas sociais envolvem relações entre pessoas, o espaço e o tempo. Portanto, nos resultados vamos procurar apontar para as diferentes visões e opiniões a respeito da situação em estudo, sendo oportunamente analisadas com a posição do pesquisador.

Local da pesquisa

Como local da pesquisa, selecionamos o serviço de vigilância sanitária e a escola técnica de saúde da cidade de Blumenau no estado de Santa Catarina. Blumenau é a terceira cidade mais populosa do estado, 299.416 habitantes (IBGE, 2007). Destaca-se nas áreas de informática, serviços (saúde e educação), no comércio e na indústria, têxteis e alimentícias, como atividade econômica. Sedia empresas de porte nacional e internacional. Atualmente, é a maior produtora de etiquetas do mundo.

Ainda conta com um dos maiores índices de desenvolvimento humano do país e quinto maior do estado.

Alguns aspectos nos conduziram para essa escolha do local para estudo, inicialmente foi o acolhimento de todos que foram mobilizados a participar, desse modo se abriu um canal de interação de reciprocidade. Por outro lado, localizada no vale do Itajaí, essa cidade é pólo e sede da Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí AMMVI, que tem como associados os municípios de Apiúna, Ascurra, Benedito Novo, Blumenau, Botuverá, Brusque, Doutor Pedrinho, Gaspar, Guabiruba, Indaial, Pomerode, Rio dos Cedros, Rodeio e Timbó. Significando que o município tem a capacidade de ofertar experiências e recursos para todos do seu entorno em áreas de serviços e cooperação técnica - científica.

Há que se considerar sua capacidade turística, fato relevante para a vigilância sanitária. É conhecida mundialmente por promover a *Oktoberfest*, que é um festival das tradições germânicas, sendo condizente com sua história cultural. Entretanto, frequentemente outro fato que marca essa municipalidade, é a força 'devastadora' das águas do rio Itajaí. A ocorrência em novembro/2008, foi bastante noticiada. No desenvolvimento do trabalho de campo foi possível observar que os verdadeiros registros estão na memória dos seus moradores, nos prédios onde a vista não alcança a altura escalada pelas águas, tanto quanto, estão vivos na grandiosidade de superação da população.

Ademais, outros dois aspectos nos conduziram a estudar nessa cidade. Um deles foi a histórica instalação da escola técnica de saúde que foi fundada como escola de auxiliar de Enfermagem do Hospital Santo Antonio, pela lei no 763 de 28/11/1956, a primeira do estado catarinense e a terceira do país. O outro fato que chamou atenção é a dedicação dessa escola com a formação de trabalhadores de vigilância sanitária, situação rara em outras escolas no país.

Dessa forma, entender um pouco da história da escola é significativo como estudo de caso. (ALVES-MAZZOTTI, 2006). A escola foi idealizada e criada por um médico,

numa entidade hospitalar filantrópica, por observar a premente necessidade de qualificar os cuidados da assistência à saúde por meio da formação profissional. Decidiu, assim, criar uma escola para formar médicos. Dada a impossibilidade por questões técnico-científicas e burocráticas, inaugura o primeiro Curso de Auxiliar de Enfermagem, autorizado pelo conselho de ministros, em 08 de março de 1962, ou seja, o reconhecimento foi concedido, inicialmente, por uma instância federal. Notem que somente em 1986 por meio da lei nº 7.498 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, o Brasil regularizou as exigências necessárias dessa profissão.

Em função disso, esse município nos instigou dando início ao elenco de critério da seleção da amostra dos integrantes da pesquisa. Daí a necessidade de descobrir como se mantinha em plena atividade uma escola com vínculo municipal, diga-se que raras escolas em todo o país, com essa relevância e vigor.

Cabe destacar nesse cenário de reconhecimento outra parte da história dessa escola, especialmente a formação do trabalhador da vigilância sanitária. No final da década de 1980, a escola vincula-se de fato à secretaria municipal, inclusive em estrutura física. Dando início a outro movimento para atender ao sistema de saúde como um todo. Sendo, então, criado a habilitação técnica na área de VS, um dos primeiros cursos realizados no Brasil. Atualmente, registra-se 80 trabalhadores formados em técnicos de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, embora nem todos estejam no exercício profissional, dado o vínculo funcional precário no momento da formação que não garantiu a permanência no serviço de vigilância (esse fato será melhor explorado no capítulo III).

Além disso, há nesse município uma integração do serviço de vigilância sanitária da cidade de Blumenau, com a escola Técnica de Saúde. Esse movimento se constitui revelador de mudanças no cenário para a formação de técnicos para a saúde pública. Daí, também, se alimenta nosso interesse em conceber e qualificar o atendimento das necessidades e demandas do sistema de saúde por essa unidade formadora.

Em face do exposto, reconhecemos nesses serviços o cenário privilegiado da pesquisa focalizando as determinações e interesse do sistema municipal de vigilância sanitária, prioritariamente, por entender que é onde se encontra o trabalhador de escolaridade média, principal sujeito desse estudo. Nessa direção é notório que a descentralização das ações de saúde, exige efetividade do poder local. Prioritariamente, compete a vigilância sanitária municipal as ações executivas, portanto cabe a esse nível de governo estruturar para dar conta dessa responsabilidade, provendo os meios necessários para as atividades inerentes à defesa da saúde da população.

Atores da pesquisa

A principal determinação de integrar os trabalhadores de nível médio da vigilância sanitária à pesquisa associa-se ao fato do seu vínculo funcional com o município de Blumenau/SC, que naturalmente importa e atende a caracterização do estudo. Ainda assim, é preciso chamar atenção para a outra condição, o fato de serem trabalhadores habilitados no curso técnico de vigilância sanitária e saúde ambiental oferecido pela escola técnica de saúde.

Contribuíram também, os gerentes de serviços da municipalidade, da educação: grupo de docentes, coordenadora da habilitação técnica, e, a diretora da escola técnica de saúde; da saúde: além dos técnicos trabalhadores, o coordenador da vigilância em saúde (setor que congrega as vigilâncias – sanitária, ambiental, epidemiológica e saúde do trabalhador). Conseguimos ainda, contar com a participação do presidente do conselho municipal de saúde, informante chave que oportunizou a fala da representação social sobre as repercussões do trabalho da vigilância sanitária no município.

A partir da definição da totalidade do grupo, iniciamos a sua inserção por meio de convite, ou seja, houve uma sondagem de quem tinha interesse e disponibilidade de tomar parte da pesquisa.

Igualmente, o projeto de pesquisa ao ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (conforme parecer do protocolo 471/2008), possibilitou ao pesquisador informar devidamente a todos os integrantes sobre os objetivos e desdobramentos futuros do estudo. Em tempo hábil encaminhamos cópia do projeto e do parecer do CEP/Fiocruz para que todos tomassem ciência do nível de inserção e antecipadamente concordassem com a sua efetiva participação.

Amostragem

Totalizam em 17 atores que contribuíram com informações para o estudo, assim distribuídos: dez trabalhadores da vigilância sanitária municipal com a formação concluída na habilitação técnica em vigilância sanitária e saúde ambiental; um coordenador municipal da vigilância em saúde; três professores da escola técnica de saúde; a coordenadora da habilitação técnica e a diretora da escola técnica de saúde. Além do presidente do conselho municipal de saúde como representante da sociedade.

Esse grupo, certamente trouxe contribuições significativas, onde os dados obtidos foram transformados em informações e conhecimentos qualificados no momento da sistematização.

Observando o quantitativo da amostra, encontramos em leitura de autores que se dedicam a pesquisas de cunho social, e que primam com rigor pela qualidade da informação. Esses autores recomendam que a amostra é considerada aceita à medida que a riqueza do material aponte para adequação aos procedimentos

metodológicos a ponto de se tornarem cíclico, ou seja, no momento que o discurso pouco acrescenta ao já pronunciado (MINAYO, 2004; LINCOLN E GUBA, 1985).

Para Deslandes (2007) a idealidade da amostra pode ser construída em função do aprofundamento e da compreensão do objeto em estudo, bem como da representatividade qualitativa dos integrantes e dos instrumentos aplicados. A diversidade do perfil dos integrantes - formação, atividade de trabalho e práticas sociais – deve ser considerada.

Assim, a partir dessa realidade construímos os instrumentos e as técnicas de coleta de dados aplicados no momento do trabalho de campo. Na materialização desses aportes buscamos ser condizente, aos objetivos da pesquisa e ao mesmo tempo associamos ao referencial teórico proposto.

Principais instrumentos e técnicas utilizados no trabalho de campo

Os instrumentos aqui apresentados visam atender aos objetivos propostos. Tendo em vista a análise qualitativa do estudo, optamos em estruturar individualmente de modo que pudesse atender a diversidade dos integrantes envolvidos. Podendo inclusive fornecer diferentes olhares e interpretações, no momento da discussão dos resultados. A seguir, apresentamos cada instrumento com uma breve justificativa de sua escolha.

- Produção de diários de campo. Consta de todos os registros, composto por relatos no momento do trabalho de campo e das recomendações recebidas nos encontros que foram mantidos regularmente entre o orientador-orientando;
- Observação simples. São momentos mais diversos possíveis, onde investimos esforços para compreender a realidade estudada. A observação é defendida por vários autores (DEMO, 2004; MINAYO, 2004) quando aplicada para selecionar informações pertinentes e com os recursos da teoria pode

favorecer a compreensão, além de explicar e descrever a realidade estudada. Assim todas as situações e oportunidades em que a pesquisadora esteve em contato com o grupo dos participantes foram de grande significado.

- Entrevistas. Segundo Otávio Neto, a entrevista “não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada” (OTAVIO NETO, 1994, p.57). Com esse intuito elaboramos um roteiro de entrevista para levantar diferentes visões sobre o objeto estudado. Na entrevista aplicada com a diretora (apêndice I) buscamos dados sobre a constituição da escola e seus princípios políticos pedagógicos. Para o gerente da vigilância sanitária (apêndice II) dialogamos sobre as nuances do trabalho na saúde, especialmente com os trabalhadores de nível médio, e, com o presidente do conselho municipal de saúde aplicamos um breve roteiro (apêndice III) com questões que relacionam a VS vista por representantes da sociedade.
- Grupo Focal. Conceitualmente essa modalidade propicia momento de encontro onde os dados são coletados no coletivo, de modo que se torna privilegiado para a pesquisa social em saúde e educação, calcada em Ludk & André (1986). Técnica apropriada para caracterizar processos de trabalho considerando que seu desenvolvimento dar-se em grupo, prioritariamente. Assim, apostamos nessa técnica como forma de estabelecer uma aproximação das ideias comuns e as divergências presentes no grupo sobre o processo de trabalho na vigilância sanitária, com leitura em Costa & Costa (2009). Aplicamos o método com dois grupos: trabalhadores técnicos de vigilância sanitária e saúde ambiental e dos professores e coordenadora do curso técnico. O roteiro (apêndice IV) elaborado especialmente para os trabalhadores de nível médio trouxe para o centro da discussão o trabalho em VS, buscando as possibilidades e limites do processo no modo de fazer, nas expectativas, nas dificuldades. Sobretudo questionamos a relação que se pode estabelecer entre a formação e suas aplicações no processo de

trabalho. Em outro roteiro (apêndice V) promoveremos uma reflexão com os docentes do curso técnico, ao propiciar abertura de diálogo sobre o seu trabalho na integração professor-aluno, com a proposta da formação, e, com os recursos materiais disponíveis.

Análise dos dados

Numa pesquisa de análise qualitativa dos dados o mais importante é compreender o significado e as relações expressadas. Desse modo, essa análise é caracterizada como dependente da interpretação do contexto ao descrever os significados dialeticamente.

Para Orlandi (2003), a Análise de Discurso decorre de conhecer o texto levando em consideração as seguintes etapas que contribuem para ordenação e estruturação da informação: a) análise dos elementos dos textos por termos (o substancial, a ação, o adjetivo, o modo e o tempo); b) análise dos constituintes da frase; c) relação semântica entre a construção social do texto e a gramática; d) por fim, observar as condições da produção textual (da autoria e sua função social na rede em estudo).

Já a interpretação envolve a atribuição de significado à análise, explicando os padrões encontrados e procurando por relacionamentos entre as dimensões descritivas (PATTON, 1986).

Nessa etapa alguns procedimentos se destacam: momento da análise exploratória que consta da escolha, leitura e sistematização das produções na área do objeto. Outra que se caracteriza em sequências analíticas que propiciam a leitura da linguagem como veículo de transmissão de pensamentos e reflexões, portanto representa-se necessária e imprescindível na argumentação das ideais e das práticas do cotidiano dos trabalhadores, é não somente como uma das suas possibilidades funcionais.

Na análise exploratória trabalhamos com os seguintes documentos e fontes de materiais. Igualmente, salientando que poucas pesquisas publicadas apontam no sentido de melhor compreensão do objeto em estudo ¹¹.

Projeto pedagógico para a formação dos trabalhadores. Dedicamos atenção especial ao estudo do projeto político pedagógico (PPP), onde foi possível conhecer os princípios do processo ensino-aprendizado. Buscamos no PPP a identidade da escola sua relação com a sociedade, voltadas para o princípio da democracia, num marco histórico onde se reconheça a concepção de Educação Profissional em Saúde adotada.

Planos de Cursos ou Currículos. O currículo tem sido um dos elementos fundamentais das reformas educacionais feitas em diversos países, bem como no Brasil, porque é um dos espaços onde se dá o embate em torno dos diversos sentidos possíveis atribuídos aos valores sociais e políticos. A discursividade do currículo expressa, na política educacional, visões de mundo e projetos de sociedade. As políticas curriculares possuem os seus pressupostos epistemológicos desenvolvidos por determinados grupos de especialistas, para que, a partir deles, se promovam as mudanças necessárias para solucionar supostos problemas, decorrentes de uma realidade sócio-educativa concebida de acordo com aqueles pressupostos.

Entretanto, partimos de alguns outros estudos, tais como, relatório de pesquisa que levantou as atribuições dos técnicos das vigilâncias – sanitária, ambiental,

¹¹ A título de exemplo: na etapa do levantamento teórico vasculhamos o tema em discussão nos 17 volumes da revista – Saúde e Sociedade – de 1992 a 2008 dispostos *on line*, totalizando 33 revistas, e nenhuma dessas publicações continha referências para o tema em estudo. Adicione-se a isto uma busca no site do Centro Colaborador de Vigilância Sanitária da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, no espaço biblioteca. Constatamos que haviam registrado 80 estudos, teses e dissertações, com link para as universidades que abrigaram a sua realização, e dessas somente um aponta para a discussão do processo de trabalho. Estes estudos estão concentrados na região sudeste, onde se destacam os cursos de pós-graduação, e alguns originam do nordeste - Bahia. Seus objetos circundam as áreas temáticas clássicas da vigilância sanitária: 60% em produtos (alimentos e medicamentos), 25% sobre serviços de interesse da saúde, alguns exemplares da informação e comunicação e outros que trabalham a política do sistema nacional de VS.

epidemiológica e saúde do trabalhador, realizado pelo Ministério da Saúde em 2006. Outro importante documento, de nível exploratório, é o relatório do diagnóstico situacional das Escolas Técnicas do SUS (período de 2000 a 2005) realizado por professores-pesquisadores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, em 2006. Neste relatório constam aspectos que interessam ao estudo: cursos oferecidos, proposta-pedagógica, número de alunos formados, número e qualificação dos docentes/coordenadores, da Escola Técnica de Saúde de Blumenau, entre outros.

Para garantir a base analítica das fontes e informações contidas nos instrumentos, optamos em reconhecer as redes de significados que foram originadas desde a problematização do objeto, passando pela leitura pormenorizada dos materiais acessados. Portanto, tomamos por referência três dimensões que contribuem para sistematizar os argumentos de compreensão da produção social do material coletado:

- *Perfil pessoal e profissional.* Gênero, faixa etária, formação profissional, tempo de serviço, vínculo empregatício, função ou cargo ocupado.
- *Trabalho em saúde.* i) atividades desenvolvidas; ii) conhecimentos básicos da função desempenhada; iii) habilidades e competências previstas na formação; iv) relações de poder existentes; v) organograma funcional e sua estrutura hierárquica; por fim, vi) perfil profissional da equipe de trabalho. A motivação ou indiferença pode ser associada a condições reais de trabalho – salarial, “ser fiscal”, previdenciárias, outras. O trabalhador de nível médio percebe: o risco inerente ao processo laboral; como se comporta nos trabalhos em equipe multiprofissionais, esta é uma questão chave para o processo de trabalho em vigilância, as inovações tecnológicas integradas ao processo de trabalho.
- *Formação dos trabalhadores.* O Projeto Político Pedagógico e o Plano de Curso que foram referenciados constituem nossa fonte secundária. Outros

aspectos precisam ser enfatizados: relação professor-aluno; meios e condições materiais da escola para a oferta da formação; formação e experiência docente dos professores; discursos utilizados; avaliação de ensino e aprendizagem.

Finalmente salientamos que estaremos atentos para todas as formas de manifestações. As negações, as dúvidas, as incertezas serão objetos de nossa análise. O silêncio e por outro lado as manifestações voluntárias, também, conduziram à dimensões de suma importância de descobertas na pesquisa.

“a língua é sujeita ao equívoco e a ideologia é um ritual com falhas que o sujeito, ao significar, se significa. Por isso, dizemos que a incompletude é a condição da linguagem: nem os sujeitos nem os sentidos, logo, nem o discurso, já estão prontos e acabados” (Orlandi, 1996, p. 37).

Parte II

EIXOS CONSTITUTIVOS DO TRABALHO E DA FORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA: VISÃO DA REALIDADE

CAPÍTULO III

CONDIÇÕES REAIS DE TRABALHO DO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM BLUMENAU

Esse capítulo está organizado em seções, que tratam dos seguintes temas: a estrutura organizacional do sistema de saúde de Blumenau, incluindo aspectos da participação social, seguido da organização do trabalho do técnico e das condições de desenvolvimento da vigilância sanitária com a percepção do técnico de vigilância sanitária. Utilizamos a leitura de documentos, depoimentos de atores e observações de campo. Os resultados de uma pesquisa nacional (2008) realizada pela MS em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais que buscou as 'Atribuições

dos trabalhadores de nível médio que atuam nas áreas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e da saúde do trabalhador', foi uma base fundamental. Salientamos, ainda, que os depoimentos são frutos das entrevistas com o gerente da vigilância e do presidente do conselho municipal de saúde, bem como, de um dos grupos focais, aquele de participação exclusiva dos trabalhadores de nível médio da vigilância sanitária.

Do sistema municipal de saúde

Blumenau/SC é uma cidade de médio porte com 292 mil habitantes (BRASIL/IBGE, 2010b) é integrante da região Sul onde a influência de outras culturas contribui para algumas singularidades. Sua economia surge no setor industrial - filação e tecelagem, embora desponte como atividades importantes a metalurgia, lapidação de cristais, brinquedos, exportação de fumos, comércio e o turismo. Hoje, com decréscimo na indústria têxtil, há grande tendência de investimentos no turismo, dada a visibilidade da região com a realização da Oktoberfest. Isso mobiliza recursos para setores como prestação de serviço (hotéis, saúde, comunicação, transporte); além do crescimento no comércio varejista (cerveja, embutidos).

Essa municipalidade estrutura-se com (16) secretarias, fundações, autarquias e outros órgãos para fazer cumprir a função de estado de garantia dos direitos constitucionais da população. Considerando que nosso objeto de estudo se refere ao serviço de saúde, enfocaremos nessa pasta de governo o encargo da vigilância sanitária (VS). Destacamos, também, o desempenho da Escola Técnica de Saúde, órgão formador do sistema loco-regional, vinculado à secretaria de saúde, que será pormenorizado no capítulo IV.

Como política municipal de saúde, esse município tem por princípio a promoção da assistência integral e universal à saúde visando à redução dos riscos, das doenças e outros agravos. (PMB/Plano Diretor Municipal, 2005). A base estrutural dessas ações está na organização política, técnica e administrativa, da Secretaria Municipal de

Saúde (Semus) que formula e executa ações de atenção à saúde de cada indivíduo e no seu conjunto.

Esta secretaria, conta com servidores com vínculo direto e terceirizados, organizados por diretorias que são responsáveis tanto por ações assistenciais quanto por desempenhar a promoção e proteção à saúde das coletividades. Salientamos que a região sul do Brasil, conforme relatório de pesquisa do MS/UFMG (2008), oferece melhores condições para os trabalhadores da vigilância, considerando a formalidade do vínculo com a instituição de saúde. Particularmente, em Blumenau tal fato pode ser compreendido pelos recursos¹² que a região dispõe e o nível de organização política que os trabalhadores alcançaram no serviço público, como por exemplo, a criação de um Sindicato Único dos Trabalhadores no Serviço Público Municipal de Blumenau pode favorecer essa situação.

Destacamos, por fim, que a rede cuidado e assistência é composta por unidades (45) de Estratégia da Saúde da Família, Ambulatórios Gerais (7) e Unidades de Saúde Avançada (3) que favorecem o alcance do seu trabalho no município. Entretanto as ações promotoras da saúde - vigilâncias, a escola técnica e demais programas estão vinculados e centralizados na sede da secretaria. Todas as ações são mantidas pelo Fundo Municipal de Saúde, sendo analisadas e acompanhadas com a participação social.

Da participação social

Iniciamos esse ponto destacando que a secretaria de saúde disponibiliza em seu portal na internet a prestação de contas. Neste sentido, duas situações chamam nossa atenção. Primeiro a possibilidade do acompanhamento e participação da sociedade no controle da aplicação dos recursos, o que demonstra a presença e

¹²Segundo o DIEESE houve no mês de fevereiro o melhor nível de expansão de abertura de novos empreendimentos nos últimos seis anos, segundo Boletins de Alvarás divulgados no dia 01 de fevereiro pela Praça do Cidadão. Foram 116 novos empreendimentos. O número representa um crescimento de 56% comparado com o mesmo período do ano passado, quando o Órgão registrou 74 novos investimentos em diversos setores da economia da cidade.

efetividade do trabalho do conselho municipal e distrital de saúde. E, ainda, a publicização do orçamento e da aplicação dos recursos, o que não é comum à municipalidade brasileira, embora seja preconizado nas leis orgânicas (8.080 e 8.142 de 1990).

Blumenau tem uma tradição de estímulo à participação e controle social, iniciada em governos anteriores, a partir da organização do orçamento participativo segundo Pellizzaro e Milbratz (2008). Tal medida fez nascer um novo conceito de cidadania fiscal, praticado pela sociedade organizada. Para o coordenador da vigilância sanitária, ao se perguntar sobre esse exercício ele responde,

“Os cidadãos estão empenhados em exigir a transparência no uso dos recursos públicos municipais, para além de evitar os desvios, mas de usar de maneira eficiente os recursos públicos” (PELLIZZARO E MILBRATZ, 2008, p. 31).

Ressaltamos esta prerrogativa para situar a oportunidade que tivemos de presenciar a reunião ordinária de julho/2009 do Conselho Municipal de Saúde (CMS)¹³, no momento do trabalho de campo, tendo sido como ponto da pauta a prestação de contas de 2008.

Ressaltamos que durante a reunião, quando necessário, os conselheiros solicitaram explicações por mais de uma vez ao representante do governo, no sentido de garantir o esclarecimento ou maiores detalhes da relação de determinadas fontes de recursos com as ações de saúde. A origem e a aplicação dos recursos financeiros mobilizados para diferentes atividades chamaram atenção dos conselheiros, sendo comparado com os resultados esperados.

Observamos, também, na reunião do CMS que as vigilâncias: sanitária e epidemiológica se destacam com o volume dos recursos em relação às outras ações de assistência. Essa situação é rara em outras realidades, considerando que os

¹³ O Conselho Municipal de Saúde de Blumenau foi criado pela Lei Complementar nº 25, de 19/12/1991. Trata-se de um órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes dos usuários do sistema único, profissionais de saúde, governo e prestadores de serviços.

maiores percentuais são aplicados nos cuidados assistenciais (FEUERWERKER, 2005). A vigilância sanitária recebe recursos do nível federal (ANVISA) e conta com fonte de renda própria, resultante da arrecadação das ações regulatórias, já a vigilância epidemiológica¹⁴ tem como recursos de manutenção o tesouro nacional.

Na oportunidade constatamos que a vigilância sanitária tem merecido destaque nas ações de governo e da sociedade. O presidente do conselho faz elogios à VS ao ressaltar que além da população, os comerciantes e prestadores de serviços prestigiam essa área da saúde pública. Segundo o conselheiro, esse indicativo de qualidade se deve à equipe de trabalho que conseguiu conquistar a população com compromisso com a atividade pública e responsabilidade na aplicação das normas. Destacamos da sua fala:

“Venho do ramo comerciário e essa área é muito visada pela vigilância. Num primeiro instante comentávamos (os comerciantes), esse pessoal não tem o que fazer e vem nos atrapalhar. Depois do resultado do trabalho de orientação vimos que podíamos estabelecer parcerias, solicitando cursos e orientações mais precisas de como melhorar o nosso comércio. Encontramos na vigilância a possibilidade de trabalho conjunto” (Presidente do CMS).

Ele, também, destacou o interesse do governo municipal em agir para diminuir os riscos à saúde diante do avanço tecnológico (a sofisticação dos serviços de saúde) e o poder de comunicação (por exemplo, o turismo que promove as trocas), que podem agregar ou desagregar valores na contemporaneidade. Por fim, destacou o trabalho de informação para os produtores e de educação para a população a que se dedicam os técnicos de vigilância sanitária.

Contudo, esperávamos encontrar no relatório da VI Conferência Municipal de Saúde, realizada em agosto de 2007, registro da fala desse conselho em relação à vigilância sanitária. Sobretudo por que essa conferência teve como temário central: Saúde e

¹⁴ No período que estivemos em Blumenau, julho/2009, a vigilância epidemiológica encontrava-se em alerta em relação a gripe H1N1, nesse caso havia uma soma considerável de recursos do tesouro para o controle dessa doença.

qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento, porém, nada se deliberou sobre as responsabilidades da vigilância sanitária nos eixos das discussões. Com todas as recomendações positivas sobre a VS, era importante constar nesse documento a presente capacidade de atuação da VS, bem como as contribuições desse coletivo para ampliar suas potencialidades, conforme consta na área assistencial. Assim, destacamos a fala do conselho quando enaltece:

“A assistência ao indivíduo – posto de saúde, equipe de médicos/enfermeiros – é colocada como prioridades nas solicitações da população. Pouco se debate o aspecto da saúde coletiva”.

Desse modo, sentimos na fala do conselho certo ufanismo político quando fez notório destaque à vigilância sanitária. Podemos perguntar se a presença da Fiocruz/MS, como órgão emblemático no contexto nacional, interfere na participação dos atores? Questionando de outra forma, quando da presença de órgão de representatividade nacional, há preocupações em não demonstrar todas as incoerências? Chamamos atenção para o fomento do MS, percebida por essa municipalidade para dar conta das atividades de promoção e vigilância.

Outrossim, compreendemos que esse posicionamento é no mínimo contraditório, visto ser o CMS uma instância de participação e controle social. O espaço da entrevista poderia ser mais proveitoso para uma reflexão sobre as necessidades e demandas de saúde pública que até então não foram atendidas ou que precisariam aperfeiçoar e ampliar.

“A vigilância sanitária tem o dever de fazer cumprir a lei. De fazer valer o que está na lei. Ninguém pode ir contra o poder fiscalizatório da vigilância sanitária, fiscalizar, multar e até chegar noutras instâncias” (Presidente do conselho).

Cabe observar que a presidência do conselho de saúde era exercida por um representante da junta comercial da região, setor da economia que representa os prestadores de serviços. Essa situação coloca em evidência o significado da

vigilância para a sociedade de consumo, onde historicamente é vinculada unilateralmente ao papel da vigilância no âmbito fiscalizatório/regulador e sem importância no sentido da proteção social na saúde pública.

Outro aspecto que chama atenção, na fala do representante do conselho, foi a não referência à complexidade do processo de trabalho em saúde, a necessidade de formação em vigilância sanitária, à política municipal sobre o vínculo dos trabalhadores ou outros componentes das práticas do trabalho em vigilância sanitária (aspectos que vamos abordar um pouco mais à frente). Isso demonstra pouca intimidade com essa área da saúde pública. Ainda assim, observamos quão, parcialmente a vigilância sanitária é compreendida pelo conselho municipal de saúde.

Da base organizativa da Vigilância Sanitária de Blumenau

Vale destacar que a estruturação das ações das vigilâncias é colocada como uma dimensão da promoção da saúde municipal. Existe uma diretoria de vigilância da saúde, onde se encontram gerenciadas todas as vigilâncias: Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador e Sanitária. Detalhamos o trabalho desta última, na próxima seção dado nosso interesse.

Porém, é válido considerar que a concepção de vigilância da saúde adotada calca-se no âmbito da gestão e união das vigilâncias na mesma estrutura organizacional. Ou seja, pode-se indicar que há referências do modelo verticalizado para a base do sistema. À medida que foi criada uma secretaria de vigilância em saúde no nível ministerial, concorre-se para a replicação dessa matéria noutras esferas.

Como vimos, essa área é conhecida pelo conselho de saúde do município. Contudo, é preciso entender como se organiza e planeja suas atividades, principalmente quando é bem analisada no meio social. Uma das diretorias da secretaria da saúde é

a Vigilância em Saúde, que compreende a inclusão de todos os serviços de vigilância - sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador – que são responsáveis por estruturar e desenvolver atividades no nível da proteção à saúde do cidadão.

O serviço de vigilância sanitária municipal foi destacado, pelo coordenador da área, como histórico e de importância singular. Criado em 1995, pela municipal nº 84, no artigo 1º do capítulo CXLVII que define a Vigilância Sanitária como:

“Serviço ativo e permanente cujas ações visam a defesa e proteção da saúde pública, zelando pela qualidade dos serviços direta ou indiretamente relacionados à saúde e pela qualidade dos produtos expostos ao consumo da população” (Lei Complementar nº 84, 1995).

É importante esclarecer que a vigilância sanitária estadual organiza suas atividades em um plano anual¹⁵ onde constam diretrizes para acompanhamento periódico dos municípios em Santa Catarina. Nesse sentido, o desenvolvimento e ampliação das ações descentralizadas, dentro da capacidade e realidade das necessidades e demandas de cada município, constam como prioridade no plano estadual. Num encontro com a diretora estadual da Vigilância Sanitária Raquel Bittencourt (2010) essa tese foi reforçada:

“O alto índice de aprovação de planos municipais significa um avanço muito grande no processo de descentralização da Vigilância Sanitária, pois conseguimos estratificar os níveis de complexidade na atuação em relação às equipes disponíveis nos municípios. Com o detalhamento das ações, os municípios puderam realizar a pactuação dentro da capacidade de suas

¹⁵ No planejamento do período 2010-2011 foram pactuadas iniciativas que objetivam fortalecer a vigilância sanitária como área de proteção da saúde dos indivíduos e das coletividades, tais como: a) definição de equipe mínima como critério de pactuação das ações, a partir da análise de população, número de estabelecimentos e tipo de atividade; b) estabelecer perfil para profissional de visa que oriente a admissão, preferencialmente por concurso público; c) estabelecer comunicação sistemática entre a visa e órgãos de controle social e poder legislativo d) definir indicadores para mensuração do impacto das ações; de visa; e) promover a integração entre a visa e atenção básica, psf e demais setores responsáveis pela proteção da saúde; f) capacitar profissionais de visa na utilização de instrumentos de gestão do SUS.

Fonte: Disponível em: http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=112&Itemid=341 Acesso em: 13 mar. 2010

equipes. Importante também citar que os municípios foram ouvidos em todo o processo”.

A pactuação garante às prefeituras verbas federais de forma direta, melhorando a estrutura, adquirindo equipamentos e o trabalho em Vigilância Sanitária, garantido maior qualidade de vida à população. Em relação às fontes de financiamento dessa área, averiguamos que todos os municípios catarinenses recebem recursos públicos do ente federal (Portaria GM 1.998, DE 21/08/2007) para estruturar e executar das ações. Esses recursos são alocados numa lógica de pisos, um estruturante do Fundo Nacional de Saúde e outro estratégico da ANVISA, equivalentes a R\$ 0,36 e 0,20 per capita/ano, respectivamente. Considerando que a população de Blumenau é de aproximadamente 292.998 mil (IBGE, 2005), temos o montante de cem mil reais em conta anualmente para fomentar as diferentes responsabilidades da VS municipal.

QUADRO 3.1 - Distribuição dos trabalhadores da Vigilância Sanitária de Blumenau

| Escolaridade | Cargo | Efetivo | Contratado (ACT) | TOTAL |
|--------------------|------------------------------------|-----------|------------------|-----------|
| MEDIA | AGENTE ADMINISTRATIVO | 09 | - | 09 |
| | ESTAGIARIA | - | 02 | 02 |
| | ATENDENTE DE ENFERMAGEM | 01 | - | 01 |
| | FISCAL DE SERVIÇOS EM SAÚDE | 09 | 12 | 21 |
| TOTAL | | 19 | 14 | 33 |
| SUPERIOR | ENFERMEIRA | 02 | - | 02 |
| | ENGENHEIRO ALIMENTOS II | 01 | - | 01 |
| | FARMACEUT. BIOQUIMICO "J" | 01 | - | 01 |
| | CIRURGIÃ DENTISTA | 01 | - | 01 |
| | ENGENHEIRO CIVIL | 01 | - | 01 |
| | MEDICO VETERINARIO J | 02 | - | 02 |
| | MEDICO | - | 02 | 2 |
| TOTAL | | 08 | 02 | 10 |
| TOTAL GERAL | | 29 | 14 | 43 |

Fonte: Gerência de Vigilância Sanitária de Blumenau - 2009

O quadro apresenta a situação funcional dos técnicos de vigilância sanitária (VS) (denominado de Fiscal de Serviços em Saúde). Dos 33 trabalhadores de escolaridade de nível médio, 63% (n=21) são da VS. Quando comparamos o total de trabalhadores da área (N=43) observamos que 50% (n=21) são técnicos. E, ao conferirmos o técnico quanto ao vínculo notamos que do total (n=21) 57% são contratos temporários, ou seja, 12 são precários na formalidade do trabalho.

Esse quadro demonstra a possibilidade de rotatividade e instabilidade no quadro funcional, notadamente para o técnico de nível médio identificado como fiscal de serviço em saúde, dado o percentual de contratados em relação aos outros trabalhadores. Entretanto, seja para o trabalhador efetivo ou contratado o exercício do poder de polícia sanitária é dado por designado por portaria, ou seja, mediante uma formalização legal.

É importante observar esses dados com relação ao departamento da vigilância em saúde. Atualmente a VS de Blumenau aloca 43 trabalhadores o que representa 60% do total dos trabalhadores da vigilância Epidemiológica e Ambiental. Tal percentual é superior a média nacional que é de 42,3%, conforme um dos resultados da pesquisa realizada pela UFMG/Ministério da Saúde que levantou atribuições dos TNM, em todos os níveis de escolaridade. Seus achados indicam que o maior contingente de trabalhadores está ligado à área de vigilância sanitária, seguido de (28%) da ambiental e epidemiológica (UFMG/MS, 2008).

Ao direcionar nossa discussão para o planejamento das atividades da VS, destacamos a fala do gerente da vigilância sanitária

“O planejamento é um instrumento utilizado para orientar. O planejamento estratégico que foi realizado no início do ano, mensalmente existe reuniões de avaliação permitindo/propiciando correções. Porém, dado ao volume da demanda reprimida de serviços, em muitos momentos o planejamento acaba sendo sufocado. (exemplo 450 reclamações mês de diversas situações registradas na ouvidoria, blitz realizadas em vias públicas, estabelecimentos diversos, entre outros)”.

Embora valorize o planejamento, observamos que não faz referência ao seu processo de construção. Quem participa? Quais atividades e metas são priorizadas e por quê? Considerando que esta área está organizada e hierarquizada em coordenações – Administrativo, Estabelecimentos de saúde e de interesse da saúde, Alimentos e produtos, Saneamento/zoonose, outro aspecto pouco abordado foi o fluxo de comunicação entre as equipes de trabalho.

Formulamos também questões sobre as condições materiais tocantes ao serviço da VS. Segundo o gerente, a vigilância sanitária possui prédio próprio com área aproximada de 1000m²; abrigando uma logística de: 16 veículos; 23 computadores; 09 *notebooks*; 10 máquinas fotográficas; 02 retroprojetores; auditório com capacidade para 150 lugares. Essa estrutura pode ser considerada boa diante da realidade de outras vigilâncias (PLANO DIRETOR/ANVISA, 2007). No entanto, ainda, não dispomos de dados para avaliar se a estrutura e sua manutenção são suficientes para atender aos objetivos e metas planejadas demandadas pela produção social. Dentre outras coisas, por exemplo, sentimos falta de um laboratório de referência que pudesse subsidiar os processos e oferecer resultados qualificados para as ações desenvolvidas.

Por fim, salienta o gerente da VS que é condição para o trabalho ser realizado com qualidade desejada, é imprescindível considerar as especificidades locais, estaduais e nacionais nessa relação, visto que os instrumentos que operam as práticas de Vigilância Sanitária são constantemente modificados pela dinâmica da realidade.

Do trabalho do Técnico de Vigilância Sanitária – contribuições do grupo focal

Após essa exposição de contexto da VS no município de Blumenau, cabe lembrar que investigamos o trabalho do técnico de nível médio atuante na vigilância sanitária com diferentes vínculos no serviço. Logo, na pesquisa de campo consideramos

importante convidar para compor o grupo de informantes o coordenador da área (perfil do grupo participante consta do capítulo II da metodologia). Assim, mesmo dando ênfase às contribuições do grupo focal, em alguns momentos trazemos a entrevista do gerente da vigilância em saúde, que ora se contrapõe ora concorda com as colocações dos trabalhadores sobre o trabalho na vigilância sanitária.

Todos os técnicos entrevistados foram enfáticos em colocar a VS como política pública de Estado que precisa ter compromissos com o coletivo; agindo na identificação, na informação e na comunicação dos riscos da vida cotidiana. Apontaram, ainda, a singularidade da VS que, ao estar inserida na política de regulação sanitária, carece ser valorizada por seu desempenho e atuação na sanidade de produtos, e na qualidade dos serviços prestados à população.

“Temos como desafio o controle do risco e agravos que indicam as condições de vida” (Gerente de vigilância em saúde)

Nessa direção compreendemos que os riscos à saúde estão em todos os lugares, são incontáveis e, em certa medida imprevisíveis, vide o H1N1 e a Gripe Aviária dentre tantos outros. Convivemos com os riscos nacionais e internacionais que estão presentes: na produção - máquinas e equipamentos; na organização do trabalho; no consumo - alimentos, medicamentos, sangue e hemoderivados; no uso - cosméticos, domissanitários (produtos industrializados com fins de limpeza e desinfecção de ambientes em geral); nos ambientes - mar, terra, ar e virtual; no contato - (in) direto, nos serviços; e, nos despejos ou resíduos - agroindustriais, serviços de saúde e domésticos.

“Nosso trabalho é importante. Gosto de entrar em contato com a população” (trabalhador TNM E).

“Atuamos interligados aos Agentes Comunitários, complementando as ações da Vigilância. Por exemplo: o controle da dengue envolve a vigilância sanitária e o controle de endemias. A falta de saneamento ajuda no surgimento de mais e mais mosquitos” (trabalhador TNM A).

Apropriando das contribuições de Yves Schwartz essa caracterização assumida pelo grupo articula o objeto da ação da vigilância sanitária com outras ações ou programas de governo, o uso de si pelos e para os outros, o que remete no agir com divisão de responsabilidades nas atividades que são concorrentes e complementares no fazer em saúde. Há que se destacar que os trabalhadores ampliam a concepção de VS, para além do ato fiscalizatório, colocando-a como uma complexa forma de atuar sobre a saúde pública que envolve interesses de natureza divergentes.

Observamos, também, que as afirmativas são condizentes com o que define a lei orgânica, quando coloca para a vigilância sanitária, algumas particularidades nas suas atribuições que outras áreas da saúde pública não possuem. Por exemplo, o controle, a informação, a comunicação e a intervenção legal sobre as condições de produção-consumo, observando também questões sobre o ambiente, e a prestação de serviços divulgados e disponibilizados a população. Logo são atribuições que concedem determinadas características, com traço fiscalizador.

“Embora as vigilâncias [sanitária/ambiental, epidemiológica, e do trabalhador] estejam em um mesmo departamento, são organizadas em três sessões e três chefias diferentes – são independentes” (trabalhador B)

Mesmo utilizando os recursos do planejamento ou outros mecanismos que prevêm o ordenamento das ações, presenciamos o novo a cada instante. Na nossa prática convivem os problemas ditos tradicionais e o ineditismo.

“Convive-se no cotidiano na vigilância sanitária com o inesperado e o inusitado, cada dia tem novidades. É difícil desenvolver o dia a dia, sem aparecer algo novo” (Trabalhador G - NM).

Recentemente no estado de Santa Catarina houve problemas com o ‘caldo ou suco de cana’, um alimento vendido abertamente nas praças e esquinas das ruas, diga-se no país. De repente, em abril/2005, as manchetes de jornais destacam a relação da doença de Chagas aguda com a ingestão de caldo de cana. Tal acontecimento gera

necessidade de trabalho conjunto entre as vigilâncias nos diferentes níveis de governo, integração entre as esferas de governo e a articulação intersetorial no caso com setores da agricultura e do meio ambiente, e, sobretudo, numa aproximação com a sociedade, oferecendo informações que tranquilizem tanto o consumidor quanto os comerciantes (Boletim Informativo da Vigilância Sanitária de Santa Catarina, 2005).

A situação descrita requer, também, ações sobre a realidade até então pouco trabalhadas na VS, significando uma tomada de posição sobre problemas que chegam aos serviços municipais. Requerendo, portanto, dos trabalhadores uma tomada de posição para solucionar a situação-problema. Tal fato traz tensões por açodar a resolutividade do evento, visando à proteção da saúde de todos, mesmo diante das possíveis incapacidades da equipe local de trabalho.

De modo ampliado, isso significa a necessidade de numa melhor organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Apoiando suas bases sociais, jurídicas em mecanismos de pactuação, nos municípios e outras instâncias estadual ou federal, em diretrizes estruturadas num sistema de informação que permita o monitoramento, com indicadores específicos e capazes de fazer a mediação com os problemas de saúde (LUCCHESI, 2008).

Diante das colocações dos participantes do grupo focal, corrobora-se o nível de responsabilidade e desafio que é vivenciado por todos os trabalhadores dessa área. Comentamos aqui uma característica do trabalho, qual seja, para os trabalhadores de escolaridade no ensino médio, o desafio de apropriar-se de conhecimento técnico, científico e jurídico estabelecidos, construir e saber usar mecanismos de pactuação com a população e lidar com a pressão de agentes e interesses políticos e econômicos.

As condições adversas do trabalho em VS são aspectos mais valorizados pelos trabalhadores e gestor durante as discussões no grupo focal. Ambos destacaram que o trabalho em VS exige do trabalhador a condição intelectual, física e mental para

atuar num processo complexo. Ademais, lida esse trabalhador num ambiente em permanente transformação. De um lado, a incorporação de ciência e tecnologia à produção, aumentando a quantidade e a variedade de produtos para a saúde e expondo a população e os trabalhadores da saúde a novos riscos, que o trabalhador de VS deve saber monitorar e fiscalizar. Por outro lado, a tecnologização da assistência também abre novas fontes de riscos e exige do trabalhador o domínio de novos conhecimentos. Por fim, a VS também deve lidar com o deslocamento de produtos, pessoas e seus novos padrões de consumo, alterando normas legais, produzindo novos riscos e novas tecnologias para monitorá-los.

“Todo dia aparece uma novidade a ser consumida. Nessa área os problemas surgem de todas as áreas – ambiente, agricultura, trabalho, novidades de serviços de saúde,...” (trabalhador F - NM)

Solicitamos que pudesse explorar um pouco mais essa afirmativa. Alguns comentários foram feitos pelo grupo, com destaque para a intensificação de serviços que se dedicam do cuidado com o corpo. Tal fenômeno assume posições que extrapolam do cuidado e alcançam níveis do culto ao corpo ou de supervalorização da imagem que se consagra em todas as classes sociais. Comenta um trabalhador de nível médio que nas cidades de menor porte, é possível vivenciar, também, esse problema semelhante.

O grupo também apontou dificuldades de aporte técnico-científico em atender as recomendações indicadas pela ANVISA¹⁶ a serem exercidas nacionalmente. Complementam, dizendo que houve crescimento de público que lida com a medicina estética, calcado em diferentes interesses, na medida em que se transforma em destaque e moda – locais que aplicam tatuagens e *piercings*, das clínicas de estética

¹⁶ A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) reforçou alerta para que mulheres com silicone nos seios verifiquem se a marca de prótese utilizada é a Poly Implant Prothèse (PIP), que corre risco de se romper. A agência proibiu o uso de próteses da marca francesa e recomendou que pacientes que as usam façam reavaliação para verificar se houve rompimento. "Por ano, são implantadas no Brasil cerca de 90 mil próteses de mama. (<http://www.prontuariodenoticias.com.br/noticias.asp?secao=DE&id=8031>)

que fazem procedimentos invasivos, das academias com indicações, veladas, de uso de anabolizantes, entre outros.

Nessa linha de raciocínio podemos afirmar que, uma das características da sociedade moderna é o imperativo em produzir e comercializar em escala crescente as mercadorias, bens e serviços. Este hábito necessariamente não está condicionado a escolhas livres e conscientes, mas num sistema controlado por um sistema social. Com esta visão, argumenta Rozenfeld que no mercado encontramos “não apenas produtos que aprimoram o bem estar dos homens, mas também velhos produtos ‘maquiados’, ou novos produtos, elaborados para atender fictícias necessidades, ou necessidades artificialmente criadas” (ROSZENFELD, 2000, p.16, grifo da autora).

Trazendo outros elementos para esse contexto. A Anvisa recebe por ano de três a quatro mil pedidos de registro de produtos novos (Boletim Informativo. Anvisa, 2007). Tal constatação registra o número crescente de disponibilidade e abertura para o consumo de produtos que entram no mercado brasileiro.

Propusemos aos participantes do grupo focal discutir quais são os principais instrumentos utilizados por eles para dar conta desse contexto. Eles relataram que no cotidiano do trabalho lançam mão de diferentes recursos para conferir a organização nas etapas do processo. Iniciam elaborando um diagnóstico das condições de saúde, onde numa base geográfica mapeiam os móveis - públicos e privados, que são legendados por função – comércio e indústria de alimentos, medicamentos e domissanitários; prestadoras de serviços de interesse da saúde. A base de dados inicial é coletada na secretaria da fazenda municipal.

Em seguida identificam as prioridades sanitárias em termos de problemas e grupos sociais, buscando intervir no controle dos riscos. Essa intervenção pode se dar por meio de visitas técnicas, atendimento a denúncias, criação de normas, coleta de amostra e outras medidas que orientem as mudanças da situação-problema identificada.

Essas ações podem ser planejadas ou abrangerem as demandas locais, regionais e nacionais, que por vezes não estão no hall das prioridades do serviço. Assim, salientam que elaborar esse planejamento é tecnicamente simples, embora sua construção seja conturbada, visto os interesses e a liberdade de participação em níveis hierarquizados da equipe da VS (composta por trabalhadores com diferenciados níveis de escolaridade - NS e NM). Na mesma direção, a população requer, tanto no individual quanto no coletivo, uma dinâmica própria que retrata as suas necessidades, que por vezes fazem com que os planos sejam alterados.

“Há até um planejamento na vigilância, mas, no dia-a-dia não temos espaço para pensar. Apagamos incêndio” (trabalhador A - NM).

A integração entre os trabalhadores técnicos e especialistas funda-se noutra desafia para o bom desenvolvimento do trabalho em VS. Os primeiros são reconhecidos, pelos gestores e pelos graduados, por sua capacidade de executar tarefas. Entretanto, dificilmente são chamados para participar de projetos ou discussões que exigem capacidade de argumentação. Neste foco observamos assim, um grupo e não uma equipe de trabalho, considerando que as atividades são designadas para que uns realizem.

“Fazemos tudo. Às vezes nos apelidamos de ‘Bombri’, até endossamos quando falamos disso. Precisamos de outros espaços para crescer no trabalho”. (trabalhador F – NM)

Nesse sentido Franco (2003) discorre sobre a construção coletiva do processo de trabalho. Entretanto, o desconhecimento da capacidade de trabalho dos técnicos de nível médio, não inviabiliza a participação ativa de apropriação e reconstrução do trabalho. Tal premissa possibilita questionar em que medida o trabalho prescrito permite ser contrastado com as situações do trabalho real, observado por Yves Schwartz (2006). Nessa direção a formação pode ser decisiva exatamente ao potencializar essa apropriação, ao qualificá-la, ampliando a reconstrução do prescrito.

Entretanto, é visível uma intensa divisão social e técnica do trabalho na saúde que resulta de um processo de alta especialização e compartimentalização do saber. Essa caracterização se torna o principal desafio na constituição do trabalho em equipe que prima pela integração de conhecimento, partilhamento de experiências e constituição diretiva na resolução dos problemas. Temos então na vigilância de Blumenau, essencialmente um grupo, que planeja e define prioridades embora priorize suas ações por desempenho de especialistas.

“Quem pactua é o pessoal de nível superior, mas quem conhece a realidade somos nós, embora em várias situações os profissionais que desenvolvem ações de campo [trabalhadores de nível médio] não sejam ouvidos” (trabalhador I – NM).

O trabalho em equipe produziria uma organização do pensamento consciente, que lhe dá a real dimensão de como são produzidas as ações de saúde, o que muitas vezes não é percebido pelos trabalhadores, dado o compartimento do fazer ou até mesmo uma “automatização” do trabalho.

Essa construção pode se materializar e ofertar ao sistema de saúde um produto rico, permeado por diferentes saberes. Tendo, também, o efeito de formar uma opinião entre os trabalhadores em torno da realidade, uma consciência na equipe dos problemas enfrentados pelo usuário, como consequência da organização do processo de trabalho. Naturalmente, todos os trabalhadores trazem consigo uma visão de mundo e portam concepção de trabalho. Na realidade é preciso questionar, em que momento essa concepção torna-se mais coletiva, mais emancipatória para os trabalhadores.

“Vivemos num ambiente de tensão entre membros de uma mesma equipe – nível médio e superior, expressando um embate entre o que cada um pode fazer e como um pode ajudar o outro. Isso é pouco discutido, a tensão passa, e continuamos a trabalhar” (trabalhador D - NM).

Nesse aspecto, corroboramos que as relações de trabalho em VS passam a preponderar como um potente instrumento de trabalho. Para Schwartz (2006), é condição do desenvolvimento do trabalho o uso de si e o uso de si pelos outros, desde o partilhamento de conhecimentos e experiência até a realização conjunta de responsabilidades estabelecidas no sistema. Enquanto para Merhy (1998), as relações entre os indivíduos são permeadas de tecnologias inseridas no conhecimento técnico estruturado, ou seja, nelas podemos ou não estabelecer vínculo por meio do trabalho. Pode-se perceber, nas falas dos trabalhadores em estudo, que transgredir de um grupo de trabalhadores para constituir uma equipe de trabalho na saúde é um desafio permanente de aprendizado.

Desafio que passa pelas condições objetivas de organização do trabalho, relações menos hierarquizadas. A aprendizagem aparece no saber ocupar o espaço no coletivo da necessidade de uma comunicação aberta, de uma prática democrática que permita o exercício pleno das capacidades individuais e uma atuação mais criativa e saudável de cada sujeito, evitando assim, a cristalização de posições, a rotulação e a deterioração das relações interpessoais. Desta forma, o grupo poderá buscar seus objetivos, responsabilizando-se, solidariamente, pelos sucessos e fracassos¹⁷.

De qualquer forma, insistimos, junto aos trabalhadores, em detalhar outras caracterizações que embasam e dão suporte ao seu processo de trabalho. De maneira que, elencaram uma gama de materiais, que assumem tanto um cunho elucidativo da qualidade e segurança em saúde quanto ao normativo de controle da nocividade.

Dão destaque no primeiro caso para o trabalho educativo, como meios de minimizar os riscos presentes em produtos e processos mencionam, também, os relatórios, pareceres, resultados (e leitura) de análises laboratoriais. Enfatizam que estes caracterizam o diferencial na abertura de processos administrativos, por possibilitar a

¹⁷ Ficaremos atentos para conhecer o quanto a formação profissional aborda essa dimensão no plano de curso (próximo capítulo).

contextualização das irregularidades e suscitar as medidas cabíveis na lei. Noutra ponta do processo fiscalizatório citam os termos de visita, de notificação e de coleta de amostra; os autos de infração e de interdição; finalmente, a aplicação das multas.

Os trabalhadores enumeraram dimensões que condicionam a realização do trabalho de VS. Assim, destacaram a necessidade de manterem uma interface estreita com os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEM), que elucidam com rigor científico os eventos danosos à população. A disponibilidade de bens imóveis e móveis para darem suporte ao planejamento das atividades, também, foi levantada.

Na mesma medida, indicam a necessidade de terem melhores condições de trabalho, com destaque para: agilidade no deslocamento, base instrumental para processamento de informações, acesso a materiais informativos; ou seja, condições de trabalho compatíveis com a função de agente de saúde pública, função essa que deve poder antecipar os problemas e/ou ser capazes de elaborações que ancoram as formalidades administrativas inerentes à vigilância sanitária.

E, finalmente, salientaram o lugar da norma (leis, decretos, portarias, resoluções) como outro instrumento de trabalho, condição que singulariza a atuação da vigilância sanitária. As práticas sanitárias, circunscritas ao campo de atuação dessa área, nascem juntamente com a história da saúde pública, vide a revolta da vacina, o controle da malária, e outros tantos mandos de autoridade sanitária. Entretanto, essa concepção de pensar e fazer a VS amplia-se no texto das leis orgânicas, onde a descentralização e municipalização das ações ganham notoriedade.

No entanto, nessa linha de compreensão comenta um trabalhador.

“A lei é a lei, a questão é como aplicá-la agindo socialmente. Em alguns momentos me sinto um pouco perdido a quem atender”
(Trabalhador G – NM).

Nesse momento, se discutia no grupo focal a quem atende o interesse da aplicação da lei na VS. A necessidade de aplicação da lei significa que é preciso conhecer o

problema, fazer relações com o risco sanitário e associar medidas possíveis de eliminar ou minimizar os agravos. Isso implica saber interpretar as normas e aplicá-las de modo que assegurem a avaliação da qualidade em saúde.

Ademais, tendo em vista que a Vigilância Sanitária está organizada num sistema que abrange o território nacional, a regulação deve ser concebida e aplicada de comum acordo com os três componentes do sistema – federal estadual e municipal – potencializando seu caráter universal e de integralidade.

É possível materializar tal afirmativa com a recente proibição do bronzamento artificial, situação que também é importante para Blumenau, vide o clima da região. A oferta dessa técnica na mídia, como tantas outras, oportuniza e estimula nas pessoas a cultuar a beleza, que é valorizada pela facilidade e de obter efeitos plásticos desejados em menor tempo. Por outro lado, pouco se comenta dos riscos apontados em estudos e pesquisas para determinadas exposições¹⁸. Desse modo, para que seja observada a proibição com vigência para todo o território brasileiro, é preciso que agentes da VS possam atuar no sentido de fazer valer a normativa em cada município.

Qual a base de conhecimento que mobiliza esse agente para agir corretamente diante dos interesses empresariais, que oportunamente aplica recursos no turismo despreocupado com as questões ambientais; instiga o consumo menosprezando os descartes; e, ainda, realiza serviço de interesse da saúde e pouco se importa com a qualidade? Como atuar numa estrutura de capital que banca até juízes e tribunais para garantir a sua missão no negócio?

Todavia, é preciso fazer cumprir o que preconiza a lei, mesmo que incomode aos diversos setores. Certamente a coerência na atuação desse trabalhador, mesmo diante de certos limites, é o seu entendimento de que esse campo da saúde pública é, também, uma arena de conflitos e um espaço privilegiado de intervenção para a

¹⁸ Especialmente em relação ao bronzamento artificial há resultados de pesquisa que apontam como causadora de envelhecimento precoce e câncer de pele, esses riscos aumentam consideravelmente para indivíduos jovens.

defesa dos interesses sanitários e coletivos. Portanto, cabe o estímulo do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, em articulação com as demais práticas agir irrevogavelmente em favor da saúde pública.

Considerando esse conjunto de interesses, o gestor municipal comentou sobre a iniciativa da prefeitura de publicar a lei complementar 677/2008, que regulamente as atividades/tarefas realizadas pelos fiscais de serviços em saúde e pelos técnicos em vigilância sanitária e saúde ambiental.

Quadro 3.2 - PONTUAÇÃO POR ATIVIDADE DESENVOLVIDA PELO FISCAL DE SERVIÇOS EM SAÚDE E TÉCNICO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ART. 2º DA LEI COMPLEMENTAR Nº 677/2008

| Nº | ATIVIDADES | PONTOS |
|----|---|--------|
| 01 | Elaborar e entregar auto de intimação. | 20 |
| 02 | Elaborar e entregar auto de infração. | 10 |
| 03 | Elaborar e entregar auto de imposição de penalidades. | 10 |
| 04 | Retornar para cobrança do auto de intimação ou de infração | 15 |
| 05 | Parecer de consulta para estabelecer | 15 |
| 06 | Parecer de alvará sanitário inicial | 15 |
| 07 | Parecer de revalidação de alvará sanitário | 15 |
| 08 | Atendimento a denúncia da ouvidoria do município 156. | 20 |
| 09 | Coleta de produtos e/ou água para análise no Iacen. | 15 |
| 10 | Relatório e/ou parecer de processo administrativo sanitário | 20 |
| 11 | Ações educativas (palestras) para no mínimo 30 pessoas. | 40 |
| 12 | Ações educativas (palestras) acima 30 pessoas. | 50 |
| 13 | Ações educativas (palestras) acima 100 pessoas. | 80 |
| 14 | Interdição de estabelecimento, produto e/ou serviço. | 20 |

| | | |
|----|---|-----|
| 15 | Conferência de armários de psicotrópicos | 30 |
| 16 | Elaboração de projetos de interesse da visa. (aprovado) | 100 |
| 17 | Cadastrar estabelecimentos comerciais, industriais e residenciais de interesse da visa. | 10 |
| 18 | Baixa de responsabilidade técnica. | 20 |
| 19 | Relatório técnico de inspeção e vistoria | 50 |
| 20 | Orientação técnica (residencial comercial e industrial) | 20 |
| 21 | Assuntos não catalogados, de interesse da saúde pública | 20 |

Fonte: Site da prefeitura de Blumenau. http://www.leismunicipais.com.br/cgi-local/topsearch.Plcity=Blumenau&state=sc&tp=&page_this=17&block=160&search_all=1&ementaouintegra=naintegra&wordkey=Saúde

Embora elaborado com objetivo de definir o rol das atividades e responsabilidade do técnico, esse quadro nos permite conhecer abrangência do campo de atuação do TNM. Em um segundo momento se atribuiu pontos por cada tarefa, como forma de medida, traduzindo-se em gratificação por produtividade. Foi possível identificar que outros municípios introduziram essa sistemática.

Ao longo do grupo focal, esses técnicos não fizeram menção a gratificação por produtividade e seus impactos no cotidiano do trabalho. No entanto, em diferentes momentos da discussão, os técnicos, indicaram a necessidade de desenvolverem maior capacidade para elaboração de relatórios e pareceres, para atenderem os requisitos de instrução dos processos. Consideramos que essa preocupação em parte pode ser associada à pontuação. A elaboração de relatório técnico vale 50 pontos.

Observa-se, ainda, na tabela que há uma valorização do trabalho educativo, quando comparado com ações de cunho fiscalizatório. O atendimento à denuncia da população (que giram em torno de queixas da qualidade de produtos e serviços) vale 20 pontos, a cobrança de auto de intimação ou de infração 15 pontos, enquanto ações educativas para 30 pessoas valem 50 e para 100 valem 80 pontos. A valorização da ação educativa observada no serviço de VS em Blumenau corresponde à mudanças da política nacional de VS. Todavia, quando analisamos o

processo de trabalho dos TNM ela acarreta ampliação de suas atribuições e domínio de novos conhecimentos.

Uma característica do trabalho de VS relatada no grupo focal é a tensão originada pela expectativa de pressão e interferências externas à VS e mesmo ao setor saúde. A possibilidade de conceder ou cassar o alvará de funcionamento de um estabelecimento produtivo coloca a VS e seus trabalhadores no centro de interesses políticos e econômicos.

Portanto, nessas reflexões julgamos que o trabalho e os trabalhadores sejam os componentes que podem promover a criação efetiva da construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Contribuímos para isso escutando, observando e favorecendo espaços de expressão dos trabalhadores para que sua condução deva ser fortalecida como gestão autônoma nas três esferas de governo, com direção única. Valorizando o trabalho em equipe que possibilite uma atuação alinhada com a política de saúde do Estado, de forma que os órgãos municipais, estaduais e federal conheçam as atividades comuns e atuem em conjunto, fortalecendo a relação do campo de Visa com a sociedade.

Por fim, observamos que esses trabalhadores articularam falas e expressaram de modo feliz, de quem coloca prazer no que faz. Especialmente, souberam valorizar a ampliação das suas capacidades a cada dia. Dois dos técnicos participantes do Grupo Focal estavam fazendo cursos de graduação, outros estão em processo e ingresso, e outros dois concluíram a graduação, tais iniciativas indicam positividade na formação profissional que foram oportunizados. Não obstante, colocaram a importância do curso que participaram na Escola Técnica de Saúde de Blumenau, onde as descobertas, o estímulo de saber pensar e acreditar nas suas potencialidades, se constitui no algo novo que trouxeram nas suas bagagens.

CAPÍTULO IV

FORMAÇÃO NA ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DE BLUMENAU

No capítulo IV que compõe a parte II da tese, trataremos de expor as condições que delineiam a formação dos trabalhadores com escolaridade do ensino médio para as ações de vigilância sanitária, na visão do aparelho formador, dos docentes e dos trabalhadores. Concentramos nossa análise nas concepções de saúde, de organização do serviço e de trabalhador ideal ou desejado que informaram os aportes teórico-conceituais e reflexões de docentes e egresso-trabalhadores do curso técnico de vigilância sanitária de Blumenau. Compreendemos que a formação profissional nos remete ao envolvimento de escolas – docentes e discentes – e o espaço institucional onde os trabalhadores desenvolvem suas práticas.

Iniciamos colocando a importância das Escolas Técnicas do SUS nesse cenário. Em seguida focalizamos as análises na Escola Técnica de Blumenau, em leitura do Projeto Político-Pedagógico (PPP), do Plano do Curso Técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental e nos depoimentos colhidos num grupo focal com docentes e numa entrevista com a direção da escola. Os instrumentos que roteirizaram o trabalho de campo estão dispostos no apêndice.

ET-SUS: dedicação em formar trabalhadores para o sistema de saúde

As Escolas Técnicas do Sistema Único Saúde (ET-SUS), totalizam 36 entidades públicas, mantidas pelo setor com o propósito de formar trabalhadores para o sistema. Para Galvão as ET são espaços “político-pedagógicos, formalmente instituídos, onde são desenvolvidos, de forma ordenada e sistemática, processos formativos do profissional-cidadão e do cidadão-profissional-trabalhador” (GALVÃO, 2009, p. 61). Presentes nas capitais, prioritariamente, essas instituições estão envolvidas com trabalhador de escolaridade fundamental e média. As primeiras escolas foram institucionalizadas em 1954, funcionando em unidade hospitalar para qualificar a força de trabalho da enfermagem, sendo denominadas em sua maioria, de Centros Formadores.

Identificamos que das 36 ETSUS, 13 (35%) localizam-se na região sudeste, consideramos que há uma concentração dessas instituições nos centros mais avançados, comparativamente com as outras regiões, marca das nossas desigualdades regionais. As secretarias estaduais de saúde são as mantenedoras de 32 centros formadores, as outras quatro tem outros vínculos: uma com a Fiocruz, outra em universidade estadual, e duas estão organicamente ligadas ao poder municipal. E, ainda, das 36 escolas, 30 (83%) têm sede nas capitais, exceção para quatro escolas de São Paulo, uma de Santa Catarina e outra de Minas Gerais. Entretanto, a maioria (80%) exerce suas ações no interior dos estados por meio dos núcleos descentralizados que são sediados nas secretarias municipais de saúde.

Salientamos, ainda, que a maioria das escolas apresenta um quadro difícil no tocante às condições administrativas e pedagógicas. Invariavelmente as ET estão atreladas à dotação orçamentária das secretarias estaduais, não apresentam quadro de docentes com dedicação exclusiva e, há inexistência de qualificação político-pedagógica e técnico-científica, dos docentes e da direção. Portanto, se mantém com recursos de projetos com seu planejamento dependente da direção política do

MS. E ainda, são desvalorizadas socialmente por dedicação prioritária, ao trabalhador de nível médio, que é politicamente pouco valorizado pelo sistema, sendo, por vezes, identificadas como a 'escolinha' dos agentes.

Juntamente com o movimento da Reforma Sanitária, as escolas partiram para conhecer as necessidades do sistema de saúde e modos de vida da população. Ainda que dedicada à formação de quadros para a assistência da enfermagem, havia preocupação com o cuidado voltado para as ações coletivas. Assim, em seus processos formativos buscam trabalhar a importância de pensar para agir na saúde, base que está referida no arcabouço: regimental, curricular e de concepção pedagógica.

“O setor [saúde] vê-se obrigado a estabelecer uma base 'multiinstitucional' de entendimento e de ações conjuntas com o setor formal de ensino. Agora se tem plena consciência de que as políticas de recursos humanos, quando levam em conta a dimensão da qualidade, só podem ser conduzidas a contento com base numa articulação com os setores de Educação e Trabalho” (NOGUEIRA, 2002, p. 26).

As escolas acreditam que uma das formas de superar a separação entre teoria e prática, entre trabalho intelectual e trabalho braçal é justamente a oportunidade de oferecer uma formação teórica sólida, de modo que os trabalhadores se tornem capazes de analisar a realidade por conta própria e intervir, seja nos debates internos dos serviços, seja na disputa ideológica externa pela consciência dos demais trabalhadores.

Nessa perspectiva destacamos a diretriz formadora e luta da Escola Politécnica de Saúde/Fiocruz que prima por uma educação gramsciana calcada na politecnicidade. Para Brasil e Ramos (2006) a educação profissional em saúde deve ser estruturada com bases na formação integral, onde o conhecimento técnico-científico integre uma sólida formação ética-política e social. E, ainda, acreditando na capacidade individual de agir no e com o coletivo, de criar e transformar a realidade, ou seja, “o ser

humano capaz de produzir e fruir ciência, arte, técnica”. (RODRIGUÊS, 2008, p. 169).

De um modo geral, as ETSUS por se dedicar à educação de adultos se apoiam política e pedagogicamente em Paulo Freire. Notadamente, se espelham neste ilustre educador, buscando a construção partilhada de saberes, a autonomia do fazer e a participação social como dimensões imperiosas da formação para o setor saúde. Aplicam a problematização para conhecer as situações da realidade e propor mudanças.

Para Isabel Santos esse movimento foi desafiador, havia uma cultura escolar onde o professor tinha o domínio do saber e os estudantes eram desabonados, comprometendo o seu crescimento pessoal e profissional. Em entrevista publicada por Castro, Santana e Nogueira (2002), esta professora reforça essa tese expressando:

O problema é que eles não acreditavam neles próprios [os estudantes]. ... Vejam, as pessoas sempre foram escravas e demitidas da função de pensar, então, qual é o raciocínio do aluno? Que ele vai fazer o curso, que o professor vai ensinar, e que ele vai aprender, não é assim? (CASTRO, SANTANA, NOGUEIRA, 2002, p. 67-68).

Partindo dessas inquietações que puderam ser constatadas em experiências de formação, as ETSUS caminharam no sentido de fazer da educação em saúde momento de trocas, espaços de compartilhamento de saberes, ou seja, como diria Roberto Nogueira ‘diálogo educacional’ para forjar trabalhadores críticos que questionem, discordem e busquem argumentos.

Durante décadas alguns programas ou projetos ditaram a dinâmica dessas escolas, dentre esses, podemos citar: o projeto Larga Escala (1990) – ideia-força para a formação dos atendentes de enfermagem nível nacional; PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (1988), que formou em torno 250 mil auxiliares e técnicos de enfermagem (MS, 2010); GERUS (1997) – Curso de Desenvolvimento de Recursos Humanos e CADRHU (1990) - Curso de

Especialização em Gerências de Unidades de Saúde. Atualmente, a Secretaria de Gestão do Trabalho do MS, trabalha na implementação do PROFAPS - Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde, ampliando o espectro da formação para trabalhadores incluídos tanto na assistência, quanto na vigilância e na promoção da saúde.

Por fim, muitas foram e serão as contribuições dessas instituições de ensino, destaque para milhares de trabalhadores-técnicos ou auxiliares formados em área que vão da enfermagem, odontologia e até na vigilância sanitária. Muito embora se mantenham em permanente luta para colocar em evidências suas metas, que certamente estão presentes na descoberta de novos ou na prática de conhecidos caminhos, materializando-se na qualificação do cuidado individual e coletivo do setor saúde.

Destacamos, uma reflexão que veio, especialmente, da direção da escola de Blumenau. Na realidade, a diretoria se posiciona de modo avaliativo quanto as ETs ao procura explicar os limites das condições de trabalho e sua relação e sua com as esferas de poder. Sua percepção é a invisibilidade social que as escolas projetam e o seu alcance, por vezes, imperceptível na visão dos gestores.

Afinal, as ETSUS constituem-se como aparelho de Estado para viabilizar uma política de educação profissional em saúde. Nesse sentido, por suas experiências mesmo na adversidade, tem muito a contribuir na formulação de políticas, na sua aplicabilidade e na avaliação de resultados. Sua grandeza origina-se nas pessoas que movem essas unidades formadoras, no desejo e propósito na capacidade instalada de quer participar ativamente do Sistema de Saúde, ao qualificar trabalhadores que formam a base de toda a rede. Assim, compreendemos que o problema das ETSUS, não está intrinsecamente nelas, mas nos gestores, quando desconhecem sua importância e história na formação de trabalhadores.

A Escola Técnica de Saúde de Blumenau: larga visão de sistema

O estado de Santa Catarina conta com duas escolas técnicas públicas de saúde, em Blumenau e Florianópolis instituídas em 1956 e 1993, respectivamente. A iniciativa de criar a escola no interior favoreceu a formação nos rincões do país, onde o acesso e a oportunidade de formação deixam a desejar. Essa escola é pólo formador para a 15ª Região Administrativa do estado, composto por Blumenau, Gaspar, Pomerode, Indaial, Brusque e Rio do Sul.

Neste estudo ao privilegiar a escola técnica de Saúde de Blumenau (ET), exaltamos sua histórica persistência de 55 anos dedicados à formação da saúde, notadamente, na enfermagem. Salientamos que, das 36 ET-SUS, somente duas estão no nível municipal de governo, sendo essa ET referência na região do Vale do Itajaí, o que amplia suas responsabilidades na educação profissional.

Destacamos, ainda, sua dedicação com o trabalhador técnico da vigilância sanitária, sendo um dos primeiros cursos de habilitação técnica realizado no Brasil. A rigor seus currículos são aprovados por instância municipal da educação, embora sigam as diretrizes curriculares do Ministério da Educação, quando a formulação é pautada para habilitações técnicas da saúde, cuja carga horária mínima é de 1.200 horas e, na construção do currículo tomam o modelo de competências.

A turma inaugural do curso técnico de vigilância sanitária e saúde ambiental, foi de 1999. Atualmente, constata-se a conclusão de quatro turmas, totalizando 61 egressos, embora nem todos estejam no exercício profissional, dado o vínculo informal que ocupam. Os alunos são trabalhadores – fiscais da vigilância sanitária de Blumenau e outros da região pertencentes à Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí.

Cabe notar que, até o ano de 2008 a escola técnica de Blumenau certificou 3.336 trabalhadores em auxiliares/agentes e técnicos, sendo 94% da enfermagem e odontologia e 6% são oriundos da saúde pública. Esses quantitativos de egressos nos dão a dimensão que a escola recebe a incumbência de formar no modelo de saúde que prioriza a medicalização e o atendimento hospitalar. Não nos cabe julgar

esse mérito, mas fica evidente que o acúmulo dessas instituições de ensino provém da dedicação na formação para a assistência. De maneira que, os cursos para a saúde coletiva, cujo objeto principal de ação é a promoção, proteção e a prevenção, ficaram ao largo.

Contraditoriamente os aspectos da ordem organizacional e das condições do trabalho docente são pouco condizentes aos resultados alcançados. A escola conta com uma estrutura mínima no tocante às condições físicas e materiais. Poucas salas de aulas, pequeno auditório, apertados espaços na administração, biblioteca e sala de informática em desenvolvimento. Havia, em 2010, um projeto para edificar um prédio, visando ampliar e modernizar toda a estrutura escolar. O aporte de textos, livros, artigos para estudo dos docentes e discentes é conseguido com dificuldade de ordem financeira e ao há difícil acesso a publicações.

Vale assinalar, que o corpo de técnico com vínculo efetivo na ET, é composto de: pedagoga (1) - que assumia a direção; enfermagem (4), serviço social (1), educação física (1), odontologia (2) e os demais na administração/serviços gerais (5). Alguns desses profissionais dedicam 20 horas à escola, principalmente aqueles que estão somente na docência sem coordenação de curso. Experiências anteriores demonstraram que concurso para lotar docentes na escola é realizado no bloco de trabalhadores da saúde, ou seja, o perfil de dedicação exclusiva na ET ainda estar por acontecer. Tal fato, pode ter várias explicações, no entanto, a principal na nossa análise, é a insensibilidade dos detentores do poder ao definir recursos e as políticas públicas com as instituições de ensino.

As seções que seguem aprofundam o conhecimento dessa escola por meio da leitura e reflexão do PPP e de um currículo para a formação em vigilância sanitária. Alimentamos essa reflexão trazendo algumas indagações: Como essas escolas se organizam para dar conta de demandas tão grandiosa e diversificada? Quem participa da decisão dos conteúdos para os currículos? Em que medida a escola se articula com os serviços de saúde para formular o currículo? Qual o perfil dos trabalhadores-alunos e dos docentes?

A formação na ET de Blumenau: leitura e reflexões sobre o PPP

O Projeto Político-Pedagógico da ET-SUS de Blumenau foi elaborado por meio de um trabalho coletivo, concluído em 2008, tendo participado o corpo técnico da escola e convidados do serviço de saúde municipal. Sua principal função é estruturar organicamente, com diretrizes e princípios, a formação técnica em saúde. Como participante da Rede de Escolas Técnicas, a escola de Blumenau teve oportunidade e acesso a documentos e reflexões que contribuiriam nas etapas de produção do PPP. No entanto, reconhece a necessidade de estar norteada pelas Leis: Orgânica da Saúde (1990), de Diretrizes e Bases da Educação (1996), bem como, o decreto de Educação Profissional (2004).

O texto do PPP realça a importância da escola contribuir na Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS. Destaca, também, a concepção de Educação Permanente em Saúde, fazendo compreender que a formação seja estabelecida a partir das necessidades dos serviços como “possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, [respondendo] a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde” (PPP, 2008, p. 8).

Ao refletir sobre concepção de currículo para a formação na saúde, inserido no PPP, é necessário indagar a história escolar, seus sujeitos, suas rotinas e organização, além das articulações da educação com a política e ações institucionais do setor saúde.

Comenta a diretora (2010): “Uma característica marcante dessa escola é a integração Ensino-Serviço”. Entretanto, rara elucidação encontramos no projeto político sobre essa relação. O texto ao aludir à filosofia escolar refere que a diretriz mestra está calcada no trabalho e citam “toda proposta pedagógica desta Escola, onde [fixamos] o eixo filosófico, está centrado no processo de trabalho em saúde” (PPP, 2008, p.14). Em que pese a importância da interação do ensino com o trabalho, encontra-se ausente do contexto no PPP a concepção de trabalho e de

saúde adotada, tampouco se encontra a premissa do trabalho em saúde e suas interações com a formação dos trabalhadores.

Ao focar a metodologia pedagógica reiteram o trabalho enquanto princípio educativo, em uma leitura de Kuenzer que retoma a teoria-prática como possibilidade de aproximar a produção social com a “ciência e produção, cultura e técnica, atividade intelectual e atividade manual, tomando o trabalho, enquanto forma de ação transformadora da natureza e de constituição da vida social como ponto de partida”. (KUENZER, 1992, p. 35).

Ao descrever a metodologia retomam as questões que emanam da prática do processo produtivo em saúde. Considerando que esse foco pode diminuir as contradições entre a teoria – do refletir com o sujeito, e a prática - do fazer sobre o objeto. Esse trabalho metodológico realiza-se em momentos de Concentração e outro de Dispersão.

Na concentração, o docente e os discentes, desenvolvem o ensino-aprendizagem, refletindo sobre o teórico, o teórico/prático, para conhecer, aprofundar, acrescentar e sistematizar os conhecimentos. Na dispersão, o supervisor acompanha o discente na aplicação dos conhecimentos na prática, onde oportunamente promovem-se reflexões da teoria na prática.

Observamos que no sistema de avaliação adotado são requeridas as presenças em sala de aula, ativa participação nas atividades propostas e a frequência no campo de estágio. Não existe conceito, apenas o indicativo individual de resultado - suficiente ou insuficiente. Consta, ainda, que o aluno é avaliado por desempenho de competências, devendo atingir 70% das estabelecidas no currículo. Na avaliação por competências seria importante o detalhamento das ações a serem desenvolvidas pelos docentes e coordenação ao avaliar o desempenho desses trabalhadores no serviço de saúde, bem como, esperava-se que fosse evidenciado os critérios e condições da referida avaliação.

Por fim, o texto do PPP da escola técnica de Blumenau é documento que bem circunscreve as diretrizes do processo educativo. Entretanto, trata superficialmente da integração escolar com outros serviços, da sua intencionalidade e seus compromissos, e, há rara evidência das ações de ensino colocadas nos objetivos. Segundo Libâneo (2004), o PPP é o documento que expressa a síntese das exigências sociais e legais do sistema de ensino e os propósitos e expectativas da comunidade escolar. Ou seja, a discursividade expressa, na política educacional, uma determinada visão de mundo e um projeto de sociedade.

O currículo: orientador da formação em vigilância sanitária

Ao estabelecer o currículo para a vigilância sanitária, foi imprescindível uma aproximação da escola com esse serviço de saúde. Relação esta, que foi dada pela necessidade de construção, do desenvolvimento e realização da formação, visto que o eixo formador da VS baseia-se na concepção de promoção da saúde e prevenção da doença, quando a escola tem significativa experiência na área assistencial da saúde por meio de ações, essencialmente, curativas.

Em 1999 teve início o curso de Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental - TVSSA, o segundo do estado e o 4º no país, onde participaram fiscais de Blumenau e de outros municípios da região por convênio com a Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí.

Observamos que, o mote que estrutura a habilitação técnica é o desenvolvimento de competências e habilidades para atuarem com ética “sobre os problemas de saúde e seus determinantes, decorrentes da produção, da circulação e do consumo de produtos, serviços de interesse da saúde, do meio ambiente e dos ambientes de trabalho” (Plano de Curso, 2004, p. 4).

Com esta descrição o curso se propõe a formar técnicos em vigilância numa visão abrangente atendendo as competências gerais e específicas. Apresenta-se modularizado com carga horária própria ao seu desenvolvimento. O estágio possui tempo e características próprias, sua execução depende, principalmente, da disponibilidade do serviço e da organização escolar.

O quadro abaixo apresenta uma descrição modularizada do curso e suas respectivas cargas horárias, conforme previsto no plano de curso.

Quadro 4.1 - Descrição do curso por módulo e carga horária

| Módulo | Área de Ensino/Prática | Carga horária |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| I | Promoção à Saúde | 250 |
| II | Saúde do Trabalhador | 250 |
| III | Saúde Ambiental | 250 |
| IV | Vigilância em Saúde | 450 |
| Estágio Supervisionado | Vigilância Sanitária | 600 |
| Carga horária – Total | | 1800 |

Fonte: Adaptado do Plano de Curso do Técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental.

A estrutura e a organização dos módulos obedecem a uma sequência orientada tornando o módulo I - Promoção à Saúde, pré-requisito para ingresso aos demais. O próximo aborda questões sócio-políticas da saúde do trabalhador, que são de suma importância para a atuação do técnico, tornando-o atento para a presença do trabalhador na produção industrial, nos serviços e no comércio. No módulo III - Saúde Ambiental, é possível contextualizar as condições de saúde associadas às políticas pública ambientais fazendo pontes com as competências acumuladas

anteriormente. E, por fim, o módulo IV, de maior carga horária, denominado vigilância em saúde agrega conceitos, métodos e práticas para agir no campo exclusivos das vigilâncias sanitária e epidemiológica, ou seja, pouca ênfase dá aos princípios que regem a vigilância em saúde, embora tenha a denominação.

Os módulos foram compostos de conteúdos e práticas para atingir a objetivo proposto da formação, ou seja, em que os trabalhadores sejam capazes de identificar riscos e planejar medidas de controle na produção e consumo de bens e serviços, além de serem capazes de informar seus efeitos sobre a saúde pública e ao meio. Tomam por referência a teoria da competência, em leitura de Neise Deluiz (1995), ao compreender que a educação deve ser abrangente, onde a formação técnica não se dissocia de outros atributos sócio-políticos e da criticidade do mundo do trabalho.

O currículo pouco evidencia os recursos utilizados na prática profissional. Esperavam-se encontrar evidências de trabalho de campo e/ou pesquisas que estabelecessem conexões entre o ensino, a aprendizagem e o processo de trabalho na vigilância sanitária. Sobretudo, raras são as situações de aprendizagem que articulam o ensino-serviço; as quais poderiam ser favorecidas por meio das visitas técnicas com produção de relatos ou inspeções simuladas, por exemplo.

Contudo, deparamos com um objetivo específico colocado para a formação. “Contribuir para a reorganização das ações de vigilância sanitária nos municípios, face às suas novas competências e à necessidade de mudanças nos processos de trabalho, advindas do desenvolvimento econômico, tecnológico e social”. Assim, houve presciência da articulação ensino-serviço, ainda que, esteja no sentido de contribuir na organização ou reorganização, salientamos a complexidade desse propósito. O processo educativo e a produção de serviços de saúde “estão imbricados entre si, como síntese e expressão de conjunto das relações sociais”. (SANTANA e CHISTÓFARO, 2002, p. 5).

Consta, ainda, no currículo um quadro dos docentes que atuam na formação em vigilância sanitária. Todos os 25 docentes são profissionais de nível superior, sendo que 20% possuem especialização em áreas diversas e 80% são convidados.

Os docentes convidados são trabalhadores inseridos no serviço de saúde, podendo ser efetivos ou contratados para exercer uma função, que assumem a sala de aula na perspectiva de crescimento profissional e salarial, muitas vezes com jornadas nos três turnos. Poucos têm experiência com formação profissional ou são especialistas em processos educacionais. Possuem conhecimento técnico especializado na área de atuação, por exemplo, caso seja um médico veterinário suas atividades estão voltadas para a vigilância de alimentos. Ou seja, esse técnico pode ter importante experiência no trabalho, embora sua dedicação didática e pedagógica seja incipiente. Assim, a escola oferece uma capacitação pedagógica para todos os docentes, baseada na metodologia da problematização. Todavia, verificamos que essa metodologia não é conhecida pelos profissionais convidados, seja por sua formação ou inserção no trabalho, dificultando a aplicação em sala de aula.

Ao considerarmos que essa metodologia busca reconhecer e problematizar o cotidiano do trabalho, os docentes convidados tendem a ter mais facilidade de aplicá-las visto a sua experiência profissional nos serviços de saúde. Assim, analisamos que para os convidados essa concepção metodológica pode ser favorável. Por outro lado, o desconhecimento ou inexperiência direta na área de atuação da vigilância sanitária, seria um dificultador para os docentes, considerando o seu distanciamento do exercício da prática em VS.

Um ponto importante quando problematizamos a relação ensino–serviço e sua expressão no currículo é a carência de informação sobre a organização e desenvolvimento do Estágio Supervisionado, notadamente sobre os locais e o perfil do supervisor. Essa atividade é importante à medida que oportuniza a reflexão sobre o fazer calcada na formação teórica.

Ainda que o plano de curso pouco elucide sobre como se dá a sua construção, na fala da diretora descobrimos que esse é formulado com a participação de docentes e especialistas da área, para atender às necessidades da vigilância sanitária. Nessa mesma medida, coloca as sérias dificuldades da participação permanente do docente na ET-SUS, bem como, do afastamento didático-pedagógico do trabalhador de nível superior da VS, que comprometem a continuidade do processo entre a criação do plano de curso, da execução e processo avaliativo.

Na mesma direção, encontramos que as condições político-organizacional da escola, incluindo formação e disponibilidade do docente e a parca oferta de outros recursos – materiais impressos, acesso a tecnologias informacionais e outras tecnologias, foram condicionantes para dificultar o cumprimento ao estabelecido no currículo.

Por fim, encontramos no currículo do curso técnico alguns aspectos que se aproximam e outros que se afastam, da concepção política e pedagógica da escola. Ressaltamos positivamente a motivação de formar para o SUS, no ensejo de promover mudanças e qualificar os serviços. Na medida em que a formação para saúde pública desafia a escola a conceber a atenção à saúde em outro modelo. Como dissemos, as ET-SUS são executoras de projetos do MS, suas determinações enquanto instâncias formadoras iniciam e terminam quando admitem a função da formação para determinadas áreas do sistema de saúde, em detrimento de outras.

Essa situação condiciona as ET-SUS, inclusive a de Blumenau, a ter pouca liberdade de planejar e ousar na realização de projetos próprios. Ou seja, sua autonomia política e administrativa é relativizada quando o planejamento das ações e o desenvolvimento de projetos são condicionados por instâncias centralizadas. Outro aspecto de suma importância, é a seriedade necessária que pouco observamos, sobre a educação profissional para trabalhadores de nível médio, como política pública. Historicamente o trabalhador de nível médio foi e é designado para o trabalho pouco elaborado, um fazedor sem participação das decisões, esta dimensão relega as escolas para uma condição secundarizada, quando comparada a outros níveis da formação em saúde.

Promovendo um diálogo entre docentes e trabalhadores-egressos

A educação profissional em saúde implica na relação entre escolas – docentes e discentes – e o espaço institucional onde os trabalhadores desenvolvem suas práticas. Essa relação ensino-serviço é enfatizada como estratégia política da escola técnica, quando a distingue com vinculação indissociável na construção curricular nos cursos.

Nessa etapa, tratamos de conhecer o currículo praticado no curso técnico de vigilância sanitária (VS), para tanto, elegemos na fala dos docentes - a relação entre a formação, o perfil profissional e a estrutura escolar; e na presença dos egressos - conhecer os recursos da formação e sua percepção do currículo desenvolvido. Ao realizar a técnica do grupo focal, buscamos identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes a respeito da formação, precisamente do desenvolvimento do currículo. Igualmente, almejamos aprender como os participantes ao interpretar a realidade, seus conhecimentos e experiências.

Nessa linha de raciocínio, assinalamos que a formação na área da vigilância sanitária deve prever que sua ação é eminentemente de Estado, exercida sobre coletivos, tendo como principal função: minimizar e eliminar riscos decorrentes da produção ao consumo de produtos; de controlar e promover bem estar nos serviços de saúde; e, mapear e prover medidas para suprimir os agravos a saúde do trabalhador e sobre o ambiente.

“Existe alguma limitação na formação que abrange tanto o domínio dos conteúdos específicos da vigilância sanitária, diga-se por sua abrangência e complexidade, como o do campo didático-pedagógico” (Docente D).

“Nossa experiência profissional e como docente é na área da assistência a saúde. Precisamos compreender e estudar a área da saúde coletiva”. (Docente A).

“Os professores são bons e sabem do conteúdo da sua área. Mas, quando fazemos pergunta como podemos aplicar isso no nosso dia-a-dia... Às vezes a turma mesmo tinha alguma idéia e a aula seguia”. (Trabalhador-egresso C).

Encontramos nas falas de docentes e dos alunos os limites que esbarram na graduação do docente e experiência de trabalho, para desenvolver os conteúdos necessários no trabalho em vigilância sanitária. Essa formação exige saberes e práticas num campo de convergência de várias áreas de conhecimento, além da saúde: “química, farmacologia, epidemiologia, engenharia civil [engenharias], sociologia política, direito, economia política, administração pública, planejamento e gerência, biossegurança, bioética e outras”. (ROZENFELD e COSTA, 2000, p.15).

Os participantes do grupo focal elegeram positivamente as disciplinas que traziam enfoque contextualizado das condições de vida e situações de saúde, principalmente quando a abordagem trazia exemplificações da saúde coletiva e do trabalhador. Nesse sentido, observamos que há uma tendência do trabalhador valorizar os saberes vivenciados, porém, a consolidação ou correção de práticas é formada por uma base conceitual que este, mais tarde pode ativar e usar para compreender e apropriar em diferentes situações.

“O curso foi muito importante. Por que em grupo sempre aprendemos, mesmo aquilo que já praticamos. Mas, esperava que outros temas fossem aprofundados”. (Egresso-trabalhador G).

O corpo docente composto de 25 profissionais, todos graduados e alguns especialistas, atendiam as formalidades do currículo. Maioria com ocupação na área da saúde – enfermagem, psicologia, odontologia, veterinária, farmácia e fisioterapia; seguido das ciências sociais - direito e assistência social; e, um, na engenharia.

Quando analisamos a situação da experiência profissional, dos 25 docentes, somente cinco (20%) eram efetivos da escola técnica, outros quatro (16%) tinham vínculo de trabalho com a vigilância sanitária. Se por um lado, consta-se na equipe a riqueza da multidisciplinaridade, requerida pela caracterização da área, por outro da

totalidade 64% não tinham vínculo com a vigilância sanitária nem com a instituição de ensino.

“Nosso conhecimento era teórico. É necessário que tenhamos conhecimento sobre o profissional com o qual trabalhamos, como é seu processo de trabalho, que tipos de abordagens serão mais eficientes e que atenderão as necessidades do serviço”. (Docente A).

“Às vezes não compreendia o que os professores falavam. Tive até dificuldade de escrever e ler os textos”. (Trabalhador-egresso F).

Buscamos compreender como foi superada essa dicotomia entre os docentes com formação importante e plural e os trabalhadores com rica experiência de trabalho, embora com dificuldade de entendimento da base teórica e frágil desenvolvimento da escrita e leitura. A resposta estava na metodologia. A problematização foi o recurso que possibilitou o crescimento do grupo e ampliou a capacidade de atuação dos docentes.

“Eu lembro que antes do curso a gente aplicava as leis e questionavam a gente e a gente dizia, por que ta [está] na lei, depois do curso abriu os horizontes, abriu o conhecimento da gente e daí a gente pode explicar o porquê daquilo”. (Trabalhador-egresso E).

Cabe ressaltar que o currículo pouco relacionou as condições reais de trabalho, ou seja, a complexidade da área e o nível de especialização exigida. Fica evidente que cabe a esse trabalhador além das capacidades técnicas específicas a cada atividade, outras relacionadas à tomada de decisão, ao exercício da criatividade, ao trabalho em equipe, ao diagnóstico e resolução de problemas, ao enfrentamento de situações de incerteza e mudanças, de forma a intervir no processo de trabalho com vistas a melhorar a qualidade de processos, produtos e serviços.

Tomamos um trecho de um relatório produzido por um trabalhador-egresso ao visitar uma casa em Blumenau, em atendimento a denúncia: vizinho reclamou de mau cheiro, lixo no terreno com presença de ratos e baratas.

...

a casa e [é] constituída de um único cômodo, não possuindo janelas para ventilar o ambiente, muita umidade em seu interior, não possui banheiro nem local adequado para preparo das refeições. Neste ambiente moram quatro pessoas, dois adultos e duas crianças 'um menino de oito meses e uma menina de três anos de idade', e a mãe relatou que esta [está] grávida (Trecho do Relatório Técnico).

Certamente as formações em saúde pública e seus regulamentos curriculares não podem refutar que seja trabalhada nos cursos, a razão entre desigualdade-pobreza e danos ambientais que estão relacionados à industrialização, ao estímulo do consumo e a precariedade da informação e educação para a consciência sanitária. Conhecimentos que remetem uma compreensão acurada da realidade em que está inserido, que possibilitem uma ação consciente e segura no mundo imediato e que, além disso, promovam a ampliação de seu universo cultural. O denunciante solicitou providências de mudanças daquela situação, ao técnico de vigilância sanitária coube relatar e orientar a minimização dos riscos e à família denunciada a escuta - reconhecendo sua dificuldade de leitura da realidade pelo relato; e espera - de soluções por parte do conjunto de instituições públicas que deveriam se antecipar ao promover o saneamento ambiental, principalmente.

Medidas necessárias para transformação desses relatos estão além de qualquer currículo. Entretanto, é fato que seja imprescindível a vinculação indissociável da escola com outros setores da política socioeconômica, para que a formação em saúde possa diminuir as possíveis frustrações dos trabalhadores de nível médio que estão cotidianamente no *front* dessas vivas realidades. E, ainda, ofereça a possibilidade dos trabalhadores olharem criticamente para a própria prática, ampliando a capacidade de análise, tornando-se aliados na construção de um projeto social e de saúde que atenda aos preceitos do bem coletivo com proteção pública.

Por último, projetamos a importância da educação profissional na ótica do trabalhador e do gestor. Para o trabalhador é a oportunidade de valorização do seu trabalho, de reconhecimento da sua função social e possibilidade de ascensão, inclusive salarial. Certamente ao inquirir o trabalhador adulto sobre a importância da educação e da formação, é possível que há destaque pra obtenção de um diploma ou certificado, na garantia de ocupa melhor inserção no trabalho.

Para o gestor, a educação é a ‘capacitação’ para o desenvolvimento do trabalho ao torná-lo ‘capaz’ de oferecer qualificação dos serviços, mesmo que, sem investimento que proporcione as condições necessárias ou desejáveis. Note-se que há interesses divergentes, ao trabalhador cabe lutar para que a educação não seja reduzida a um bem público, mas sim, para um crescimento conjugado de estruturação ou solidificação de um serviço de saúde que promova a satisfação dos trabalhadores, dos indivíduos e dos coletivos.

Mais do que isso, segundo Merhy (1997), o trabalho em saúde é um trabalho vivo, cheio de possibilidades e incertezas, de criação e reprodução, que de fato realiza-se por meio de um construto social e cultural. Importa observar, que na transformação dos saberes que permeiam as práticas nos serviços oferecidos à população, é imprescindível a articulação de seus atores, neste caso, na escola: os docentes e os princípios da formação; no trabalho: o gestor, os trabalhadores e suas práxis.

“Neste contexto, é impossível analisar qualquer conjuntura ou propor qualquer solução sem considerar toda a complexidade das inter-relações entre educação e sociedade, que incluem, entre outros, aspectos tais como: currículos, formação de professores, educação para o trabalho, valorização da profissão docente, diversidade cultural, gênero, o papel das tecnologias de informação e comunicação” (MCT, 2010, p. 22).

Considerações Finais - traçando perspectivas

Nestas considerações reafirmamos as reflexões contidas no corpo da tese ao tempo em que levantamos perspectivas para o trabalhador de nível médio da vigilância sanitária. Buscando, ao mesmo tempo, retratar os objetivos constitutivos da tese, que traçam a relação entre o trabalho e a formação, e suas projeções em termos do alcance estimado.

Nesta tese problematizamos a formação do trabalhador como elemento mobilizador de mudanças no trabalho em saúde, em especial na vigilância sanitária. Estudamos o trabalhador de nível médio, por sua história na saúde pública e por serem contingentes de 22 mil trabalhadores que ocupam cargos, que diferem por conveniência de cada esfera de governo, em um elenco diverso de 'fiscal, agente, guarda ou vigilante sanitário' (Censo Visa, 2004). Note-se que os termos indicam e focam na função estrita de controle e punição, reduzindo significativamente a função protetora que poderia ser desempenhada no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Ultrapassar essa dimensão é um desafio para o sistema de saúde, para as instituições formadoras e para o reconhecimento da sociedade.

Assim, partimos para analisar qualitativamente a realidade de Blumenau/SC, por congregarmos as condições apropriadas, ou seja, ser um serviço descentralizado de vigilância sanitária com histórica articulação com a formação oferecida pela Escola Técnica do SUS. Adotamos em uma primeira fase sistematizar as raras pesquisas e outras bases documentais, para seguir privilegiando, as informações disponibilizadas na ET-SUS – pela direção e docentes, e no discurso da Proposta Pedagógica; e, no serviço fomos apresentados com as falas de técnicos e gerente da área, que autorizam o acesso a outros documentos importantes que não estão publicizados.

Ao considerarmos a vigilância sanitária como ação de saúde pública e sua afinidade com o poder administrativo estatal, especialmente com o mundo econômico, colocam-se obstáculos para as mudanças preconizadas para a VS constitucionalmente - abrangência de proteção social e da promoção da saúde pública.

Essa área da saúde não dá voto, na medida em que, é ela que questiona a barraquinha da esquina, que proíbe a venda da carne da feira; ela não facilita, por isso, não encanta as autoridades por consequência, não há alocação de recursos suficiente para sua atuação. É uma área de conflito, então, é preciso trazer essa discussão para a sociedade. (Gestor da Vigilância Sanitária).

Esse discurso foi um desabafo do gestor da vigilância sanitária, que confere perfeitamente veracidade ao caracterizar a VS e indica aspectos que dificultam seu desenvolvimento, sobretudo, nas condições de trabalho. Ainda que, o fazer da VS seja ação pública, por vezes, atrai contradições que tem significados difusos ao responder por questões da saúde que envolve: tecnociências - nos ditames das prescrições; relações de poder - na política econômica; e, principalmente, em ações sociais e política - quando o sistema nacional mobiliza recursos para atingir 24 milhões de procedimentos por ano (ANVISA, 2010).

É inegável a potencialidade do trabalho e do trabalhador de nível médio para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Encontramos no Censo Visa (2004) que a

atuação desse trabalhador está presente em 3.430 municípios, e que estes alcançaram 61%, em média, da pactuação das ações de VS no território nacional (ANVISA, 2010). Significando o compromisso de desenvolver as ações de VS, de maneira que o gestor passa a assumir imediata ou gradativamente a plenitude das responsabilidades sanitárias. No estado de Santa Catarina esse percentual alcançou 89%. (Portal da VS/SC, 2010).

Entretanto, na sua atuação observamos contradições - nas condições e organização de trabalho e na própria formação, tais evidências foram visivelmente constatadas no nível municipal de governo, onde esse trabalhador assume isoladamente ou em equipe as atividades de controle sanitário.

Encontramos que os trabalhadores com escolaridade de ensino médio atuam 'isoladamente' nas situações reais, considerando as dificuldades de compor equipe com técnicos graduados ou por serem poucos quantitativamente em cada município. A hierarquia no trabalho em saúde promove distanciamento do nível de decisório para compreender as situações-problema que enredam o sistema.

No entanto, as incoerências arraigadas nas práticas da vigilância sanitária trazem desafios para o trabalho desse técnico. Uma delas é a insistente denominação do cargo de 'fiscal', demonstrando a rigidez do modelo de ser da vigilância. Em Blumenau são denominados de 'Fiscais de serviço em Saúde'. Essa caracterização é muito própria da área da vigilância sanitária, onde regras, procedimentos, rotinas tomam a forma, em códigos de conduta e inventário de tarefas (in)formais, tornando o trabalho normatizado, sendo por vezes contraditório com as reais condições de saúde dos indivíduos e grupos populacionais.

Depreende-se disso que, se o trabalho na VS for realizado rigorosamente com e para a norma, deseduca os indivíduos para que se tornem passivos e submissos à autoridade de modo que anulam a subjetividade. No entanto, ao consideramos a VS um importante espaço de saúde pública e das coletividades, sua organização e planejamento partem de problemas sanitários e determinações sociais, decorrentes

da produção de bens e serviços, do ambiente de trabalho e das intervenções sobre o ambiente, e ainda, podem ser visualizadas como um ente institucional de defesa dos indivíduos na vida social.

Valorizamos a percepção desse técnico sobre o trabalho na vigilância sanitária, presente na suas falas que interpretamos como visão ampliada da VS, aproximando do que preconiza a lei orgânica. Detidamente sobre o trabalho defende ações conjunta e integrada com outros setores, dando notoriedade à aproximação com a sociedade na perspectiva de reconhecimento das ações coletivas. Desafio que passa pelas condições objetivas de organização do trabalho com relações menos hierarquizadas, vínculos estáveis e oportunidade de formação permanente.

Formação esta que abrangemos por suas tessituras em uma escola técnica do SUS. As experiências formativas das ET, oriundas da profissionalização na enfermagem em serviço hospitalar, ou seja, a assistência ao doente, tendo como principal componente o cuidado para apoiar o médico ao atender a determinada classe social. Essa formação, treinamento e capacitação em serviço, tomam por base a profissionalização no e para o trabalho (PEREIRA e RAMOS, 2006). Assim, essas instituições de ensino originam-se por necessidade do serviço e são aliadas contra a naturalização das ações de saúde realizadas por 'pessoas' de nível médio e fundamental sem conhecimento técnico-científico.

O ensino formal segue diretrizes do sistema de educação que se materializam nas escolas no projeto político e no currículo como projeto pedagógico. Esse arcabouço normativo a ser seguido está impregnado de pré-condicionamentos. Daí que o currículo é denominado de documento normativo que organiza o ensino e a aprendizagem. Se adotarmos o currículo como algo de concepção burocrática, aplicamos suas orientações de modo estático; se, por outro lado, compreendemos que ao ser vivenciado, vai se modificando, é uma práxis, "é uma prática, expressão, da função socializadora e cultural que determinada instituição tem" (SACRISTIÁN, 2000, p. 15).

Encontramos pertinência e contradições na articulação ensino-serviço. Em se tratando da área da saúde, a relação educação e serviço são temas presentes e que marcam os movimentos e a evolução da sociedade. Seguramente essa articulação não é mecânica e simples. Mas, funda-se em processos dinâmicos que estão imbricados entre si e com outros demais processos que impactam e transformam o mundo do trabalho.

Igualmente, constatamos divergências entre o currículo disposto e as necessidades da formação pelo serviço da VS. A articulação ensino-serviço foi explorada no sentido gerencial na composição da turma (trabalhadores do vale do Itajaí) e na garantia da participação no curso até a conclusão da habilitação técnica. Outra importante observação é a composição dos docentes que mesmo apresentando diversidade na graduação, tinham em comum lacunas importantes quanto à sua formação; enquanto um grupo expressivo desconhecia a complexidade do processo de trabalho da vigilância sanitária, outros não tinham experiência na docência. Alguns, ainda que poucos, conheciam teoricamente a formação por competências, que por si mesmo é complexa e traz interpretações diferenciadas e divergentes.

Nesse cenário, identificamos trabalhadores e suas experiências que se deparam com dificuldades oriundas da formação geral, do distanciamento dos bancos escolares ou da recorrência das inúmeras capacitações sem reconhecimento para o crescimento da sua escolaridade. A integração dos saberes teóricos dos docentes, com a prática profissional - dos trabalhadores, torna-se um desafio, sobretudo numa formação em saúde pública onde a organização do trabalho, o conhecimento técnico-científico atualizado e as relações de poder são eixos conceituais a serem praticados nos currículos de fato.

A formação para alcançar a articulação com a prática de outros saberes é preciso inverter processos, ou seja, é importante que esteja aberta para a experiência que vem de fora do ambiente escolar. O estágio, como atividade curricular, contempla a oportunidade de assimilar a teoria e aprender a inovar na prática, compreendendo suas peculiaridades. Na área da VS o confronto com a realidade sócio-ambiental

introduz a capacidade de observação da práxis administrativa, organizacional e sanitária dos ambientes passíveis da atuação da VS sejam, públicos ou privados.

De um modo geral, é importante observar que o corpo docente e a direção da escola técnica apontam algumas dificuldades no processo formativo, de ordem da gestão política: falta de autonomia administrativa e financeira da escola, corpo docente permanente; e, de ordem didático-pedagógica: da falta de vivência dos professores disponíveis para trabalhar a formação em vigilância sanitária; da raridade de recursos didáticos; da difícil oportunidade de pós-graduação tanto para a área específica como na didático-pedagógica.

Ao focalizar as dificuldades de formação técnico-científica dos docentes para atuar na saúde pública, identificamos, também, as demandas de educação permanente dos trabalhadores dos serviços para melhor desenvolver suas práticas, inclusive no trabalho docente. Apropriamo-nos das contribuições de Paulo Freire para fortalecer o potencial das relações de ensinar-aprender, em leitura de Ana Maria Freire, que encontramos:

“Por isso é que, na formação permanente dos professores, o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática. O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser de tal modo concreto que quase se confunda com a prática. O seu ‘distanciamento’ epistemológico da prática enquanto objeto de sua análise, deve dela ‘aproximá-lo’ ao máximo”. (grifo do autor). (FREIRE, apud, FREIREb, 2006, p. 39)

Visivelmente o maior desafio do ensino nessa escola foi denotado por docentes quanto à oportunidade de formação. Ainda que, a formação do técnico seja dificultada pela disponibilidade dos docentes com perfil condizente com a habilitação em vigilância sanitária, encontramos em alguns docentes a dedicação e disponibilidade, abrindo canais com os alunos para analisar a realidade e as vivências profissionais. Resultando em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino.

Nessa situação, o trabalhador se sente valorizado e passa a ter clareza da importância da educação profissional, assumindo a responsabilidade da continuidade nos estudos para galgar outros níveis de escolaridade. Apesar de tudo, encontra nas relações de trabalho a barreira para superar a dicotomia entre teoria e prática, entre o trabalho intelectual e o trabalho técnico, seja nos debates internos da organização do serviço de saúde ou na disputa política e ideológica da função social da vigilância sanitária.

Esse técnico de nível médio analisa a importância de uma comunicação aberta que permita o exercício pleno das capacidades individuais para uma atuação criativa e saudável em equipe. Especialmente na vigilância sanitária onde “o espaço da criatividade do trabalhador é tolhida pelas normas da administração pública, que circunscrevem e submetem o trabalho ao limite do Estado” (SOUZA, 2008:89).

Depreende-se disto que a relação entre formação profissional e a qualificação do trabalho pode não ser direta. O regime de trabalho - vínculo, carga horária, salário; as relações de trabalho – hierarquia, acesso à informação, oportunidade de qualificação, entre outras dimensões, contribuem para que essa racionalidade seja corrompida, principalmente num sistema de saúde, onde se exige do trabalhador dedicação física e harmonia psíquica e mental.

Uma prática qualificada, transformadora e coerente com os princípios o SUS, requer esforços tanto da formação profissional para atendimento das necessidades do setor saúde, quanto da gestão do trabalho, onde as condições organizacionais podem limitar as bases técnico-científicas e sócio-políticas desenvolvidas na formação. Decerto, acreditamos que só assim, com um novo profissional propositivo e comprometido, teremos as mudanças estruturais de uma sociedade menos submissa. Como diria Gramsci “uma escola preparatória (elementar – média) que conduza o jovem até os umbrais da escolha profissional, formando-o entretanto como pessoa capaz de pensar, de estudar, de dirigir ou de controlar quem dirige” (GRAMSCI, 1978, p. 136).

Foi importante retornar aqui nas considerações ao trabalho de campo, em que nos últimos minutos programados para a conclusão do grupo focal, lançamos uma questão: supondo que recebemos uma pessoa que vai trabalhar na vigilância sanitária de Blumenau, como vocês o receberiam. De imediato um trabalhador falou: *Meus Pêsames.*

Essa forte expressão gerou um sobressalto e um silenciamento no grupo. O técnico justificou a afirmativa. Iniciou com a satisfação e o prazer do ter seu vínculo público com a VS, embora reconheça as dificuldades de uma atuação coerente da saúde pública da área. Reforçou a importância e desafio do trabalho em equipe, da ética profissional incondicional, das contradições de ser regulador e a imparcialidade perante a saúde das populações, da necessidade constante de atualização, da busca de promover a participação e a educação popular. Ao lidar com interesses nem sempre convergentes, expõe-se freqüentemente a situações que exigirão firme atuação das equipes de trabalho, e manifestação do compromisso assumido para a promoção e preservação da saúde da população pelo gestor municipal.

Dito de outra forma, esses trabalhadores apesar de gostarem e valorizarem o que fazem, colocam-se numa situação de desafio, diria que quase permanente. Fundamentalmente, a vigilância sanitária tem funcionalidade e natureza difusa, por mediar a produção de bens e serviços em prol da saúde da população, por estabelecer relações de poder com mercado e o consumo e, por sua atuação eminentemente estatal nas três esferas de governo. Essa investidura conduz a exigências de trabalho intersetorial com as outras políticas públicas, e abertura para as mudanças culturais que gotejam no trabalho na saúde.

Assim pensando, cabem aqui outras questões, como perspectivas da natureza do trabalho e da formação em vigilância sanitária, que difere das outras áreas da saúde pública. A quem interessa um trabalho bem realizado e qualificado de VS: à população, quando sente privada dos seus direitos de consumo ou livre utilização de serviços; ao comerciante, pois a qualidade do produto pode ser um selo de

segurança e garantia de vendas; à indústria ao negociar abertamente, nacional ou internacionalmente, seus produtos e insumos com o aval do órgão regulador; ao trabalhador por se sentir lisonjeado com os frutos do seu trabalho ou frustrado pela contramão do poder que muda o rumo das suas decisões.

Enfim, estudar o trabalhador significa a busca do mundo real. O mundo em que ‘nada’ é dado nem acabado, para Kosik é “o mundo em que a verdade *devém*” (KOSIK,1976, p.19). Assim, é preciso ler a complexidade desse mundo que se apresenta de modo obscuro pelas lentes do conhecimento, em que acreditamos na possibilidade do trabalhador criar condições de pensar o futuro, aproximando-o do presente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMÂNCIO FILHO, Antenor; TELLES, José Luiz. Formação de recursos humanos para a saúde: antigos problemas, novos desafios. Trabalho apresentado na 26ª Reunião Anual da ANPED, Caxambu, 2003. Disponível em: <www.anped.org.br/reuniões/26/trabalhos/antenoramanciofilho.rtf> Acesso em: 15 maio 2010.

ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho* – Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial. 2007.

ANTUNES, Ricardo. Fordismo, Toyotismo e Acumulação Flexível. In: *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho e as metamorfoses no mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2005, 7ª edição p 21-63.

ARROYO, Miguel. As relações sociais na escola e a formação do trabalhador. In: FERRETTI, Celso; SILVA, João dos Reis; OLIVEIRA, Maria Rita (orgs.). *Trabalho, formação e currículo*. São Paulo: Xamã, 1999.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, v. 36, n. 129, set./dez. 2006.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Informativo. Edição 66. Jan. de 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/boletim/66_07.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária. 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/.../index.htm>> Acesso em: 22 fev. 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria 1998 de 21 de agosto de 2007. Regulamenta o repasse de recursos federais para ações de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/descentralizacao/portaria_1998.pdf> Acesso em: 22 de fev. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano diretor de Vigilância Sanitária – PDVISA. Dezembro de 2006. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/informes/2006/181206_pdvisa.pdf> Acesso em: 02 fev. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Censo Nacional dos Trabalhadores em Vigilância Sanitária. 2004. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>> Acesso em: 22 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. *IV Conferência Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação*. Brasília, 27 e 28 de maio de 2010. Subsídios da área de ensino de ciências e de matemática. Disponível em: <<http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/320240.html#vazio>> Acesso em: 22 jun. 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 27 de janeiro de 1999.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 20 de setembro de 1990. (1990a).

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 31 de dezembro de 1990. (1990b).

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Portal do Ministério da Saúde. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pms_alagoinhas_ba.pdf> Acesso em: 20 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. O PROFAE e a formação de Profissionais de nível

técnico para o Sistema Único de Saúde, no Brasil: uma avaliação de resultados. Seminário Nacional da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Brasília, 19 a 21 de jul. de 2010. Disponível em:
<<http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/noticia/47191518.pdf>> Acesso em: 02 Jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde. *Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*. Brasília/DF, 2009. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf> Acesso em: 01 jul. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. *Atribuições dos trabalhadores de nível médio que atuam nas áreas de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e da saúde do trabalhador: pesquisa em municípios brasileiros*. 2008. Disponível em:
<http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/RepertorioObservaRH/NESCON-UFMG/Visa_Parana.pdf> Acesso em: 10 maio 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIG Trabalho: Sistema Gerencial para a Gestão do Trabalho. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sgtes/sigtrabalho> Acesso em: 24 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Criação do SGTES, Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
<www.saude.gov.br/sgtes > Acesso em: 22 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *VER-SUS/Brasil 2008*. Disponível em:
<http://www.portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22371> Acesso em: 18 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.565/94 estabelece as diretrizes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde e da Educação. Portaria Interministerial nº. 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa de Reorientação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 04 nov. 2005, p. 111

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípio e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS*. 3ª Ed. Ver.atual. Brasília/DF, 2005.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativas e projeções da população*. 2007. Disponível em < http://www.ibge.gov.br/servidor_arquivos_est/>. Acesso em: 02 set. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Decreto de 20 de junho de 2007. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências. Diário [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 de jun. 2007, p. 16.

BODSTEIN, Regina Cele. Organização e funções do Estado. In: *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. ROSENFELD Suely (org.). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000, p. 61-98.

BRITO, Jussara Cruz. Trabalho Prescrito. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (Org.) Dicionário da educação profissional em saúde. PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França . 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 440-445.

BRITO, Jussara Cruz. Trabalho Real. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (Org.) Dicionário da educação profissional em saúde. PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França . 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 453-4459.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Tradução: Maria Teresa Redig de Carvalho Barrocas. 6ª Ed. Revisada. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

CARVALHO, Antonio Ivo. Prefácio. In: ROSENFELD Suely. (org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 9-10.

CALAZANS, Maria Julieta Costa. *Articulação teoria/prática: uma ação formadora*. In: _____ (org.) Iniciação Científica: construindo o pensamento crítico. São Paulo: Cortez, 2002.

CASTRO, Janete Lima; SANTANA, José Paranaguá de; NOGUEIRA, Roberto Passos. *Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo*. Natal/RN: Observatório RH NESC/UFRN, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p. 161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: < <http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf>> Acesso em: 01 de fev.2010.

CECÍLIO, Luiz Oliveira. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção*. In: Pinheiro R; Mattos RA (Orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS- UERJ, 2001, p.113-126.

COSTAa, Ediná Alves; FERNANDES, Tania Maria; PIMENTA, Tânia Salgado. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, Jun. 2008.

COSTAa. Ediná Alves. Vigilância Sanitária: defesa e proteção da saúde. São Paulo/SP. 1998 [Tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública, USP.

COSTAa. Ediná Aves. Vigilância sanitária, saúde e cidadania. In: Cadernos de Saúde. Vigilância Sanitária. CAMPOS, Francisco Eduardo; WERNECK, Gustavo Azeredo Furquim; TORON, Lídia Maria (orgs). UFMG, ANVISA, Belo Horizonte, 2001 (p.15-27).

COSTAa. Ediná Alves e SOUTO, Ana Cristina. Formação de Recursos Humanos para a Vigilância Sanitária. In: *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, nº 25, pág. 91- 107, nov. de 2001.

COSTAb, Edmilson. *A crise mundial do capitalismo e as perspectivas dos trabalhadores*. São Paulo, 2008. Disponível em:<<http://www.resistir.info/>> Acesso em: 22 de fev. de 2009.

COSTAc, Marco Antonio e COSTA, Maria de Fátima Barrozo. *Metodologia da Pesquisa: conceitos e técnicas*. 2ª edição. Rio de Janeiro/RJ: Interciência, 2009.

DE SETA, Marismary Horsth; DAIN, Sulamis. Construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: argumentos para debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15 supl. 3, p. 3307-17. nov. 2010.

DE SETA, Marismary Horsth. *A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do Federalismo*. 2007. 176p. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] IMS/UERJ, Rio de Janeiro.

DELUIZ, Neise. *Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho*. Texto base da palestra proferida pela autora no Seminário Certificação de Competências para a Área de Saúde: os desafios do PROFAE. Brasília/DF, nov. de 2000.

DEMO, Pedro. *Pesquisa Participante – saber pensar e intervir juntos*. Ed. Liber Livro: Brasília, 2004 (2ª ed. 2008).

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. 2. Ed. São Paulo: Duas Cidades; 1979.

DUARTE, Ana Julia Calazans e MENEZES, Sergio Ferreira. *A formação em vigilância sanitária: perspectiva em construção de novos saberes e práticas*. Centro colaborador de vigilância sanitária/USP. Revista brasileira de vigilância sanitária. São Paulo, Vol. 2 n.2 Abri.-Jun. 2006.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 18, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2010.

FRANCO, Tulio Batista. O Uso do Fluxograma Descritor e Projeto Terapêutico para Análise de Serviço de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz – MG In: MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Tulio Batista *et al.* O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. HUCITEC, São Paulo, 2003.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Trabalho. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (Org.) Dicionário da educação profissional em saúde. PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 399-404.

FRIGOTTO, Gaudêncio. *A produtividade da escola improdutiva – Um (re) Exame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista*. São Paulo: Cortez 6ª edição. 2001.

FREIREa, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra. 1997.

FREIREb, Ana Maria. Educação para a paz segundo Paulo Freire. Revista Educação. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PUC/RS, ano XXIX, n.2, p.387-393, Maio/Agosto, 2006.

GALVÃO, Ena Araújo. Cenário Nacional das Escolas Técnicas do SUS: a criação dos CEFOR no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.2, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/09.pdf>> Acesso em: 26 abr. 2011.

GALVÃO, Ena Araújo *et al.* As Escolas Técnicas do SUS: uma abordagem histórica. In: *Cadernos de RH Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Vol. 3, nº 1 – março 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 188 p.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro. Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política. 2010. 169f. [Tese de Doutorado]. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Sanitária. *Boletim Informativo da Vigilância Sanitária de Santa Catarina*. Nº III, abril de 2005.

GRAMISC, Antonio. Obras escolhidas. Tradução de Manuel Cruz; Revisão de Nei da Rocha Cunha. São Paulo: Martins, 1978.

KOSIK, Karel. *Dialética do concreto*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.

LALANDE, André. *Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia*. São Paulo, Ed. Martins Fontes, 1999.

LESSA, Sergio. *Trabalho e Proletariado no Capitalismo Contemporâneo*. São Paulo: Cortez: 2007.

LIBÂNEO, José Carlos. *Organização e gestão da escola: teoria e prática*. 5. ed. revista e ampliada. Goiânia: Editora Alternativa, 2004.

LINCOLN, Y S e GUBA, E G. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage, 1985.

LOMBARDI, José Claudinei; SAVIANI, Demerval e SANFELICE, Jose Luis (orgs.). *Capitalismo, trabalho e educação*. São Paulo: Associados, 2002. pp 14-24.

LUCHESE, Geraldo. *Globalização e Regulação Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. Brasília: Ed. Anvisa, 2008.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

MARQUES, Maria Cristina Costa; et al. Representação social da vigilância sanitária pela população do município de águas de lindóia: análise da percepção de alguns riscos relevantes. *REVISA*. Revista Brasileira de Vigilância Sanitária, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 22-30, 2005.

MEDICI, André. A Influenza e a Capacidade de Resposta dos Ministérios da Saúde: O Brasil Está Preparado?. In: *Revista Interesse Nacional*, no. 7, Out/Dez de 2009, São Paulo (SP), p. 65-76. Disponível em: <http://interessenacional.com/artigos-integra.asp?cd_artigo=56> Acesso 20 nov 2010.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro, 1994.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. 1940–1983. Maria Cecília Donnangelo: seis lembranças e um depoimento. *Medicina, Cultura & Ciência – Revista da Associação Médica Brasileira* 1983; p.1:23.

MACHADO, Lucilia. Qualificação do trabalho e relações sociais. In: Fidalgo, Fernando. (Org.). *Gestão do trabalho e formação do trabalhador*. Belo Horizonte: Movimentos de Cultura Marxista, 1996.p.13-40.

- MACHADO, Lucília. *Usos sociais da força de trabalho e da noção de competências*. 2000. (mimeo)
- MARX, Karl. *Teorias da Mais-Valia*, Vol. III. Rio de Janeiro: Difel, 1983.
- MARX, Karl. *O Capital*, Vol. I, Tomo I. São Paulo: Abril Cultural, 1983.
- MEIRELLES, Dimária Silva. O conceito de serviço. *Revista de Economia Política*, vol. 26, nº 1 (101), pp. 119-136 janeiro-março/2006.
- MERHY, Emerson & PINTO, Heider Aurélio. *Cuidado com o trabalho vivo em ato: interrogue-o!* Rio de Janeiro, 2007. (Trabalho não publicado).
- MERHY, Emerson. *Saúde a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 3ª ed. 2002.
- MORAES, Neto Benedito Rodrigues. Século XX e teoria marxista do processo de trabalho. Disponível em:
<<http://www.unicamp.br/cemarx/criticamarxista/15Benedito.pdf> > Acesso em: 19 fev. 2009
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco, 2004.
- NASCIMENTO, Álvaro César. *Ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado: isto é regulação?* São Paulo: Sobravime, 2005.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. Política de recursos humanos em saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades. In: Formação. V.2, n. 5, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. Trabalho assalariado e contrato de trabalho. In: CASTRO, Janete & SANTANA, Jose Paranaguá (Org.). *Negociação coletiva do trabalho em saúde*. Brasília:OPAS/OMS; Natal :UFRN/NESC, 1998.p.17-40.
- NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- ORLANDI, Eni Puccinelli. *A linguagem e seu funcionamento – as formas do discurso*. 4ª edição Ed. Pontes, Campinas/SP, 2003.
- ORLANDI, Eni Puccinelli. *Discurso e leitura*. 5ª Edição. São Paulo: Cortez; Campinas/SP: Universidade Estadual de Campinas, 2000 (Coleção Passando a Limpo).
- ORLANDI, Eni Puccinelli. *Análise de Discurso – Princípios e Procedimentos*. Campinas, São Paulo: Pontes, 1999.

PAIM, Jarnilson; ALMEIDA FILHO, Naomar. *A Crise da Saúde Pública a utopia da saúde coletiva*. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PATTON, Michael Q. *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, CA: Sage, 1986. 381p.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lilia Blima. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (Org.) *Dicionário da educação profissional em saúde*. PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PELIZZARO, Inês e MILBRATZ, Raquellen. A participação da sociedade civil nos conselhos de saúde de Blumenau. 2007. Disponível em: http://www.sociologia.ufsc.br/npms/ines_pelizzaro_raquellen_milbratz.pdf Acesso em: 30 jun. 2010.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PIRES, Denise. Reestruturação Produtiva e Conseqüências para o Trabalho em Saúde. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. v. 53, n. 2, abr./jun. 2000. p. 251-263.

PIRES, Denise. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. *O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade*. Florianópolis: Pappalivros, 1999.

RODRIGUÊS, José. Educação Politécnica. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde (Org.) *Dicionário da educação profissional em saúde*. PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 168-175.

ROZENFELD, Suely; COSTA, Ediná Alves. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: _____. (org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, 15-49.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. Lei Municipal Complementar nº 677/2008. Disponível em: <http://www.leismunicipais.com.br/cgi-local/topsearch.pl?city=Blumenau&state=sc&tp=&page_this=17&block=160&search_all=1&ementaouintegra=naintegra&wordkey=Saúde> Acesso em: 12 jun. 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. Escola técnica de saúde. Projeto Político Pedagógico. 2008. (mimeo).

PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU. Plano Diretor Municipal, 2005. (mimeo)

PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. Escola técnica de saúde. Plano do Curso Técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental. 2004. (mimeo).

PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU. Secretaria Municipal de Saúde. Lei Municipal Complementar nº 84, 1995. Lei que dispõe o Código de Saúde Municipal. Disponível em: www.leismunicipais.com.br, acesso em: 11 jun. 2010.

SANTANA, José Paranaguá; CHISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova. *Articulação Ensino-Serviço na Área da Saúde*. Texto de Orientação do Curso de Especialização em Políticas de Recursos Humanos para a Gestão do SUS- Eixo Temático Reforma Educacional Brasileira – RE 4. 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF31.pdf> Acesso em: 20 jul. 2011

SANTOSa, Aparecida Fátima Tiradentes. A Escola Como Cortina de Fumaça: Trabalho e Educação no “Novo Ensino Médio” Tese [Doutorado em Educação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

SANTOSb, Milton. *A Natureza do Espaço: técnica, razão e emoção*. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

SANTOSb, Milton. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 1, v. 8, p. 309-314, 2003.

SANTOSb, Milton. *Espaço e Método*. 4. ed. São Paulo: Nobel, 1997.

SAVIANI, Demeval. O choque teórico da politecnia. 2003. *Revista - Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, 2003; 1 (2):131-153.

KUENZER, A Z. *Ensino de 2º grau: O trabalho como princípio educativo*. 2 ed - São Paulo Cortez, 1992.

SOUTO, Ana Cristina. *Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil 1976-1994*. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Anvisa/OPAS. São Paulo-Brasília, 2004.

SOUZAa, Gisélia Santana. *Trabalho em vigilância sanitária: o controle sanitário da produção de medicamentos no Brasil*. Salvador: UFBA. 2007. 206 f. Tese (doutorado em Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde coletiva. Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1957> Acesso em: 13 jan. 2010.

SOUZAb, Ana Maria Azevedo Figueiredo. *Vigilância sanitária na saúde pública brasileira e sua aproximação com o caso Mexicano: proteger, vigiar e regular*. 2007. 293 f. Tese de doutorado (Programa de pós-graduação em integração da América Latina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SCHWARTZ, Yves. Circulações, Dramáticas, Eficácias da Atividade Industrial. Trabalho, Educação e Saúde, v.2, p. 33-55, 2004.

SCHWARTZ, Yves. Entrevista concedida a Revista – Trabalho, Educação e Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, v.4 n.2, p. 457-466, 2006.

STOTZ, Eduardo. Necessidade de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde). Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz. 1991. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública.

TREIN, Sonia Maria. E. Projetos de desenvolvimento em disputa. Reflexões sobre a questão ambiental e os limites do modelo fordista de produção. In: FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria. *A experiência do trabalho e a educação básica*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p. (57-67).

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; et al. As novas tecnologias da informação e o consumismo em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(8):1473-1482, ago, 2010

APÊNDICES

ROTEIROS DO TRABALHO DE CAMPO

ROTEIRO I- DIREÇÃO da ESCOLA

Criação da Escola Técnica de Blumenau – História

Fale um pouco sobre o contexto local / regional de criação da Escola? Que tipo de demanda existia para justificar a criação da escola?

Em qual governo a Escola foi criada?

Que argumentos justificaram a criação da escola de saúde no interior e não na capital, conforme ocorreu em outras experiências no Brasil?

Qual a base de sustentação econômica da região? E do município de Blumenau?

Que sistema de saúde existia? Qual a estrutura do sistema de saúde em Blumenau na época de criação?

No caso de terem ocorrido mudanças no sistema de saúde local, em sua opinião a Escola contribuiu para que essas mudanças ocorressem?

A escola abrange alguma macro-região do estado desde as suas origens? Quais os municípios que a compõe, são os mesmos de hoje?

Quais as condições de saúde? Quais as situações-problemas que marcam a região?

Qual a influência do projeto Larga Escala, no desenvolvimento dessa escola?

E, do PROFAE na existência dessa escola?

Qual a concepção de trabalho, processo de trabalho em saúde e de saúde nos currículos?

A Escola mantém algum acervo com documentos da época de criação, como fotos, reportagens de jornais locais, portarias?

Sustentação pedagógica e sua relação com o SUS

Que relação a escola estabelece com o SUS? E, outros serviços públicos prestados?

As necessidades dos serviços de saúde são atendidas pela instituição escolar?

Como elas são monitoradas?

Quais os mecanismos para identificar as demandas dos serviços de saúde?

Qual a relação dessa escola com as outras ETSUS? E, com a RET-SUS?

Que cursos oferecem? Que habilitações oferecem? E por que essas e não outras?

Quem aprova os cursos oferecidos? Como a Escola discute a implantação de uma nova habilitação? Como aprova essa habilitação? Como elabora o curriculum? Quem participa desses processos?

Quais as principais diretrizes do PPP? Qual a importância do PPP para a formação do trabalhador da saúde?

Qual a formação os professores? É obrigatório participar de cursos de formação pedagógica?

Existem espaços coletivos de decisão? Em que consiste a participação dos alunos nas decisões sobre o ensino-aprendizagem e avaliação?

ROTEIRO 2 - ENTREVISTA

SERVIÇO de VIGILÂNCIA SANITÁRIA

GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE - GERENTE DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

Sobre o trabalho em Vigilância Sanitária

Qual o significado/importância do trabalho da Vigilância Sanitária para a sociedade?

Como você explica o trabalho em Vigilância Sanitária? Enfoque em limites e possibilidades do trabalho?

Na estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde onde fica a Vigilância Sanitária? Quando e como se originou o trabalho em Vig. Sanitária?

Que relação o serviço de Vig. estabelece com o SUS? E, outros serviços públicos prestados?

Em que medida há integração entre os serviços de saúde e a escola para definir as demandas formativas?

Descreva o seu processo de trabalho desenvolvido no dia a dia?

Sobre a formação dos técnicos

Os serviços de saúde procuram as escolas para expor as necessidades para a formação?

As demandas dos serviços de saúde são conduzidas ao órgão formador?

O serviço de saúde participa da formulação da proposta do curso? Está ciente com que diretrizes se forma o trabalhador?

Há aproveitamento dos estudos em plano de carreiras e salários?

Se não, que outra modalidade de aproveitamento está prevista para os trabalhadores que cursam habilitações?

ROTEIRO 3 – ENTREVISTA

PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU

Qual o significado/importância do trabalho da Vigilância Sanitária para a sociedade?

Nas reuniões ordinárias do conselho a vigilância sanitária é colocada em pauta?

Como as questões da ordem da vigilância sanitária são encaminhadas por conselheiros para o serviço?

Nas conferências de saúde a vigilância sanitária é incluída nos eixos das discussões?

Obs.: A disponibilidade de tempo para a entrevista não permitiu aumentar o número de questões. Esta entrevista se realizou no início de uma reunião do Conselho Municipal de Saúde.

ROTEIRO 4 - GRUPO FOCAL

TRABALHADORES

- 1) Qual o significado/importância do trabalho da Vigilância Sanitária para a sociedade?
- 2) Como vocês explicam o trabalho em Vigilância Sanitária? Enfoque em limites e possibilidades do trabalho?
- 3) Descreva o seu processo de trabalho desenvolvido no dia a dia?
- 4) Em que medida o curso técnico contribuiu para um repensar do fazer em Vigilância Sanitária? O que mudou o trabalho de vocês após o curso?
- 5) Vocês se percebem como sujeitos capazes de almejar mudanças?
- 6) Que mensagem vocês dariam hoje para alguém que vai se inserir na Vigilância Sanitária de Blumenau?

ROTEIRO 5 - GRUPO FOCAL

CORDENAÇÃO DO CTVISA E DOCENTES

Qual o significado/importância do trabalho da Vigilância Sanitária para a sociedade?

Como os trabalhadores de saúde chegam à escola para participar da formação?

Que recursos didáticos-pedagógicos a escola dispõe?

Quais são os discentes que se dedicam à formação? Existe a possibilidade de participar de cursos de formação pedagógica?

A Escola reserva espaços para reuniões nas quais os docentes possam discutir e analisar o desenvolvimento dos cursos?

PPP – como é trabalhado para atingir seus objetivos?

Em que medida o currículo das habilitações técnicas articula ou integra as questões do trabalho realizado nos serviços de saúde?