

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

Roseli Cruz de Oliveira Vicente

ESTÁGIO CURRICULAR DO CURSO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: percepções quanto à integração do Técnico de
Vigilância em Saúde na estratégia de Saúde da Família.

Rio de Janeiro
2014

Roseli Cruz de Oliveira Vicente

ESTÁGIO CURRICULAR DO CURSO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: percepções quanto à integração do Técnico de
Vigilância em Saúde na estratégia de Saúde da Família.

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

Orientador: Maurício Monken

Co-orientadora: Grácia Maria de M. Gondim

Rio de Janeiro
2014

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

V632e Vicente, Roseli Cruz de Oliveira
Estágio curricular do curso técnico de vigilância em saúde no município do Rio de Janeiro: percepções quanto à integração do técnico de vigilância em saúde na estratégia de saúde da família / Roseli Cruz de Oliveira Vicente. - Rio de Janeiro, 2014.
140 f.

Orientador: Maurício Monken
Co-orientadora: Grácia Maria de M. Gondim

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

1. Educação Profissionalizante. 2. Vigilância em Saúde Pública. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Estágios. I. Monken, Maurício. II. Gondim, Grácia Maria de M. III. Título.

CDD 370.113

Roseli Cruz de Oliveira Vicente

ESTÁGIO CURRICULAR DO CURSO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: percepções quanto à integração do Técnico de
Vigilância em Saúde na estratégia de Saúde da Família.

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

Aprovada em 29/08/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta (FIOCRUZ / ENSP)

Prof. Dr. Christovam Barcellos – (FIOCRUZ / ICICT)

*Dedico este trabalho,
A minha mãe, Carmosina Cortes, exemplo
de persistência e luta diante dos desafios
impostos pela vida, valores fundamentais
que me incentivam a prosseguir.
Ao meu querido esposo, Antônio Pedro
Coelho, pelo apoio e companheirismo
durante esta trajetória.
Ao meu amado filho, Artur Oliveira
Coelho, pela compreensão e paciência
nesta caminhada.
Aos trabalhadores de nível médio da área
de Vigilância em Saúde.*

AGRADECIMENTOS

Á Deus, pela conclusão deste projeto.

Ao Prof^o: Maurício Monken, orientador, pela paciência, disponibilidade e confiança durante os dois anos de confecção deste trabalho.

A Prof^a: Grácia Maria de Miranda Gondim, co-orientadora, pelas contribuições neste processo de amadurecimento acadêmico.

Aos professores e funcionários do Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz pelo conhecimento compartilhado.

Aos alunos do Curso Técnico de Vigilância em Saúde, em especial aos que participaram desta pesquisa, pelo apoio na concretização deste trabalho.

A todos que direta e indiretamente estiveram presentes nesta caminhada.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”. (Albert Einstein).

RESUMO

O estudo promove uma reflexão sobre as atividades práticas propostas para o Estágio do Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU) tendo em vista a integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família. Caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo. O método utilizado foi a Observação Participante com aplicação de entrevistas semi-estruturadas e a realização de 1 Grupo Focal ao final do Curso com os atores envolvidos no processo de trabalho integrado, proposto e desenvolvido no Estágio. Participaram da pesquisa: 10 Agentes de Vigilância em Saúde que são alunos do Curso Técnico de Vigilância em Saúde e 1 preceptor do referido curso. Estes alunos realizaram seu Trabalho de Campo e Estágio em uma Clínica da Família localizada no Município do Rio de Janeiro. Objetivo Geral: Analisar as atividades práticas previstas no Curso Técnico de Vigilância em Saúde da EPSJV/Fiocruz durante a realização do Estágio tendo em vista a integração do Agente de Vigilância em Saúde (AVS) no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. Objetivos específicos: descrever a percepção dos Agentes de Vigilância em Saúde e do Preceptor de Trabalho de Campo e Estágio em relação à integração do AVS no processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família a partir da vivência no Estágio do CTVISAU; Identificar, sistematizar e analisar as principais contribuições e desafios pedagógicos do Estágio do CTVISAU no que se refere à integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. Os dados obtidos foram transcritos e analisados de acordo com o método de análise de conteúdo de Bardin. Como resultado, foi possível apontar que a Integração não ocorre na prática. O Estágio Curricular do CTVISAU traz contribuições no que se refere à proposta de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica. A Formação Profissional possibilita o questionamento quanto ao processo de trabalho atual desenvolvido pelos AVSs, contudo, esses trabalhadores evidenciam a impossibilidade de intervenção junto às lideranças. As Formas de Organização do Processo de Trabalho apresentam fatores limitantes frente à perspectiva de Integração do AVS na Estratégia de Saúde da Família, com destaque para a Gestão do Trabalho, a produção diária, as metas pactuadas e a forma como o contrato com as Organizações Sociais (OSs) é regido.

Palavras Chave: Educação Profissional em Saúde. Vigilância em Saúde. Atenção Básica à Saúde. Estágio Curricular.

ABSTRACT

The study promotes reflection on learning activities for Stage Technical Course for Health Surveillance (CTVISAU) with a view to integrating the Agent Health Surveillance in the process of Working Family Health Teams. It is characterized by a qualitative descriptive research. The method used was participant observation with application of semi - structured interviews and conducting one focus group at the end of the course with the actors involved in the integrated , proposed and developed in Stage work process . Participated in the survey: 10 Health Surveillance Agents who are students of the Technical Course for Health Surveillance and one preceptor of that course. These students held their Field Work and Internship in a Family Clinic located in the municipality of Rio de Janeiro. General Objective: To analyze the practical activities under the Technical Course Surveillance EPSJV / Fiocruz Health during the course of the internship in order to integrate the Agent Health Surveillance (AVS) in the work process of the Family Health Teams . Specific Objectives: To describe the perception of the Agents of Health Surveillance and Preceptor of Field Work and Internship in the integration of the AVS Working in the process of Family Health Teams from the experience in Stage CTVISAU; To identify, classify and analyze key contributions and pedagogical challenges of Stage CTVISAU with regard to the integration of Agent Health Surveillance in the work process of the Family Health Teams. The data were transcribed and analyzed according to the method of content analysis of Bardin. As a result, it was possible to point out that the integration does not occur in practice. The Curriculum Stage CTVISAU brings contributions with regard to the proposed integration of the Health Surveillance in Primary Care. Vocational training enables the questioning as to the current working process developed by AVSs, however, these workers showed the impossibility of intervention among leaders. Forms of Organization Work Process exhibit limiting factors facing the prospect of integration of AVS in the Family Health Strategy , with emphasis on the Management of Labour, daily production , the agreed goals and how the contract with the Social Organizations (OSs) is governed .

Key words: Health Professional Education, Health Surveillance, Primary Health Care, Curricular Internship.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Controle de Endemias
AVS	Agente de Vigilância em Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária em Saúde
CEB	Câmara de Educação Básica
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CV	Condições de Vida
CVAS	Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde
CTVISAU	Curso Técnico de Vigilância em Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DVS	Divisão de Vigilância em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
FNCEE	Fórum Nacional dos Conselhos Estaduais de Educação
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Assistência a Saúde da Família
MEC	Ministério da Educação
NVH	Núcleo de Vigilância Hospitalar
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PROFORMAR	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
SAS	Secretaria de Atenção Básica
SGTES	Secretaria do Trabalho e da Educação na Saúde
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SS	Situação de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Trabalho de Campo
TVS	Técnico de Vigilância em Saúde
VISAU	Vigilância em Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Modelos Assistenciais e a Vigilância em Saúde	52
Quadro II – Características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde	54
Quadro III – Temas trabalhados nos momentos de Integração Ensino – Serviço: Estágio / Datas referentes à Observação Participante em destaque.....	67
Quadro IV – Caracterização da Amostra: Alunos do CTVISAU/ Preceptorial do Curso.....	69
Quadro V – Categorias e subcategorias obtidas pela organização dos dados	72

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA	17
1.2 OBJETIVOS.....	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 O TRABALHO	21
2.1.1 O Trabalho do ACE: Contextualização	21
2.1.2 As Atribuições do ACE e a Organização das Atividades de Campo no Controle do Dengue.....	22
2.1.3 O Trabalho do ACE: Construção de novos sentidos a partir da Formação.....	24
2.2 EDUCAÇÃO	27
2.2.1 Educação Profissional.....	27
2.2.2 Educação Profissional em Saúde.....	28
2.2.3 Formação para o Trabalho em Equipes: Reflexões sobre o modelo de Competências.....	30
2.2.4 Formação inicial do ACE no Município do Rio de Janeiro: O PROFORMAR e as primeiras turmas do CTVISAU	37
2.2.5 O Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU).....	38
2.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA	48
2.3.1 A Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde: Buscando a Integração das práticas no território.....	48
3 METODOLOGIA	59
3.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS.....	59
3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	60
3.2.1 Cenário do Estudo	61
3.2.2 Sujeitos do Estudo	61
3.2.3 Critérios de Inclusão.....	61
3.2.4 Desenvolvimento do Trabalho de Campo	62
3.2.5 Instrumento de Coleta de Dados.....	62
3.2.6 A Coleta de Dados.....	63
3.2.7 Organização dos Dados	64
3.2.8 Procedimentos para análise dos dados.....	64
3.2.9 Cuidados éticos.....	64

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
4.1 RELATO E ANÁLISE DOS DADOS	66
4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
4.2.1 Classe Temática I - Processo de Trabalho: Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica	76
4.2.2 Classe Temática I – Processo de Trabalho: Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica: Comentários sobre a Observação Participante e Contribuições da Preceptoria	90
4.2.3 Reflexões sobre a Classe temática I: Processo de Trabalho- Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica.....	91
4.2.4 Classe Temática II - Integração Ensino Serviço – Estágio: Momento de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica	95
4.2.5 Classe Temática II - Integração Ensino Serviço – Estágio: Momento de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica: Comentários sobre a Observação Participante e Contribuições da Preceptoria.....	112
4.2.6 Reflexões sobre a Classe Temática II: Integração Ensino Serviço – Estágio: Momentos de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica.....	113
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS	126
APÊNDICE A – DIARIO DE CAMPO – ROTEIRO	131
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO - AVS	132
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO - PRECEPTOR	133
APÊNDICE D – ROTEIRO DE QUESTÕES - GRUPO FOCAL	134
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PRECEPTOR	135
APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - AVS	136
APÊNDICE G - MODELO: ORGANIZAÇÃO DOS DADOS –RESUMO LEITURA FLUTUANTE – UNIDADES DE REGISTRO OU FALAS – ENTREVISTAS	137
APÊNDICE H- MODELO: ORGANIZAÇÃO DOS DADOS – RESUMO LEITURA FLUTUANTE – UNIDADES DE REGISTRO OU FALAS - GRUPO FOCAL	138
APÊNDICE I- MODELO DE PLANILHA: ANÁLISE DE CONTEÚDO - ENTREVISTAS / CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	139

APÊNDICE J - MODELO DE PLANILHA: ANÁLISE DE CONTEÚDO – GRUPO FOCAL / CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	140
--	------------

APRESENTAÇÃO

Ao pensarmos no estudo de um tema, resgatamos nossa história, articulamos com o presente e construímos um novo percurso. O passado nos remete a trajetória profissional vivenciada até a chegada ao lugar onde estamos. A proposta de fazer algo novo representa um movimento que nos impulsiona a conhecer melhor o mundo em que estamos inseridos e porque não dizer conhecer melhor nossas escolhas!

Enquanto Enfermeira, desde o início da atividade profissional foi possível observar maior afinidade com a área de Saúde Pública. Aliás, até um pouco antes, considerando que ao ingressar na Universidade em 1996, o currículo da Enfermagem passava por um processo de reformulação e no primeiro período, para minha surpresa, estava conhecendo uma Comunidade para realização do diagnóstico das condições de Vida e Saúde da população. Para um aluno recém-ingresso algo inesperado. Onde estavam as matérias do ciclo básico, das ciências biológicas? Para o meu amadurecimento uma experiência única que marcaria minha jornada. Aliado a este momento, uma pedagogia inovadora fazia parte de nosso cotidiano. Os conteúdos das aulas eram construídos a partir das experiências dos alunos antes que a teoria fosse apresentada. No início, um momento de instabilidade, e, posteriormente um espaço de crescimento. Além disso, permaneci dois anos como monitora de Educação em Enfermagem, e, desta forma pude me aproximar um pouco do processo ensino-aprendizagem proposto, com destaque para as contribuições de Paulo Freire.

Após a conclusão do Curso em 2001, iniciei a residência em Saúde Pública, onde permaneci durante um ano. Na ocasião, desenvolvia minha carga horária em uma Unidade Básica de Saúde, realizando consultas individuais e em grupo. As atividades foram interrompidas em função do ingresso no Concurso Público do Estado do Rio de Janeiro. A partir de então, passei a atuar enquanto Enfermeira de uma unidade Hospitalar. Cerca de um ano depois, passei a atuar na área que desde o princípio havia me identificado, desenvolvendo minhas atividades em um posto de Saúde, enquanto servidora do Município do Rio de Janeiro. A identificação e o interesse pela área de Saúde Pública me fizeram buscar a Especialização em 2004, considerando a interrupção de meu processo formativo em momento anterior. O curso possibilitou o redirecionamento de minha prática no hospital, sendo oferecida no ano de 2007, uma oportunidade de atuação no Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH).

No ano de 2010, aceitei um grande desafio, atuar na Divisão de Vigilância em Saúde (DVS), enquanto participante do Grupo de Gestão da Coordenação da Área de Planejamento

3.3 do Município do Rio de Janeiro. Neste período, estava começando o movimento de incorporação dos Agentes de Controle de Endemias (ACE) nas Equipes de Saúde da Família, fato que me causou apreensão e surpresa, em função do envolvimento intenso destes profissionais no controle do Dengue. Naquele momento, estávamos realizando um planejamento em relação ao controle da doença, e, estes profissionais desenvolviam seus processos de trabalho de forma totalmente independente das equipes de ESF.

Ainda em um processo de leitura e amadurecimento de como seria a operacionalização do processo, enquanto DVS começamos a desenvolver oficinas de “Integração” do ACE com o ACS tendo em vista as ações conjuntas e complementares previstas no controle do Dengue. Utilizamos como referência as Diretrizes Nacionais para o Controle e Prevenção das Epidemias de Dengue. Mesmo com limitações, entendemos que as oficinas funcionavam como uma primeira aproximação entre estes profissionais e que esta estratégia visava produzir uma movimentação e mobilização em torno do risco de uma epidemia.

Outro fator que viabilizava discussão, era a estrutura organizacional da Vigilância Ambiental, com a respectiva estrutura hierárquica, a qual direcionava as demandas referentes ao processo de trabalho dos ACEs. Havia uma preocupação em entender como os processos de trabalho das ESFs seriam reorganizados de forma que os ACEs estivessem de fato integrados, e não apenas inseridos, considerando que esta última condição não necessariamente integraria as práticas, uma vez permanecidos os processos de trabalho anteriormente vigentes.

Enquanto participante do grupo de gestão, observei a proposta como um grande desafio, por envolver a reorientação do processo de trabalho dos Agentes, bem como a reorganização do processo de trabalho das Equipes. Neste contexto, surgiu uma inquietação a respeito do tema, e, ao mesmo tempo a necessidade de discussão e amadurecimento da proposta, a fim de permitir um agir reflexivo sobre onde estamos e onde queremos chegar.

No ano de 2011, a Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, passou a oferecer para um primeiro grupo de ACEs oriundos do Proformar-Rio, a Formação Técnica em Vigilância em Saúde.

Ao ingressar no Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (2012), observei a pertinência em relacionar como a formação técnica dos Agentes de Vigilância em Saúde, oferecida por esta instituição, pode contribuir para a reorientação do trabalho dos agentes e a reorganização do processo de trabalho das Equipes, na busca da integração progressiva da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária.

1 INTRODUÇÃO

Na construção do SUS, a formação dos trabalhadores técnicos de Saúde tornou-se uma preocupação freqüente, constituindo alvo de ações públicas em face do quantitativo insuficiente, da má distribuição entre os estados brasileiros e, principalmente em função do grande número de trabalhadores com precária ou nenhuma formação profissional. Historicamente, o processo de municipalização dos serviços de saúde se inicia com as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, avança com a criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (Suds), em 1987, e se estabelece nos anos 90. Neste contexto, novos desafios se apresentam para as forças políticas que se reúnem em torno do Projeto da Reforma Sanitária, trazendo para discussão o perfil do trabalhador necessário frente à premissa constitucional de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, baseada nos princípios de Universalidade, equidade e integralidade (MATTA; LIMA, 2008).

O Programa de Saúde da Família (PSF) vem sendo apontado pelo Ministério da Saúde “como estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil” (BRASIL, 2006), constituindo o ponto central e ordenador de toda a rede. O PSF foi desenvolvido a partir de 1994, configurando uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, baseando-se no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde as equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, em uma área delimitada, desenvolvendo ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (BARCELLOS; MONKEN, 2007). Considerando os princípios da Reforma Sanitária, o SUS designou a Atenção Primária no Brasil como Atenção Básica, buscando enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Embora o PSF, tenha se destacado nas políticas atuais, Fausto & Matta (2007) trazem algumas críticas fomentadas por diferentes autores que mostram aspectos contraditórios, principalmente nos primeiros anos de implantação deste modelo, caracterizando-o como um “programa vertical e seletivo, muito próximo das cestas básicas propostas pelo Banco Mundial”. Outros críticos, não consideram o PSF uma proposta inovadora e sim o retorno a uma medicina simplificada, já superada, voltada para os pobres. Mesmo diante das críticas, os autores ressaltam que o programa possibilitou a reestruturação e o fortalecimento das diretrizes da Atenção Primária no âmbito da Política Nacional de Saúde, motivando os gestores a persistirem nesta direção.

No Município do Rio de Janeiro, a partir do ano de 2009, observam-se profundas mudanças organizacionais e estruturais com a eleição da Atenção Primária em Saúde enquanto prioridade de governo. Juntamente com a Expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a inserção dos Agentes de Controle de Endemias (ACEs) vem ocorrendo progressivamente, em consonância com a portaria 1007 de 4 de Maio de 2010, partindo do pressuposto que a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde, constitui estratégia fundamental na busca da Integralidade da Atenção.

Nesta perspectiva emergem algumas reflexões quanto ao processo formativo, entendendo que a inserção física do profissional, não necessariamente possibilita a integração proposta. Além disso, é importante considerar que na ESF já existe um profissional de nível médio: o Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo necessária a definição de papéis e responsabilidades a fim de possibilitar a reorganização do processo de trabalho e permitir o desenvolvimento de práticas com abordagens integradas. Como historicamente os ACEs se detinham ao controle do dengue, na prática este enfoque ainda se evidencia, sendo relevante a construção de um novo olhar sobre este profissional por parte dos gestores e dos próprios colegas da equipe, identificando as contribuições que o enfoque e as tecnologias utilizadas na Vigilância em Saúde podem trazer na abordagem dos problemas de saúde da população. Neste sentido, entendemos que o Curso Técnico de Vigilância em Saúde ministrado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) apresenta contribuições relevantes, uma vez que o Trabalho de Campo (TC) e o Estágio possibilitam uma reflexão sobre os processos de trabalho dos ACEs/AVSs e da ESF propondo o desenvolvimento de atividades em conjunto inclusive ações de planejamento com a participação da Comunidade.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA / JUSTIFICATIVA:

A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) assumiu a integração entre a Atenção Primária em saúde (APS) e a Vigilância em Saúde (VISA), como prioridade político-institucional descrita em seu plano anual de trabalho de 2008 (MONKEN; BARBOSA, 2011). A portaria nº: 1007 de 4 de Maio de 2010 (BRASIL, 2010), regulamentou a incorporação do Agente de Controle de Endemias nas Equipes de Saúde da Família, pressupondo a reorganização dos processos de trabalho, com integração das bases territoriais dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Controle de Endemias (ACE) , com definição de papéis e responsabilidades, e a supervisão dos ACEs pelos profissionais de nível superior da Equipe de Saúde da Família.

Observa-se uma característica fundamental como eixo integrador da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária: o território. As Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010c), observa que as políticas referentes ao processo de construção do Sistema Único de saúde (SUS), desde 1990, recomendam a organização dos sistemas de saúde em bases territoriais. Compreendendo que a lógica da organização em territórios possibilita a aproximação com a riqueza e complexidade das relações humanas que neles interagem socialmente, bem como a caracterização dos aspectos políticos, econômicos e culturais do espaço, significando mais do que uma população inserida em determinados limites geográficos (BRASIL, 2010c).

Monken & Barcellos (2007, p. 198) trazem contribuições que reafirmam esta concepção:

(...) O que na realidade integra os diversos setores é o território, portanto é necessário adotá-lo como categoria fundamental para a análise das condições de vida. Cada vez mais o território se torna um elemento precioso para a compreensão da dinâmica social (...).

Neste sentido, verifica-se que a territorialização constitui a base do trabalho das equipes de atenção básica para a prática da Vigilância em Saúde, entendida como um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2010c).

A Portaria 1.007 de 4 de Maio de 2010 (BRASIL, 2010a) ao abordar a integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária, aponta ainda, a construção da Integralidade como consequência deste processo:

(...) a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para a construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local, que preserve as especificidades dos setores e compartilhe suas tecnologias, tendo por diretrizes a compatibilização dos territórios de atuação das equipes, o planejamento e programação e o monitoramento e avaliação integrados.

A idéia de construção da Integralidade está relacionada aos objetivos da Vigilância em Saúde como observa as Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2010c, p.16):

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em

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

Diante das especificidades por ora apresentadas, emerge a discussão sobre o processo de Formação Técnica dos Agentes de Vigilância em Saúde. As pesquisadoras da Universidade Federal da Bahia Carmen Fontes Teixeira e Ana Luísa Villas Boas, a partir de 2008, elaboraram um documento de referência para a secretaria de Vigilância em saúde (SVS-MS) e o Departamento de Atenção Básica / SAS para a organização do trabalho dos profissionais que desenvolvem ações de vigilância no espaço da atenção básica, definindo as diretrizes para orientar a elaboração de instrumentos norteadores dessa política (EPSJV, 2013). A Integralidade do Cuidado é o eixo orientador dessas Diretrizes apresentadas a seguir:

Integração de Territórios da Atenção Básica/Vigilância em Saúde: permite eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, definindo ações mais adequadas;

Planejamento e programação: ferramenta de gestão da Vigilância em Saúde que incorpora dois princípios fundamentais presentes na formulação da estratégia Saúde da Família: a corresponsabilidade sanitária e a participação social;

Monitoramento e avaliação: contínuo acompanhamento das atividades realizadas de forma a contribuir com seu aprimoramento, constituindo-se em ferramenta de apoio ao processo decisório;

Educação Permanente em Saúde: Formação e qualificação das equipes, cuja missão é ter capacidade para resolver os problemas que lhe são apresentados, ainda que a solução extrapole aquele tipo de atenção;

Organização do Processo de Trabalho: ao propor a integralidade do cuidado, necessariamente devem-se rever os processos de trabalho, na tentativa de integrar os vários atores tanto na atenção básica como na Vigilância em Saúde;

Participação e controle social: Como forma de democratizar a gestão e atender as reais necessidades da população;

Promoção da Saúde: visa romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que neles se produzem. (EPSJV, 2013, p.4).

Buscando avançar neste processo, a Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a EPSJV/Fiocruz, a partir do início de 2011, iniciou o Curso Técnico de Vigilância em Saúde, promovendo aproximações com as diretrizes e ações recomendadas pela SVS e os momentos de integração ensino-serviço. Neste sentido, foram propostas atividades práticas com os alunos e uma das Equipes da Estratégia de Saúde da Família, em cada turma do Curso, tendo em vista o desenvolvimento de ações conjuntas no território de abrangência, durante a realização do Estágio, que está relacionado teórico e metodologicamente ao Trabalho de Campo do referido Curso.

Diante do exposto, este estudo pretende promover uma reflexão sobre as atividades práticas propostas para o Estágio do Curso Técnico de Vigilância em Saúde, considerando as possíveis contribuições no que se refere à perspectiva de integração do

Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. Para tanto, as seguintes questões foram levantadas:

- 1- Quais os desafios referentes ao processo de trabalho para integração do Agente de Vigilância em Saúde nas Equipes de Saúde da Família?
- 2- Qual a contribuição do Estágio do CTVISAU em relação à perspectiva de integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família?

A partir destes questionamentos, foram elencados os objetivos descritos a seguir.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Analisar as atividades práticas previstas no Curso Técnico de Vigilância em Saúde da EPSJV/Fiocruz durante a realização do Estágio tendo em vista a integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a percepção dos Agentes de Vigilância em Saúde e do Preceptor do Trabalho de Campo e Estágio em relação à integração do AVS no processo de Trabalho das Equipes de Saúde da Família a partir da vivência no Estágio do CTVISAU.
- Identificar, sistematizar e analisar as principais contribuições e desafios pedagógicos do Estágio do CTVISAU no que se refere à perspectiva de integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

Para o melhor entendimento do fenômeno estudado, optou-se pelo desenvolvimento de três capítulos, a fim de aprofundar a discussão nos eixos temáticos que norteiam a pesquisa: trabalho, educação e saúde, sendo realizado um resgate histórico do processo de trabalho e formação dos Agentes de Controle de Endemias (ACEs), desde o PROFORMAR até a perspectiva atual de Formação Técnica.

Na discussão referente à saúde, resgatamos as bases históricas e conceituais da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde, buscando a convergência de conceitos que fundamentam a perspectiva de Integração dessas duas grandes áreas de conhecimento, conforme apresentado a seguir.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O TRABALHO

2.1.1 O Trabalho do ACE: Contextualização

Durante anos o Governo Federal centralizou as ações de Controle de Endemias e desde a década de 70 figurou como responsável pelos Agentes de Saúde Pública. No entanto, em consonância com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1999 houve a descentralização das ações de Vigilância para os Municípios que assumiu a responsabilidade pelas mesmas a partir de então. Neste processo, observou-se a precarização do vínculo empregatício de boa parte dos agentes, caracterizando-se pela ausência de um piso salarial comum e pelo regime de contrato temporário (TORRES, 2009).

Em 2006 foi publicada a lei 11.350 trazendo a regulamentação do trabalho dos ACEs e ACSs. O documento sinaliza que o trabalho dos Agentes está vinculado exclusivamente ao âmbito do SUS, que a contratação temporária ou terceirizada não é permitida (a não ser em caso de surtos endêmicos) e que deve ser realizada através de seleção pública. A lei descreve ainda como um dos requisitos para o exercício da atividade do Agente: a conclusão de um Curso Introdutório de Formação inicial e continuada (TORRES, 2009). Logo, a qualificação aparece como pré-requisito para o desenvolvimento do trabalho. Neste sentido, algumas propostas avançaram como o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR) e mais recentemente o Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU).

Antes de abordarmos a qualificação propriamente dita, entendemos como necessário o conhecimento das atribuições e formas de Organização do Trabalho destes profissionais que durante muitos anos estiveram quase restritos ao Controle do Dengue. Tal leitura visa favorecer o entendimento dos desafios que se apresentam ainda neste momento, considerando que poucas modificações ocorreram no processo de trabalho, conforme resultados presentes nesta pesquisa. Além disso, essa compreensão se faz necessária para se promover uma reflexão e discussão frente à proposta de Formação e Integração destes profissionais com a Estratégia de Saúde da Família.

2.1.2 As atribuições do ACE e a Organização das Atividades de Campo no Controle do Dengue.

O manual de normas técnicas (MS/FUNASA, 2001) especifica que as atividades operacionais de Campo estão organizadas em uma área de abrangência restrita denominada Zona (área de Zoneamento) que corresponde a área de atuação e responsabilidade de um agente de saúde. Para cada Zona estima-se o número de 800 a 1000 imóveis. Recomenda-se a existência de maior vínculo e identificação do Agente com a Comunidade, onde ele desenvolve seu trabalho (BRASIL, 2001).

O Agente

Responde por uma Zona fixa de 800 a 1.000 imóveis, visitados em ciclos bimensais nos municípios infestados por *Aedes aegypti*. Espera-se do Agente a seguinte obrigação básica: descobrir focos, destruir e evitar a formação de criadouros, impedir a reprodução de focos e orientar a comunidade com ações educativas.

Suas atribuições no combate aos vetores são:

- Realizar a pesquisa larvária em imóveis para levantamento de índice e descobrimento de focos nos municípios infestados e em armadilhas e pontos estratégicos nos municípios não infestados;
- Realizar a eliminação de criadouros tendo como método de primeira escolha o controle mecânico (remoção, destruição, vedação, etc.);
- Executar o tratamento focal e perifocal como medida complementar ao controle mecânico, aplicando larvicidas autorizados conforme orientação técnica;
- Orientar a população com relação aos meios de evitar a proliferação dos vetores;
- Utilizar corretamente os equipamentos de proteção individual indicados para cada situação;
- Repassar ao supervisor da área os problemas de maior grau de complexidade não solucionados;
- Manter atualizado o cadastro de imóveis e pontos estratégicos da sua zona;
- Registrar as informações referentes às atividades executadas nos formulários específicos;
- Deixar seu itinerário diário de trabalho no posto de abastecimento (PA);
- Encaminhar aos serviços de saúde os casos suspeitos de dengue.

Supervisor de Campo

É o responsável pelo trabalho realizado pelos agentes de saúde, sob sua orientação. É também o elemento de ligação entre os seus agentes, o supervisor geral e a coordenação dos trabalhos de campo.

Tem como principais atribuições:

- Acompanhamento das programações, quanto a sua execução, tendo em vista não só a produção mas também a qualidade do trabalho;
- Organização e distribuição dos agentes dentro da área de trabalho; acompanhamento do cumprimento de itinerários, verificação do estado dos equipamentos, assim como da disponibilidade de insumos;
- Capacitação do pessoal sob sua responsabilidade, de acordo com estas instruções, principalmente no que se refere a:
 - conhecimento manejo e manutenção dos equipamentos de aspersão;
 - noções sobre inseticidas, sua correta manipulação e dosagem;
 - técnica de pesquisa larvária e tratamento (focal e perifocal);
 - orientação sobre o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI).
- Controle e supervisão periódica dos agentes de saúde;
- Acompanhamento do registro de dados e fluxo de formulários;
- Controle de frequência e distribuição de materiais e insumos;
- Trabalhar em parceria com as associações de bairros, escolas, unidades de saúde, igrejas, centros comunitários, lideranças sociais, clubes de serviços, etc. que estejam localizados em sua área de trabalho;
- Avaliação periódica, junto com os agentes, das ações realizadas;
- Avaliação, juntamente com o supervisor-geral, do desenvolvimento das áreas com relação ao cumprimento de metas e qualidade das ações empregadas.

Recomenda-se que cada supervisor tenha dez agentes de saúde sob a sua responsabilidade, o que permitiria, a princípio, destinar um tempo equitativo de supervisão aos agentes de saúde no campo.

As recomendações eventualmente feitas devem ser registradas em caderneta de anotações que cada agente de saúde deverá dispor para isso.

É ainda função do supervisor a solução de possíveis recusas, em auxílio aos agentes de saúde, objetivando reduzir pendências, cabendo-lhe manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de sua área.

Tal como os agentes de saúde, também o supervisor deve deixar no posto de abastecimento (PA) o itinerário a ser cumprido no dia.

Supervisor geral

O supervisor-geral é o servidor de campo ao qual se atribui maior responsabilidade na execução das atividades. É o responsável pelo planejamento, acompanhamento, supervisão e

avaliação das atividades operacionais de campo. As suas atividades exigem não só o integral conhecimento de todos os recursos técnicos empregados no combate ao *Aedes aegypti*, mas, ainda, capacidade de discernimento na solução de situações não previstas e muitas vezes emergenciais. Ele é responsável por uma equipe de cinco supervisores.

São funções do supervisor-geral:

- Participar da elaboração do planejamento das atividades para o combate ao vetor;
- Elaborar, juntamente com os supervisores de área, a programação de supervisão das localidades sob sua responsabilidade;
- Supervisionar e acompanhar as atividades desenvolvidas nas áreas;
- Elaborar relatórios mensais sobre os trabalhos de supervisão realizados e encaminhá-los ao coordenador municipal do programa;
- Dar suporte necessário para suprir as necessidades de insumos, equipamentos e instrumentais de campo;
- Participar da organização e execução de treinamentos e reciclagens do pessoal de campo;
- Avaliar, juntamente com os supervisores de área, o desenvolvimento das atividades nas suas áreas, com relação ao cumprimento de metas e qualidade das ações empregadas;
- Participar das avaliações de resultados de programas no município;
- Trabalhar em parceria com entidades que possam contribuir com as atividades de campo nas suas áreas de trabalho;
- Implementar e coordenar ações que possam solucionar situações não previstas ou consideradas de emergência.

Ressalta-se que neste momento, no Município do Rio de Janeiro, as funções dos profissionais ACEs ou trabalhadores que desempenham a mesma atividade com outras nomenclaturas (guarda de endemias, agente de combate de endemias e agentes de saúde pública e etc.) buscam fundamentação em perspectivas ampliadas, se comparadas ao manual FUNASA (2001), considerando inclusive a qualificação técnica que esses profissionais vêm recebendo. Desta forma, a noção de território vem se consolidando e o processo de territorialização, vêm sendo conduzido de forma a favorecer a compatibilização dos territórios da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária.

2.1.3 Trabalho do ACE: Construção de novos sentidos a partir da formação.

Destaca-se que no momento da descentralização das ações de Vigilância em 1999, coube a FUNASA capacitar e ceder aos estados e municípios seus 26 mil agentes, conhecidos

como guardas sanitários, supervisores, guardas de endemias ou matamosquitos. Entretanto, conforme sinalizado por Batistella (2009) observou-se que o trabalho destes profissionais limitava-se ao controle quase especificamente de uma doença, havendo assim: os guardas da malária, os guardas da dengue, os guardas da esquistossomose e assim por diante. Ressalta-se que a formação dos mesmos era basicamente instrumental, estando dissociada de qualquer base científica maior ou de conteúdos de formação mais ampla. Verifica-se que a formação era restrita ao conteúdo técnico referente ao controle de determinada doença, sendo realizados treinamentos de curta duração, baseados em Guias ou cartilhas elaboradas dentro da própria Funasa (TORRES, 2009).

Visando atender a necessidade de um processo formativo voltado para esses trabalhadores surgiu o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), através de um convênio entre a EPSJV, a Funasa e, mais tarde, a SGTES. Foram oferecidos cursos de formação inicial entre 2003 e 2006, a fim de que os agentes atuassem mais articuladamente com a própria realidade. Para tanto, buscava-se que os alunos desenvolvessem um trabalho de Campo nas áreas que já atuavam, realizando um diagnóstico das condições de vida e saúde da população, identificando situações de risco, potencialidades e vulnerabilidades do local (TORRES, 2009).

Para a estruturação do Curso, a partir de 2001 realizou-se uma série de Oficinas em todos os Estados brasileiros elaborando diagnósticos e estudando o tipo de formação mais apropriado para atingir os trabalhadores da Funasa. Observou-se que o número de trabalhadores a serem qualificados se multiplicava, na medida em que mais profissionais eram contratados pelos Municípios e Estados. Em 2001, em vez de 26.000 havia 85 mil trabalhadores a serem formados. No período de 3 anos o Proformar qualificou 32 mil trabalhadores (TORRES, 2009).

Conforme destacado por Batistella (2009), pode-se encarar o Curso como uma qualificação inicial, um primeiro módulo comum a todo o país, para um Curso Técnico de Vigilância em Saúde. Destaca-se que o Curso ainda não aprofundava nenhuma prática específica da Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Ambiental ou de Saúde do Trabalhador, embora permitisse um conhecimento comum do SUS e da área de Vigilância. Sinaliza-se ainda a reivindicação dos trabalhadores para continuidade da Formação, considerando inclusive a obrigatoriedade estabelecida pela lei 11.350 (TORRES, 2009).

Ao término do Programa, o Ministério da Saúde começou a organizar uma proposta de qualificação baseada em um itinerário formativo, semelhante ao realizado para ACS e

Técnicos em Higiene Dental, sendo discutido o tipo de Curso, o que se pretende oferecer e o profissional que se deseja formar (TORRES, 2009).

Ressalta-se a experiência da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), enquanto Instituição pioneira no desenvolvimento do Curso Técnico, que desde 2008 oferece o processo formativo, sendo procurada por diversas escolas a partir deste período, com a finalidade de prestar assessoria para construção curricular do Curso em questão (TORRES, 2009).

Em 2011, A Secretaria do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde (DEGES), apresentou as diretrizes e orientações para a Formação do Técnico em Vigilância em Saúde, tendo como referência as diretrizes e os princípios das políticas nacionais de Educação e de Saúde (BRASIL, 2011).

No entendimento da SGTES, a coordenação da formação de recursos humanos na área da saúde pressupõe a ampliação da formação técnica de nível médio, inclusive como estratégia de efetivação do Sistema único de Saúde (SUS). Considerando a complexidade técnica e política da Vigilância em Saúde, a formação técnica nesta área configurou-se em uma das prioridades do Profaps e, conseqüentemente, foram estabelecidas parcerias, tendo em vista a definição dos referenciais e das diretrizes orientadoras do processo de formação do técnico em Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011).

Nesta perspectiva, foram realizados estudos e pesquisas sob a Coordenação da SGTES em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB, SAS), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Destaca-se que em diferentes momentos contou-se com a efetiva e fundamental participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), do Ministério das Educação (MEC), especialmente, de membros da Câmara de Educação Básica (CEB), representantes do Fórum Nacional dos Conselhos Estaduais de Educação (FNCEE) e de professores de Universidades. As conclusões desses estudos e pesquisas constituíram os referenciais para o mapa de Competências e o marco de orientação da formação do técnico de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011).

2.2 EDUCAÇÃO

2.2.1 Educação Profissional

O processo de industrialização, especialmente a partir da década de 1930, modificou lentamente a sociedade brasileira, evidenciando a necessidade de uma nova proposta de educação: preparar trabalhadores para a indústria, dentro de uma nova ordem social, em função da acumulação do Capital. Tais transformações geraram uma mudança na concepção de ensino profissional, até então voltado para aprendizagem de um Ofício. A aprendizagem passa a sugerir a introdução do domínio das técnicas, da parcelarização do trabalho e da adaptação à máquina, de forma a disciplinar a força de trabalho e adequá-la a organização febril (CAMPELLO; LIMA FILHO, 2009).

Nos anos 30 e nos anos 40, reforma-se o ensino secundário. A partir de 1942, são apresentadas as “leis orgânicas da Educação Nacional” para o ensino secundário, o ensino industrial, o ensino primário, o ensino normal e o ensino agrícola. (Campello & Filho, 2009).

Os autores destacam ainda, que no conjunto das leis orgânicas da Educação Nacional, o ensino secundário e o ensino normal, traziam o seguinte objetivo: “formar elites condutoras do país”, no entanto, em relação ao ensino profissional o objetivo é definido da seguinte forma: oferecer “formação adequada aos filhos dos operários, aos desvalidos da sorte e aos menos afortunados, aqueles que necessitam ingressar precocemente na força de trabalho”. Observa-se a descrição de uma herança dualista. (BRASIL, 1999).

Em 1950, permitiu-se a equivalência entre os estudos acadêmicos e os estudos profissionalizantes. Em 1961, ocorre a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº: 4024 de 20 de dezembro de 1961), onde se verifica a completa equivalência entre os Cursos técnicos e o Curso secundário para efeito de ingresso nos cursos superiores (CAMPELLO; LIMA FILHO, 2009).

A Lei 5692/71, reformou o ensino primário e secundário. A profissionalização enquanto finalidade única para o ensino de 2º Grau foi estabelecida compulsoriamente. Neste contexto, a ‘educação profissional’ deixou de limitar-se a estabelecimentos especializados. Um aspecto importante a ser considerado, e, apresentado pelos autores a partir das contribuições de Cunha (1998), destaca que as escolas técnicas eram procuradas por grupos de estudantes que apresentavam pouco ou nenhum interesse pelos seus cursos profissionais. Na verdade, se transformaram numa alternativa de ensino público para estudantes que buscavam apenas o preparo para o vestibular. Em 1982, a Lei 7044 suspendeu a

obrigatoriedade da habilitação profissional no ensino de 2º Grau. A partir de então, a ‘educação profissional’ voltou a se restringir aos estabelecimentos especializados. (CAMPELLO; LIMA FILHO, 2009).

Em 1996 é promulgada a Lei 9394, atual Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que define a identidade do ensino médio como uma etapa de consolidação da educação básica e descreve que “a educação profissional (...) conduz ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva”. Conforme sinalizado pelos autores, pela primeira vez, uma lei geral da educação brasileira apresentou um capítulo específico sobre ‘educação profissional’. Em 1997, é estabelecido pelo governo federal o Decreto 2208, que regulamentou os dispositivos da LDB relacionados à ‘educação profissional’, apresentando seus objetivos e níveis, além de orientações referentes a formulação dos currículos dos Cursos Técnicos. O Decreto caracterizou três níveis de ‘educação profissional’: o básico, o técnico e o tecnólogo. Ressalta-se que a reforma dos anos 90 proibiu o desenvolvimento do ensino técnico integrado ao ensino médio e definiu a ‘educação profissional’ como obrigatoriamente paralela e complementar à educação básica. Destaca-se que essa proibição, retorna ao dualismo escolar, na medida em que promove a ruptura entre o pensar e o agir e o aligeiramento da formação profissional; além de favorecer a subsunção da escola à cultura do mercado na formação do cidadão produtivo (FRIGOTTO; CIAVATTA, 2006).

Em Julho de 2004 é promulgado o Decreto 5154, que revogou o Decreto 2208/97 e resgatou a possibilidade de articulação plena do ensino médio com a ‘Educação Profissional’, através da oferta do ensino técnico integrado ao ensino médio. No entanto, foram mantidas as alternativas anteriores que haviam sido fortalecidas e ampliadas com o Decreto 2208/97, caracterizando a histórica dualidade estrutural da Educação Brasileira (CAMPELLO & FILHO, 2009).

No início deste século, retoma-se o debate do final dos anos 80, referente as concepções e discussões que antecederam a Lei 9394/96. Busca-se contemplar uma proposta de articulação entre ciência, cultura e trabalho, como elementos norteadores de uma nova política educacional (CAMPELLO; FILHO, 2009).

2.2.2 Educação Profissional em Saúde

A educação profissional em saúde foi instituída legalmente no Brasil à partir da lei 4.024 de 1961. Anteriormente o ensino técnico estava fundamentado nas leis orgânicas de ensino, promulgadas durante o Estado Novo, pelo então ministro da Educação e Saúde:

Gustavo Capanema (LIMA, 1996). Ressalta-se que a normativa estava relacionada especificamente a formação de profissionais para a indústria, o comércio, a agricultura e a formação de professores, no entanto, não representou impedimento para a aprovação de legislação educacional referente à área de Enfermagem na década de 1940. Na ocasião, buscava-se regular a formação técnica dos práticos de Enfermagem (Decreto-lei nº: 8778/1946) e dos auxiliares de Enfermagem (lei nº 775/1949), no incipiente e pouco desenvolvido mercado de trabalho hospitalar (PEREIRA; LIMA, 2009).

No final da década de 1950, observa-se no discurso dos estudiosos e técnicos de instituições internacionais, uma concepção de desenvolvimento, que se constitui ao mesmo tempo, em uma teoria de educação, inspirada na teoria do ‘capital humano’ de Theodore W. Schultz. Destaca-se que o desenvolvimento deste conceito lhe conferiu o Prêmio Nobel de Economia de 1979. Como desdobramento destas concepções, em relação ao primeiro aspecto, ocorre a reorientação da estratégia da Comissão Econômica para a América Latina (Cepal), que passa a preconizar na década de 1960 o desenvolvimento integrado, a partir do planejamento econômico-social, como instrumento de superação do subdesenvolvimento. Enquanto teoria de educação influenciou toda a política educacional brasileira, a partir da segunda metade da década de 1960, em especial a ‘educação profissional em saúde’, configurando-se de forma completa na década de 1970, com a Lei 5.692/71, que reformulou o ensino de 1º e 2º graus no país. (PEREIRA; LIMA, 2009, p.183).

Em seus pressupostos político-ideológicos, a teoria trazia a idéia que o subdesenvolvimento não estava relacionado às relações de poder e dominação, dependendo apenas da modernização de alguns fatores, onde os recursos humanos qualificados constituem o elemento fundamental. Introduz ainda a idéia de que o antagonismo capital trabalho pode ser superado mediante um processo meritocrático. Na perspectiva econômica, o conceito de capital humano coloca o trabalhador assalariado como um duplo proprietário: da força de trabalho - adquirida pelo capitalista - e de um capital adquirido por ele- traduzindo-se em quantidade de Educação ou capital humano (PEREIRA; LIMA, 2009, p.184).

Em linhas gerais este conceito reduziu a concepção de educação e, por extensão, a educação profissional a mero fator técnico de produção. Como consequência, essa concepção tecnicista de educação profissional contribuiu, entre outros, para a naturalização das ações feitas pelos trabalhadores técnicos em saúde: reduzindo a formação profissional a meros treinamentos.

A partir dos anos 80, começa a se desenhar uma nova concepção, antagônica a pré-existente, confrontando-se com a idéia de adaptação. A educação é recolocada no âmbito das

práticas sociais, sendo entendida como uma prática constituída e constituinte das relações sociais e uma concepção de escola, onde o eixo básico encontra-se fundamentado na questão da escola unitária, de formação tecnológica ou politécnica, trazendo a necessidade de aprofundamento dos sentidos e desafios de tomar-se o trabalho como princípio educativo. (PEREIRA; LIMA, 2009, p.185).

As propostas em torno do ideário da politecnia, traziam uma reflexão frente as transformações que estavam ocorrendo no mundo do trabalho com a introdução de novas tecnologias informáticas e biotecnológicas e novas formas de energia que se evidenciaram no decorrer dos anos 90. Destaca-se que a proposta chegou a ser incorporada no projeto de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, sendo apresentado pelos setores educacionais progressistas à Câmara dos Deputados em 1988. O projeto foi derrotado naquele momento, pelo senador Darcy Ribeiro, sendo aprovado em 20 de Dezembro de 1996, com a LEI 9394, levando a diversas regulamentações posteriores. Ressalta-se a regulamentação curricular com base na pedagogia das competências, que se tornou a principal referência para a política educacional de maneira geral, em especial para a 'educação profissional em saúde'. (PEREIRA; LIMA, 2009, p.185). Aspecto que será discutido posteriormente.

2.2.3 Formação para o Trabalho em Equipes: Reflexões Sobre o Modelo de Competências.

Ao iniciarmos esta discussão é importante considerarmos que as propostas que surgem e são desenvolvidas em uma sociedade não surgem de forma isolada e neutra, na maioria das vezes guardam relação com aspectos históricos, culturais e principalmente econômicos em função do sistema capitalista no qual estamos inseridos.

Deluiz (2012) descreve as mudanças históricas que ocorreram no mundo do trabalho no contexto da globalização econômica, possibilitando uma avaliação crítica quanto ao processo que culminou no desenvolvimento do conceito de Competências. Referindo-se aos desafios concernentes à educação profissional, a autora aponta que o modelo da "especialização flexível" e os "novos conceitos de produção", modificaram a divisão técnica do trabalho, a qual se tornou menos evidenciada, ocorrendo a integração do trabalho direto e indireto e entre a produção e o controle de qualidade. Destaca-se que o trabalho em equipe passou a substituir o trabalho individualizado e as tarefas do posto de trabalho foram eclipsadas pelas funções polivalentes, constituindo "ilhas de produção" ou grupos semi-autônomos, havendo assim, mudanças no conteúdo e na qualidade do trabalho humano.

A discussão referente ao modelo das competências profissionais no mundo

empresarial tem início na década de 80, a partir da crise estrutural do capitalismo configurada nos países centrais, no início da década de 70. Observa-se o esgotamento do padrão de acumulação Taylorista/fordista; Hipertrofia financeira na nova fase do processo de internacionalização do capital; concorrência intercapitalista; desregulamentação dos mercados e da força de trabalho, frente à crise da organização assalariada do trabalho e do contrato social (DELUIZ, 2001).

Em resposta à crise estrutural do capitalismo ocorre à reestruturação no processo produtivo, através da constituição das formas de produção flexíveis, da inovação científico-tecnológica, e de novas formas de gerenciamento da organização do trabalho e do saber dos trabalhadores. Neste processo de reestruturação empresarial, as novas concepções gerenciais fundamentam-se na lógica de recomposição da hegemonia capitalista e da relação capital-trabalho, tendo como objetivos racionalizar, otimizar e adequar a força de trabalho em função das demandas do sistema produtivo. O aprofundamento da globalização das atividades capitalistas e a busca de competitividade, evidenciada na década de 90, potencializaram a sistematização de políticas de recursos humanos voltadas para as estratégias empresarias, sendo incorporado à prática organizacional o conceito de competência, como base do modelo para o gerenciamento de pessoas (DELUIZ, 2001).

Diante do exposto, o conceito de qualificação passa a ser repensado, pois conforme descrito por Deluiz (2012), não se trata mais, de uma qualificação formal, destinada a ocupação de um posto de trabalho com tarefas prescritas, mas da qualificação real do trabalhador, entendida como um conjunto de competências e habilidades, saberes e conhecimentos, oriundos de várias instâncias: formação geral (conhecimento científico), formação profissional (conhecimento técnico), experiência de trabalho e social (qualificações tácitas). Segundo a autora, a qualificação real dos trabalhadores é mais complexa por estar mais relacionada ao “saber-ser” do que ao “saber-fazer”. Como características deste tipo de qualificação, encontramos um conjunto de competências colocadas em ação em uma situação concreta de trabalho, a articulação de vários saberes provenientes de várias esferas (formais, informais, teóricos, práticos, tácitos) a fim de resolver problemas e situações de imprevisibilidade, incluindo a mobilização da inteligência para o enfrentamento dos desafios do trabalho.

A abrangência do conjunto de competências ultrapassa a dimensão cognitiva, intelectual e técnica. Espera-se que o profissional tenha capacidade para resolver problemas, equacionar soluções, pensar estrategicamente, introduzir modificações no processo de trabalho, atuar preventivamente, transferir e generalizar conhecimentos. Junto a amplitude do

modelo de competências, soma-se a dimensão cognitiva, as competências organizacionais ou metódicas onde se espera a capacidade de autoplanejar-se, auto-organizar-se, estabelecer métodos próprios, gerenciar seu tempo e espaço de trabalho. Destacam-se ainda as competências comunicativas, sociais e comportamentais, com traços subjetivos cada vez mais realçados no que se refere à organização do trabalho.

Ramos (2011) sinaliza que no Brasil a partir dos anos de 1990 ocorreram reformas educacionais que promoveram mudanças nos planos político e cultural. A autora destaca que neste período a educação passou a se configurar como um serviço privado ofertado pelo mercado, apenas sob a regulação do Estado. Além disso, houve a tentativa de instaurar no senso comum dos educadores e da sociedade em geral, a crença de que a solução para os problemas da educação e da escola estaria na adoção de uma “nova” pedagogia, a pedagogia das competências.

Observa-se que a partir dos anos 90, sob o ideário neoliberal, a promessa anteriormente enunciada pela Teoria do Capital Humano, de integração dos sujeitos ao mercado e das nações ao desenvolvimento econômico por meio da Educação não se cumpriu, e, ao mesmo tempo, quem assumiu a responsabilidade pela oferta educacional não foi o Estado e sim o mercado (RAMOS, 2011).

Considerando que o investimento em educação feito pelo Estado ou pelo indivíduo não redundou em tantos benefícios como previamente enunciados, a sociedade que acompanharia as tendências mundiais seria uma sociedade de livre mercado. Nesse contexto, indivíduos inseridos na sociedade contemporânea deveriam ser flexíveis e adaptáveis a imprevisibilidade inerentes a esse tempo, buscando desenvolver todos os seus recursos para se manterem produtivos. Desta forma, os países estariam preparados para as constantes crises financeiras supostamente vinculadas ao capitalismo globalizado (RAMOS, 2011).

Outro aspecto a ser destacado refere-se ao rompimento com os padrões da modernidade que caracterizaram as sociedades ocidentais no século XX. Emerge a necessidade de um novo consenso a partir da revisão dos princípios e valores. A dinâmica econômica e política exigia a conformação de uma nova cultura que vem sendo denominada: pós-moderna. Conforme apontado pela autora, a pedagogia das competências expressa essa nova cultura na relação entre o trabalho e a educação. Nesta perspectiva, não se esperaria que a posse de um diploma correspondesse a garantia de um emprego, ou que a escolaridade agregasse valor à força de trabalho, permitindo a elevação dos salários com provável ascensão social. (RAMOS, 2011).

Em relação ao pós - modernismo, Silva (1999), traz contribuições que auxiliam na

compreensão desta perspectiva. Segundo este autor o pós-modernismo é o movimento intelectual fundamentado na idéia de que estamos vivendo uma época histórica radicalmente diferente da anterior: a modernidade. O pós-modernismo, no entanto, não se caracteriza por uma teoria coerente e unificada, mais em um conjunto variado de perspectivas, compreendendo uma variedade de campos intelectuais, políticos, estéticos e epistemológicos.

Os princípios e pressupostos do pensamento social e político desenvolvido a partir do iluminismo passa a ser questionado. Desta forma, as ideias de razão, ciência, racionalidade e progresso constante, que permaneceram em evidência na sociedade inclusive nos séculos posteriores, são observados com desconfiança. Na perspectiva pós-modernista, são precisamente essas ideias que estão na raiz dos problemas que assolam nossa época (SILVA, 1999).

Em função dos questionamentos revolucionários em relação às noções epistemológicas da Modernidade e das ideias que a acompanham, o pós – modernismo apresenta importantes implicações curriculares, uma vez que as noções de educação, pedagogia e currículo estão fortemente fundamentadas na modernidade. Desta forma, a educação tal como a conhecemos hoje é a instituição moderna por excelência, sendo seu objetivo transmitir o conhecimento científico; formar um ser humano supostamente racional e autônomo, e ao mesmo tempo, moldar o cidadão da moderna cidadania representativa. Considera-se que a partir desse sujeito racional, autônomo e democrático é que se pode chegar ao ideal moderno de uma sociedade racional progressista e democrática. O pós – modernista questiona este pensamento, e desta forma representa um ataque a própria ideia de educação (SILVA, 1999).

Em relação aos questionamentos que o pós – modernismo faz às noções modernas, algumas ideias centrais se destacam. O pós – modernismo expressa uma desconfiança profunda, relativa às pretensões totalizantes do saber do pensamento moderno. Na busca da ordem e do controle, a prerrogativa social moderna preocupa-se em elaborar teorias e explicações que sejam as mais ampliadas possíveis, a fim de reunir em um único sistema a compreensão total da estrutura e do funcionamento do universo e do mundo social. Na visão pós – moderna, o pensamento moderno faz adesão as “grandes narrativas”, das “narrativas mestras”. Entende-se que as “grandes narrativas” constituem a expressão da vontade de domínio e controle dos modernos (SILVA, 1999).

No que se refere a cultura, estilos e modos de vida, o pós – modernismo além de se apresentar tolerante, privilegia a mistura, o hibridismo e a mestiçagem. Demonstra preferência pelo local e o contingente ao universal e abstrato. Volta-se para a incerteza e a dúvida,

desconfiando profundamente da certeza e das afirmações categóricas. Ao invés das grandes narrativas e do “objetivismo” do pensamento moderno o pós-modernismo prefere o “subjetivismo” das interpretações parciais e localizadas. Para o pós-modernismo não existe distinção categórica e absoluta entre “alta” e “baixa” cultura como o modernismo faz (SILVA, 1999).

Retomando a questão da educação e do currículo, Silva (1999), sinaliza quanto a uma aparente incompatibilidade entre o currículo existente e o pós-moderno. O primeiro se apresenta como uma encarnação das características modernas, sendo linear sequencial e estático. Sua epistemologia é realista e objetivista. Além de ser disciplinar e segmentado o currículo existente estabelece uma separação rígida entre “alta” cultura e “baixa” cultura, entre conhecimento científico e conhecimento cotidiano. Neste sentido, segue de acordo com as grandes narrativas da ciência, do trabalho capitalista e do estado-nação. Como elemento central do currículo existente está o sujeito racional, centrado e autônomo da Modernidade (SILVA, 1999).

Na abordagem da perspectiva pós – moderna, o problema não é somente o currículo existente, a própria teoria crítica do currículo é colocada sob suspeita, considerando que a teoria crítica da educação e do currículo segue em linhas gerais, os princípios da grande narrativa da Modernidade. Esta afirmação se fundamenta segundo o autor, em virtude de a teorização crítica ser ainda dependente do universalismo, do essencialismo e do funcionalismo do pensamento moderno. Neste sentido, a teorização crítica não existiria sem a prerrogativa de que um sujeito a partir de um currículo crítico se tornaria, finalmente, emancipado e liberto. Contrariando esta perspectiva, o pós – modernismo desconfia profundamente dos impulsos emancipatórios e libertadores da pedagogia crítica, enfatizando que nesses impulsos permanece a mesma vontade de domínio e controle da epistemologia moderna. O pós – modernismo rejeita qualquer vanguardismo, qualquer certeza e qualquer pretensão de emancipação, aponta o fim da pedagogia crítica e o começo da pedagogia pós-crítica (SILVA, 1999).

Refletindo sobre este último aspecto, ao contrário do que advoga o pensamento pós – moderno, entendo que a emancipação e autonomia humana constituem uma ação libertadora da qual a Educação não pode deixar de perseguir, pois mesmo diante de uma possível perspectiva moderna de domínio e controle, caracteriza uma ação que permite uma tomada de decisão mais consciente e por vezes menos alienada por parte do indivíduo. Desta forma, defendo o movimento educacional e curricular que preserve a perspectiva emancipatória e libertadora que a meu ver visam contribuir para transformação social. Assim, embora ainda

me considere um andarilho no entendimento desta perspectiva pós – moderna, alguns aspectos me recobram atenção, outros, porém, não me fazem descaracterizar as contribuições valiosas desenvolvidas pela pedagogia crítica.

Após um breve panorama sobre o pós – modernismo, retornamos ao conceito de Competências, buscando discutir as implicações práticas para a Educação. Ramos (2011) traz contribuições que contextualizam o surgimento da pedagogia das Competências. Segundo a autora, a integração econômica e social, tanto das empresas quanto das pessoas estava relacionada com a capacidade de desenvolvimento de competências flexíveis para se manter no mercado. O não cumprimento desta premissa poderia implicar em falência das primeiras e desemprego das segundas. Neste cenário, configura-se a pedagogia das Competências. Para as empresas, ela se converteu em modelos de gestão, para as pessoas, apresentou-se como um ideário a orientar sua formação escolar e sua conduta nas relações de trabalho.

Ramos (2011) apresenta a definição de Competências tal como descrito nas Diretrizes curriculares para a Educação Profissional de Nível Técnico, instituídas pelo parecer da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação nº: 16/99, onde a competência profissional é concebida como a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho (BRASIL, 2000). A mesma autora traz ainda a definição de competências no âmbito da Educação Básica: “competências são as modalidades estruturais da inteligência, ou melhor, ações e operações que utilizamos para estabelecer relações com e entre objetos, situações, fenômenos e pessoas que desejamos conhecer” (RAMOS apud BRASIL, 1999, p.7).

Promovendo uma discussão sobre os dois conceitos de competência apresentados, Ramos (2011), sinaliza que na primeira definição a abordagem de competência se faz pelo ponto de vista da ação, enquanto que na segunda, a mesma é colocada sob o plano da cognição. Partindo da segunda abordagem, a autora acrescenta que as competências seriam as estruturas ou os esquemas mentais responsáveis pela interação dinâmica entre os saberes prévios do indivíduo – construídos mediante as experiências – e os saberes formalizados. A ideia de construtividade do conhecimento é incorporada a estrutura dinâmica das competências. A primeira pressupõe que ocorre um desequilíbrio quando o sujeito se defronta com situações desconhecidas ou desafiadoras. A partir deste desequilíbrio perturbador, o sujeito reorganiza seu pensamento num nível mais elevado do que anteriormente, caracterizando um processo que o conduziria a um crescimento ilimitado tanto nos planos quantitativo como qualitativo.

As reflexões até então apresentadas, nos remetem a questionar ou pelo menos tentar responder qual seria o papel da escola tendo como referência o modelo de competências? Ao mesmo tempo, considerando que esta concepção guarda relação com a perspectiva pós-moderna o que se observa de diferente em relação ao papel da escola quando comparada a perspectiva moderna?

Ramos (2011) fazendo uma comparação da escola moderna com a pós-moderna, demonstra uma reconfiguração do papel da escola a partir da pedagogia das competências:

Se a escola moderna comprometeu-se com a sustentação do núcleo básico da socialização conferido pela família e com a construção de identidades individuais e sociais, contribuindo, assim, para a identificação dos projetos subjetivos com um projeto de sociedade, na pós-modernidade a escola é uma instituição mediadora da constituição da alteridade e de identidades autônomas e flexíveis, contribuindo para a elaboração dos projetos subjetivos no sentido de torná-los maleáveis o suficiente para transformar-se no projeto possível frente a instabilidade da vida contemporânea (RAMOS, 2011, pag. 64).

De acordo com a lógica cultural pós-moderna, a educação básica deveria abandonar a suposta existência de saberes socialmente construídos e universalmente aceitos a serem transmitidos. Entende-se que a função do professor seria criar as condições necessárias para que os alunos desenvolvessem suas próprias representações sobre algo. A transmissão de conhecimentos científicos socialmente construídos e universalmente aceitos deixa de ser um compromisso da educação, o que se advoga é a geração de oportunidade para que os alunos possam se defrontar com eles e, a partir deles, localizar-se diante de uma realidade objetiva, a fim de que ocorra uma reconstrução subjetiva em benefício de seu projeto e com o traço de sua personalidade, a serviço de suas competências (RAMOS, 2011).

Diante do exposto, é possível perceber que a pedagogia das competências apresenta-se em sintonia com o ideário neoliberal e sua consolidação favorece o sistema capitalista. Tal conclusão é reforçada ainda em Ramos (2011) ao descrever que a pedagogia das competências constitui um processo cultural no qual se busca não produzir conhecimentos, mas sim formar personalidades flexíveis e adaptáveis às instabilidades e incertezas contemporâneas. Trata-se então, da pedagogia da pós-modernidade.

Concluindo, entendemos que tais reflexões precisam estar presentes quando falamos de Formação pela necessidade iminente que pressupõe: contribuir para emancipação humana e não somente para um processo de ‘adaptação ao meio’. Em relação a este aspecto, Ramos

(2012), sinaliza quanto a necessidade de resignificação da noção de competência no sentido contra-hegemônico, com a finalidade de convertê-la em potencialidade humana de emancipação sociocoletiva e de transformação social. Para tanto, descreve a necessidade de consideração do ponto de vista curricular, de pressupostos epistemológicos e ético-político que visem romper com a idéia limitada de educação enquanto adaptação ao meio. Desta forma, a educação assumiria o papel de compreensão da realidade com o fim de dominá-la e transformá-la.

2.2.4 Formação inicial do ACE no Município do Rio de Janeiro: o Proformar - Rio e as primeiras turmas do CTVISAU.

A partir da incorporação dos guardas de endemias e agentes de saúde pública à gestão local, associada à Portaria de Regulamentação da NOB/SUS 01/96 (BRASIL, 1996) que estabeleceu as competências da União, estados, Municípios e Distrito Federal na área de epidemiologia, foi proposta a elaboração de um Curso de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar). Foi realizado um convênio entre a FUNASA e a escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), para apoiar estes profissionais na inserção junto às prefeituras (MOREIRA, 2012).

O PROFORMAR - Rio foi desenvolvido especificamente para aplicação no Município do Rio de Janeiro. O projeto foi estruturado a partir do PROFORMAR – Nacional. A diferença residia na proposta de trabalho articulado entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica. Tal iniciativa estava relacionada com a perspectiva de inserção de um agente de Vigilância em Saúde em cada equipe de Saúde da Família. Em Janeiro de 2012, 1.000 Agentes de Vigilância em Saúde concluíram o Curso do PROFORMAR-RIO (ANTUNES, 2012).

Em continuidade ao processo de formação dos Agentes de Vigilância em Saúde, ainda em 2012, foram iniciadas as primeiras turmas do Curso Técnico de Agentes de Vigilância em Saúde com alunos egressos do PROFORMAR. Além da formação continuada dos trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS), o Curso tinha como finalidade desenvolver e ampliar os conhecimentos teórico-práticos e as competências necessárias para aprimorar o desempenho profissional (EPSJV, 2011a).

O Curso propôs a formação de 300 alunos oriundos do PROFORMAR, sendo organizadas nove (09) turmas, com 30 alunos cada, certificados pelo Proformar-Rio, e uma

(01) turma com 30 alunos, oriundos do Proformar-Nacional. As vagas foram distribuídas proporcionalmente por área de planejamento (EPSJV, 2011a). O primeiro grupo de alunos concluiu o Curso em 2012 e o segundo grupo em 2013.

O sistema de ensino, as diretrizes curriculares e a organização curricular foram desenvolvidos de acordo com a Lei 9.394/96 e com o Decreto 5.154/04 (EPSJV, 2011a).

Foi proposta a carga horária de 1.468 horas para o Curso Técnico, sendo consideradas as 400 horas do Curso de Qualificação do PROFORMAR-RIO e as 60 horas de experiência profissional. As 1.008 horas restantes foram distribuídas em 42 semanas, totalizando 11 meses. Foi programada uma carga horária semanal de 16 horas (EPSJV, 2011a).

Em síntese, o Curso Técnico de Agentes de Vigilância em Saúde é inserido em um momento em que se busca o fortalecimento das ações de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Primária, sendo recomendável a inserção do ACE/AVS no processo de trabalho da Atenção Básica, conforme observado na portaria 1.007 de 04 de Maio de 2010. Nesta perspectiva, o Curso foi organizado de forma a permitir o desenvolvimento de um processo de trabalho integrado com as Equipes de Saúde da Família, sendo o Trabalho de Campo e o Estágio o laboratório das atividades cotidianas a serem desenvolvidas na lógica de um processo de trabalho reorientado. É sobre este momento de integração de práticas que esta pesquisa pretende discutir.

2.2.5 O Curso Técnico de Vigilância em Saúde (EPSJV-FIOCRUZ).

O Curso técnico de Agentes de Vigilância em Saúde foi oferecido pela primeira vez em 2008, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) na modalidade de ensino integrado ao ensino médio, direcionado para os alunos egressos do ensino fundamental que estavam cursando o ensino médio e a habilitação profissional na EPSJV. Entre os anos de 2010 e 2011, ingressaram aproximadamente 120 alunos, dos quais 52 se formaram em técnicos (EPSJV, 2011b).

No ano de 2012, o CTVISAU passou a ser oferecido para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), inseridos no processo de trabalho da vigilância em Saúde, atendendo a uma demanda de qualificação da força de trabalho de nível médio desse campo de ação (EPSJV, 2011b). Neste período, a SMSDC - RJ, estabeleceu uma parceria com a EPSJV visando a formação de 270 alunos oriundos do Proformar Rio e 30 alunos oriundos do Proformar Nacional (EPSJV, 2011a).

No plano de Curso do CTVISAU encontramos a descrição do processo formativo: Pressupostos orientadores do currículo, a proposta do Curso Técnico de Vigilância em Saúde, Estrutura do Curso, metodologia de ensino-aprendizagem e organização curricular. Estaremos abordando cada uma destas temáticas, ainda que de forma sucinta. Nosso objetivo não é um aprofundamento na análise das bases conceituais do Curso e sim a identificação das estratégias pedagógicas que facilitam o processo de Integração. Por outro lado, entendemos que as bases conceituais guardam relação direta com as estratégias pedagógicas. Neste sentido, destacamos aspectos que consideramos pertinentes para o entendimento da proposta do Curso e que possibilitam a promoção de um diálogo com os resultados da pesquisa. Ao mesmo tempo, entendemos ser necessário, um enfoque diferenciado em relação ao Trabalho de Campo e Estágio, por constituírem os momentos delineados para pesquisa de campo.

Em relação aos pressupostos orientadores do currículo, encontramos a noção de Formação Integral, isto é, “onilateral”, partindo da formulação marxiana que visa superar a dicotomia entre o trabalho produtor de mercadorias e o trabalho intelectual (EPSJV apud Nosella, 2006: p.14).

Neste sentido, a noção de politecnicidade ou onilateralidade, defende que o processo de trabalho manual e intelectual seja desenvolvido em uma unidade indissolúvel, considerando as características intrínsecas e concomitantes do trabalho humano. A separação destas funções é um produto histórico-social e não é absoluta, é relativa (EPSJV, 2011b). Observa-se uma preocupação com a formação teórica e prática, onde o profissional aprende praticando, e, ao mesmo tempo compreende os princípios científicos que embasam sua atividade.

Encontramos o materialismo Histórico, enquanto abordagem e método, fundamentando o currículo integrado politécnico. Busca-se fazer uma crítica do capitalismo no trabalho, na ciência e tecnologia, na saúde, na cultura, na vida social em geral. Essa perspectiva permite ainda relacionar o particular e o universal, compreendendo as formas do capitalismo desigual e combinado hoje. A idéia é não reduzir a formação técnica apenas ao domínio do processo de trabalho e sim inserido e articulado a formação do cidadão (EPSJV, 2011b).

Na abordagem do sujeito, o mesmo é entendido como indivíduo singular e ao mesmo tempo como consciência geral, considerando que o processo de individuação acontece em sociedade. Analisado por outro ângulo, o entendimento do sujeito como indivíduo singular também se faz necessário para que não se caia na anulação do indivíduo em relação ao coletivo (EPSJV, 2011b).

A partir de Saviani (1986), desenvolvem-se as bases conceituais do trabalho como princípio educativo. Neste sentido, parte-se da compreensão que ‘todo sistema educacional se estrutura a partir da questão do trabalho, uma vez que o trabalho é a base da existência humana, e os homens se caracterizam como tais na medida em que produzem sua própria existência, a partir de suas necessidades’. A estruturação da sociedade ocorre ‘em função da maneira pela qual se organiza o processo de produção da existência humana, isto é, o processo de trabalho’ (EPSJV, 2011b).

Entende-se o trabalho como princípio educativo no CTVISAU, como categoria ontológica da vida humana, onde o conhecimento, a ciência, a técnica, a tecnologia e a cultura são mediações produzidas pelo trabalho na relação entre homens e as condições objetivas da existência (EPSJV, 2011b).

Em relação à pesquisa, parte-se das contribuições de Demo (2003) que, traz a noção de sujeito autônomo capaz de se emancipar através da consciência crítica e da capacidade de fazer propostas próprias. A ideia de “politicidade” proposta por Paulo Freire, agrega-se a este pensamento, considerando que, através da educação se está formando sujeitos capazes de construir sua própria história (EPSJV, 2011b).

Encontramos a abordagem da Saúde enquanto direito de cidadania associada à construção do Sistema Único de Saúde, onde a Universalização do acesso, a integralidade na atenção, a equidade e a participação popular, são princípios que tentam concretizar no cotidiano dos brasileiros esse pressuposto. Entende-se que os interesses econômicos e as necessidades de acumulação do capital dificultam a materialização do SUS e de seus princípios norteadores (EPSJV, 2011b).

Outro aspecto apontado como pressuposto, e que constitui uma das abordagens a ser observada durante a realização da pesquisa é a proposta da Vigilância em Saúde em relação a participação popular, uma vez que a primeira tenta democratizar o acesso da população não só a informação mas também no âmbito da definição de problemas e necessidades de saúde (EPSJV, 2011b).

A ética como dimensão fundamental da formação humana e do cuidado também é discutida. A partir de Campos (2002), desenvolve-se a afirmação que todo e qualquer ser humano é dotado de uma consciência moral capaz de caracterizá-lo como bom ou ruim, certo ou errado, justo ou injusto, o que se traduz na capacidade de avaliar suas ações, sendo possível agir com o outro de forma ética (EPSJV, 2011b).

Em relação ao perfil profissional, a proposta do CTVISAU, espera que ao final do Curso, o aluno esteja habilitado a desenvolver diferentes ações de promoção da Saúde e de proteção e prevenção de agravos e doenças. Para tanto, o profissional necessita compreender a complexa rede de determinantes sociais da saúde, de modo a permitir, um agir autônomo, criativo e estratégico para transformação da realidade sócio-sanitária no território de sua atuação (EPSJV, 2011b).

Em relação ao processo de trabalho, a proposta do CTVISAU, parte da concepção que se trata de um trabalho parcelar no interior do processo de trabalho em saúde. Nesta perspectiva, deve ser integrado e integrador de diferentes práticas de saúde, voltando-se para dimensão coletiva da Saúde-doença-Cuidado. O entendimento do coletivo no Curso está fundamentado “na materialidade histórica e expressão social da existência humana que, em contextos e situações singulares, expressa nas formas de levar a vida potencialidades, necessidades e problemas de saúde” (EPSJV, 2011b).

O processo de Trabalho do Técnico de VISAU encontra apoio em três pilares: informação-decisão-ação, buscando reconhecer as condições de vida e a situação de saúde das populações de territórios delimitados em sua área de atuação. Para tanto, utilizam-se “ferramentas teóricas e práticas da gestão, do planejamento estratégico situacional, da epidemiologia, da geografia crítica, da cartografia, da educação e da comunicação para entender e se fazer entender junto a uma equipe de saúde multidisciplinar e a população”. (EPSJV, 2011b).

Fundamentando-se na idéia de currículo integrado, os conteúdos de ensino e de aprendizagem são orientados a partir da realidade social, a fim de que o aluno desenvolva as funções desejadas em relação à vida cotidiana, aos indivíduos, à cultura e à sociedade, contextualizadas em uma perspectiva histórico-crítica (EPSJV, 2011b).

Visando superar a abordagem dos conteúdos de forma disciplinar e compartimentada, os saberes são transformados em fontes de conhecimento, sendo organizados em unidades de aprendizagem, o que permite articular esquemas mentais de saberes, habilidades, atitudes e valores que re-significam o aprendizado (EPSJV, 2011b).

Entende-se que a estrutura curricular deve estabelecer, uma teia de significados entre o processo de ensino aprendizagem e a realidade na qual o técnico está inserido (no trabalho e no cotidiano). Desta forma, o aluno ao investigar um território-população constrói associações entre teoria e prática e significados acerca das condições de vida e saúde, permitindo a intervenção de

forma resolutiva e continuada- interdisciplinar e intersetorial (EPSJV, 2011b).

No interior das Unidades de Aprendizagem são organizados e articulados os módulos temáticos que agregam conhecimentos, tecnologias, práticas e atitudes que irão conformar um certo perfil profissional, buscando desenvolver um conjunto de ações e situações de trabalho que possibilitem a abertura a novos conhecimentos a serem desenvolvidos nas unidades de aprendizagem subseqüentes (EPSJV, 2011b).

Nas unidades de aprendizagem encontramos módulos temáticos que comportam grandes questões do campo da saúde coletiva, sendo estabelecido uma teia de significação em seu interior e com as demais unidades, a fim de propiciar ao aluno a capacidade para refletir sobre sua existência e a totalidade, resolver problemas, intervir sobre a realidade e desenvolver ações compatíveis com seu processo de trabalho e as necessidades do SUS (EPSJV, 2011b).

As Unidades de Aprendizagem estão organizadas da seguinte forma:

- a) Unidade de Aprendizagem 1- Conhecendo o lugar da produção social da saúde: o espaço de identidade do técnico de vigilância em Saúde.

Módulo1 – Território, sujeito e sociedade.

Módulo 2 – Saúde, Políticas Públicas e o SUS.

Módulo 3 – Vigilância em Saúde: novo pensar e fazer sanitário.

Módulo 4- Vigilância em Saúde I – Vigilância Ambiental.

Estudo de Caso de Vigilância em Saúde Ambiental (VA).

Trabalho de Campo 1 (TC1).

- b) Unidade de Aprendizagem II- Identificando situações no nível local: o espaço de articulação do técnico de Vigilância em Saúde.

Módulo 5 – Vigilância em Saúde II – Vigilância Epidemiológica: produzindo Informações, desvelando o território.

Módulo 6 – Ferramentas de trabalho da VISAU – análise da situação de saúde e condições de vida.

Estudo de caso de Vigilância Epidemiológica (VE)

Trabalho de Campo 2 (TC2)

- c) Unidade de Aprendizagem III- Analisando a situação de Saúde e as condições de vida: o

espaço de decisão do técnico de Vigilância em saúde.

Módulo 7 : Promover Saúde no espaço local.

Módulo 8 : Vigilância em Saúde III- Vigilância Sanitária.

Módulo 9 : Saberes e práticas para produção social da saúde.

Estudo de Caso de Vigilância Sanitária (VISA)

Trabalho de Campo 3 (TC 3)

- d) Unidade de Aprendizagem IV – Intervindo sobre os Problemas e Necessidades: o espaço da ação do técnico de Vigilância em Saúde.

Módulo 10: Vigilância em Saúde IV – Saúde do Trabalhador

Módulo 11: O processo de trabalho da VISAU – Concepções e metodologias.

Estudo de Caso de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VST)

Trabalho de Campo 4 (TC4).

Em relação à articulação dos elementos apresentados, encontramos ainda na Estrutura do Curso uma lógica organizativa que nos permite melhor entendimento. Os temas dos módulos são trabalhados por conteúdos comuns e específicos, a partir de objetivos (resultados esperados) apontados para cada um. Ocorre uma articulação com o trabalho de Investigação (TC), o qual permite re-agrupar e re-elaborar os conhecimentos construídos nos momentos teóricos, em práticas locais sobre um território-população, evidenciados pelo processo de trabalho de cada aluno, pelas condições de vida e situação de saúde nesse espaço local (EPSJV, 2011b).

O Estudo de Caso em cada Unidade de Aprendizagem é elaborado por especialistas das áreas específicas de Vigilância (ambiental, epidemiológica, sanitária e Saúde do Trabalhador), a idéia é que os alunos busquem resolvê-los, de modo a recortar elementos e questões singulares dessas áreas de conhecimento e práticas em saúde (EPSJV, 2011b).

Na Estrutura do Curso encontramos ainda, os Projetos Estruturais da Gestão do Curso, tendo como referencial o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matos (1991) e o conceito de Vigilância em Saúde em sua dimensão gerencial (Paim, Teixeira e Vilasboas, 1999).

São apresentados 10 projetos estruturantes ou operacionais: Coordenação; Sala de Aula; Trabalho de Campo; Campo de Práticas (Estágio); Estudo de Caso; Iniciação à

Educação Politécnica; trabalho; ciência e cultura; Sistema de Informação Geográfica e Geoprocessamento; Sistema de Avaliação e Apoio Didático Pedagógico (EPSJV, 2011b, p. 34).

Em função da co-relação do Trabalho de Campo com o Estágio, discorreremos sobre estes dois momentos, ainda que de forma mais específica sobre os momentos de integração ensino serviço.

No caderno de Atividades do Trabalho de Campo do CTVISAU-Rio (EPSJV, 2011c) encontramos uma síntese dos momentos de aprendizagem do Curso:

- Momentos de estudo em sala de aula utilizando **textos de apoio**, divididos pelos módulos temáticos nas Unidades de Aprendizagem;
- **Estudos de casos** sobre situações referentes às estruturas técnicas da Vigilância em Saúde (VISAU), que ocorrerão ao longo do curso de acordo com os conteúdos de cada módulo;
- **Momentos de investigação** ao longo do Curso – o **Trabalho de Campo** - visa (re) construir conhecimentos necessários à sua competência técnica, possibilitando habilitá-lo naquilo que o identificará como Técnico de Vigilância em Saúde (TVS) dentro do SUS local;
- **O Estágio** visa a integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde a ser efetivado em continuação ao trabalho de campo nos territórios das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade do Rio de Janeiro.

O Trabalho de Campo é uma etapa do processo de aprendizagem que tem como objetivo: elaborar um diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde da população de sua área de atuação. Esse diagnóstico representa uma ferramenta de trabalho importante – uma forma de conhecer e reconhecer o território e a população que estão sob os cuidados da equipe de saúde local (EPSJV, 2011b, p.37).

Em relação às atividades desenvolvidas pelos alunos por módulo o caderno do TC apresenta uma síntese sequencial. Nos módulos I e II, os alunos de cada uma das turmas, realizam pesquisas para o mapeamento e reconstrução histórica da ocupação do território no âmbito do Município, das Áreas de Planejamento, dos Bairros e das Coordenações de Áreas Programáticas da Saúde (EPSJV, 2011c, p.10).

Do módulo VIII ao XI, a integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica é

promovida, havendo a simulação do próprio processo de trabalho do Técnico de Vigilância em Saúde. As atividades de campo são realizadas concomitantemente às atividades do Estágio. Junto as Equipes da Estratégia de Saúde da Família, os alunos realizam um Diagnóstico da Área de atuação da Equipe do Agente Comunitário de Saúde (ACS/ESF), utilizando a técnica de territorialização do planejamento estratégico situacional em oficinas, reunindo os atores locais para construção do plano de intervenção, buscando solucionar as situações-problema identificadas e priorizadas (EPSJV, 2011c, p.10).

O Estágio do Curso técnico constitui uma estratégia pedagógica, onde se busca efetuar as ligações do aluno com o mundo do trabalho, isto é, com o processo de trabalho em saúde. Nesta etapa, é previsto o acompanhamento de um supervisor vinculado aos serviços de saúde (EPSJV, 2013).

Neste momento, as atividades desenvolvidas no território, a partir do TC, e, o conhecimento da organização dos serviços de saúde, visa propiciar ao aluno a elaboração de sentidos e significados entre seu processo de aprendizado e as questões que se apresentarão no cotidiano dos serviços e na comunidade daquele espaço particular (EPSJV, 2013).

Na forma subsequente ao Ensino Médio, dada a inserção dos alunos-trabalhadores no processo de trabalho em saúde, o estágio volta-se para a integração desse profissional na Atenção Básica, em especial nas Equipes da Estratégia de Saúde da Família. Para tanto, os alunos realizam o Estágio em área de uma Equipe de Saúde da Família (ESF), onde se espera que o mesmo individualmente ou em grupo acompanhe as atividades nas micro-áreas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), buscando integrar suas ações às desenvolvidas por esse outro trabalhador singular. Essa atividade está sistematicamente imbricada ao Trabalho de Campo (EPSJV, 2011b, p. 39).

Para conhecer o processo de trabalho da ESF, os alunos realizam visitas técnicas, de modo a associar e compreender a estrutura da ESF e do Sistema Único de Saúde, no que se refere à oferta e ao acesso à atenção integral à saúde – da atenção e do cuidado e a respectiva circunscrição das responsabilidades sanitárias entre a vigilância em saúde e a atenção básica (EPSJV, 2013, p.1).

Os alunos realizam o Estágio em uma área da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde onde realizam o TC. São divididos para acompanhar as atividades previstas nas microáreas de risco, buscando integrar suas ações às desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família (EPSJV, 2013, p.7).

Em relação aos aspectos legais, o estágio do Curso técnico de Vigilância em Saúde está em conformidade com a RESOLUÇÃO CNE Nº 1, DE 21 DE JANEIRO DE 2004 e de acordo com a Lei 11.788 DE SETEMBRO DE 2008, considerando às responsabilidades da instituição de ensino, sendo o Estágio entendido como um ato educativo integrante da proposta pedagógica da escola. Observam-se ainda os aspectos referentes à orientação e a supervisão, sendo designado profissional específico para este fim (EPSJV, 2013).

Durante a elaboração do projeto de formação, buscou-se propiciar ao estagiário do CTVISAU o conhecimento das estruturas e o processo e trabalho da Atenção Básica, conforme preconiza a Portaria 1007 de 04 de Maio de 2010.

A partir das Diretrizes de Integração entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde, proposta pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS-MS), foram estabelecidas aproximações com as principais ações recomendadas pela SVS e com o Estágio do CTVISAU, o qual está relacionado ao Trabalho de Campo. É importante destacar que em relação a este último aspecto, os pesquisadores envolvidos na elaboração do Curso buscaram desenvolver uma nova metodologia, a fim de permitir uma co-relação das diretrizes com o desenvolvimento do processo de trabalho das equipes, uma vez que o “como” nesta abordagem está em fase de construção.

No Caderno de Estágio do CTVISAU encontramos a descrição desta metodologia e a fundamentação teórica em relação à escolha das atividades propostas. Apresenta-se a articulação do Trabalho de Campo e do Estágio do CTVISAU com as Diretrizes de integração conforme especificado a seguir.

Em relação à *organização do processo de trabalho*, o PES (Planejamento Estratégico Situacional) se apresenta no trabalho de campo e Estágio como uma estratégia para definição de quais os programas devem ser inseridos na prática de saúde para o enfrentamento do problema priorizado, integrando os programas da VISAU na AB-ESF e determinando os fluxos de assistência para a população. As ações territorializadas efetuadas em conjunto VISAU-AB no Estágio direcionam para as práticas e os possíveis protocolos integrados a serem sugeridos na Programação e no Plano de Ação (EPSJV, 2013)

Na abordagem da *Promoção da Saúde* as ações propostas no PES, permitem definir as práticas de promoção de acordo com a priorização dos problemas no território. A Territorialização no Trabalho de Campo identifica parcerias e o PES define as ações conjuntas (EPSJV, 2013, p.6).

No que se refere ao *Território Integrado: AB-VISAU* a ação territorial conjunta é garantida a partir da organização e distribuição dos alunos (TC e Estágio), nos territórios da ESF. O TC realiza análise de situação de saúde de base territorial, utilizando vários instrumentos existentes na VISAU (os SIS e a Territorialização) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) é reconhecido e vivenciado no Estágio (EPSJV, 2013).

Para o desenvolvimento dos processos de *Planejamento e Programação* o PES aparece como instrumento para implantação da VISAU e integração das ações estratégicas. ‘O Diagnóstico das Condições de Vida (CV) e Situação de Saúde (SS) da área de abrangência da UBS-ESF, as aulas, aliadas as estratégias visitadas nos Estudos de Caso, propiciam o uso da Epidemiologia e os SIS como ferramentas no TC e no Estágio’. As estratégias conjuntas e o Planejamento possibilitam o reconhecimento da realidade social local e o estabelecimento de intersetorialidade, interinstitucionalidade e participação social nas atividades desenvolvidas (EPSJV, 2013).

Visando promover a *participação e o controle social*, o PES no CTVISAU busca ‘garantir a participação dos principais atores do território e que foram identificados durante as pesquisas realizadas no TC, a fim de inserir a população na decisão e nos planos de ação a serem propostos’ (EPSJV, 2013).

Na perspectiva da *Educação Permanente*, o próprio CTVISAU é considerado um instrumento facilitador deste processo. Os desdobramentos do PES possibilitam o reconhecimento de ações específicas de Educação Permanente a serem desenvolvidas com profissionais de saúde, AVS, ACS e população, de acordo com os problemas identificados no território. Cita-se como exemplo: Especializações Técnicas em VE, VISA-Produtos, VISAT, VISAM, Geoprocessamento, Desastres Naturais etc. (EPSJV, 2013).

Aliado às possibilidades que o PES viabiliza, encontramos o *Monitoramento e a Avaliação* associado à estratégia, uma vez que o mesmo permite definir e indicar os processos de monitoramento e avaliação das ações integradas propostas (EPSJV, 2013).

Pretendemos dialogar de forma mais detalhada sobre a metodologia proposta, as principais ações recomendadas pela SVS e as Diretrizes de Integração propostas pelo Ministério da Saúde-SVS a partir dos resultados da pesquisa.

2.3 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA

2.3.1 A Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde: Buscando a Integração das práticas no território.

A Atenção Primária à Saúde é utilizada como modelo a partir da década de 60 por vários países na tentativa de ampliar o acesso aos sistemas de saúde com maior efetividade, buscando superar o modelo tradicionalmente instituído com enfoque no curativo, individual e hospitalar para um modelo com enfoque no preventivo, coletivo, territorializado e democrático (FAUSTO; MATTA, 2007).

Os países desenvolvidos estavam preocupados com a sustentação econômica da saúde, devido aos elevados custos dos sistemas, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolutividade. Tal fato incentivou pesquisas sobre novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. Neste período, os países pobres e em desenvolvimento sofriam com a iniquidade de seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos de saúde, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias (FAUSTO; MATTA, 2007).

As iniciativas vinculadas à abordagem da Atenção Primária por diversos países, levaram a OMS a organizar em 1978, em Alma Ata, Cazaquistão, a I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde. Na ocasião, a Atenção Primária à Saúde foi apresentada como estratégia para ampliar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde e para o alcance das metas do Programa Saúde para todos no ano 2000. Em relação às bases conceituais, foi a partir desta Conferência que se buscou uma definição para Atenção Primária à Saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Os autores trazem a definição de Cuidados Primários de Saúde, tal como foi apresentado em Alma Ata:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional

de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (UNICEF, 1979:1).

A compreensão predominante na política de saúde brasileira, em relação à Atenção Primária à Saúde, caracteriza a mesma como o primeiro nível ou o momento em que se inicia o processo de atenção do sistema de saúde. Recentemente, passou a ser compreendida também como uma estratégia fundamental para a reorientação do modelo de Atenção do SUS (FAUSTO; MATTA, 2007).

Embora seja comum a utilização dos termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica em Saúde (ABS), enquanto sinônimos, o termo que melhor designa a concepção brasileira é Atenção Básica, por representar uma resistência ao propósito seletivo que prevalecia na concepção de Atenção Primária veiculada por organismos internacionais no momento de sua difusão. O termo Atenção Básica foi assumido na política Nacional de Saúde a partir da NOB/SUS 01/96. (FAUSTO; MATTA, 2007, p. 61).

Historicamente, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde, com ênfase na Atenção Primária, se efetivaram a partir do estabelecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), em 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. O PACS e posteriormente o PSF surgiram com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em nível local, em especial os municípios pequenos, sem nenhuma ou com mínima rede de serviços de saúde conformada (FAUSTO; MATTA, 2007).

O programa de Agentes Comunitários de Saúde, teve como pressuposto a definição de uma ‘área geográfica’ para sua implantação, sendo priorizadas aquelas áreas onde as famílias estivessem mais expostas aos riscos de adoecer e morrer, e onde as condições de vida e a situação de saúde fossem precárias (GONDIM et al., 2008, p.246).

No Pacs, o Agente Comunitário de Saúde é responsável pelo cadastramento de um número determinado de famílias adscritas a uma ‘base geográfica’ sob os seus cuidados – em torno de 150 famílias ou 750 pessoas, identificando os problemas em cada ‘*território* de trabalho’ através de um mapeamento de sua área, ressaltando as ‘microáreas de risco’. O Agente Comunitário deve pertencer à comunidade onde realiza o trabalho, a fim de estreitar os laços entre a população e os serviços de saúde (GONDIM et al., 2008, p.246).

A criação do PSF ocorre junto com o PACS em 1991, sendo as atividades iniciadas em 1994. Em relação às diretrizes, algumas direcionam para definição de *territórios*, como a

‘adscrição de clientela’, vinculada a uma unidade básica; ‘território de abrangência’, onde uma equipe é responsável pela área; sendo a ‘*territorialização*’, entendida como um instrumento metodológico que possibilita o reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população da área de abrangência (GONDIM et al., 2008, p.247).

A Equipe de Saúde da Família é responsável por um determinado território, atendendo cerca de mil famílias ou 4.500 pessoas, circunscritas a um bairro, parte dele ou de vários bairros, nas áreas urbanas ou em varias localidades, incluindo populações de áreas rurais. A unidade básica de PSF é constituída por uma equipe mínima: um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde (GONDIM et al., 2008).

Considerando que as atividades da Vigilância em Saúde, do PACS e do PSF estão circunscritas a bases territoriais, a ideia de integração das ações de Vigilância e da Atenção básica em um único território nos parece viável e fundamental na busca da Integralidade da Atenção, pois estaria favorecendo a abordagem de problemas sob enfoques diferenciados, permitindo ainda, um diálogo mais ampliado com a população sobre circunstâncias da localidade que exigem intervenção, indo de encontro à perspectiva apontada pela Política Nacional de Atenção Básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006: 2).

As Diretrizes de Vigilância em Saúde recomendam que as ações de Vigilância em Saúde estejam inseridas no cotidiano de trabalho das Equipes de Atenção Primária (Saúde da Família), com atribuições e responsabilidades definidas em *território único* de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação dessas ações (BRASIL, 2010c).

Com o intuito de fortalecer as ações de Vigilância junto às equipes de Saúde da Família, uma das estratégias indutoras seria a incorporação dos Agentes de Controle de Endemias nas ESFs, conforme sugere a portaria 1007 de 04 de Maio de 2010, sendo agregadas ações como controle ambiental, endemias, zoonoses e controle de riscos e danos à saúde (BRASIL, 2010a).

Mas afinal qual seria o conceito de Vigilância em Saúde? Para respondermos a esta questão, precisamos resgatar os diferentes significados atribuídos ao termo, pois a partir dessas interpretações torna-se possível o entendimento quanto aos direcionamentos propostos.

Após a constituição de 1988, o sistema de saúde brasileiro, vem buscando construir modelos de Atenção que atendam às reais necessidades da população, rompendo com os modelos tradicionalmente instituídos como o: médico-assistencial, centrado na assistência médica e no hospital, e o modelo sanitarista, baseado em campanhas, programas e em ações de vigilância epidemiológica e sanitária (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

As discussões sobre a construção da Vigilância em Saúde no Brasil foram iniciadas nos anos 90, onde vários distritos sanitários em processo de implantação buscavam redefinir as práticas de saúde, tentando articular a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços (Monken & Barcellos, 2007 apud Teixeira, Paim & Villasbôas, 2000). Neste período, havia uma preocupação referente à reorganização da prestação dos serviços, buscando a integração das diferentes lógicas existentes: a atenção à demanda espontânea, os programas especiais e a oferta organizada dos serviços, com base na identificação das necessidades de saúde da população (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

Com o desenvolvimento do VIGISUS, o debate em torno da Vigilância em Saúde se amplia em diversos fóruns de Saúde Pública, possibilitando a consolidação da área, expressa na reorganização de secretarias estaduais e municipais, bem como no desenvolvimento de novas práticas baseadas em seus conceitos estruturantes – território/população, problemas de saúde, intersetorialidade e interdisciplinaridade (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

A partir de então, surgem três concepções em torno da Vigilância em Saúde: a primeira que a concebe como sinônimo de análise de situação de saúde, onde o objeto da vigilância é ampliado, no entanto, as ações voltadas para o enfrentamento dos problemas não são incorporadas. A segunda que entende a vigilância em Saúde como Integração institucional entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, desencadeando reformas administrativas, e, em alguns casos, o fortalecimento das ações de vigilância sanitária e a articulação com os centros de saúde.

A terceira noção compreende a vigilância em Saúde como uma proposta de

redefinição das práticas sanitárias, organizando os processos de trabalho em saúde sob a forma de operações, visando o enfrentamento dos problemas que requerem atenção e acompanhamentos contínuos. Para tanto, recomenda-se que essas operações sejam desenvolvidas em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, o que requer a combinação de diferentes tecnologias. (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

A partir das contribuições de Paim e Villasbôas (1998), os autores apresentam um quadro (Quadro I) com a sistematização dos Modelos Assistenciais e a Vigilância em Saúde.

Quadro I – Modelos Assistenciais e a Vigilância em Saúde

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de Trabalho	Formas de Organização
Modelo médico-assistencial privatista.	Médico Especialização Complementariedade (paramédicos)	Doença (patologia e outras) Doentes (Clínica e Cirúrgica)	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de serviços de saúde Hospital
Modelo sanitarista	Sanitaristas auxiliares	Modos de transmissão Fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária
Vigilância em Saúde	Equipe de Saúde População (cidadãos)	Danos, Riscos, Necessidades e Determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de Comunicação Social, de Planejamento e Programação Local situacional e tecnologias médico-sanitárias.	Políticas Públicas saudáveis Ações intersetoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e Grupos populacionais.

Fonte: Teixeira; Paim & Villasbôas, 1998.

A última concepção indica ainda, um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do SUS, pois baseando-se no conceito positivo do processo saúde-enfermidade permite deslocar o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida das pessoas (MONKEN; BARCELLOS, 2007).

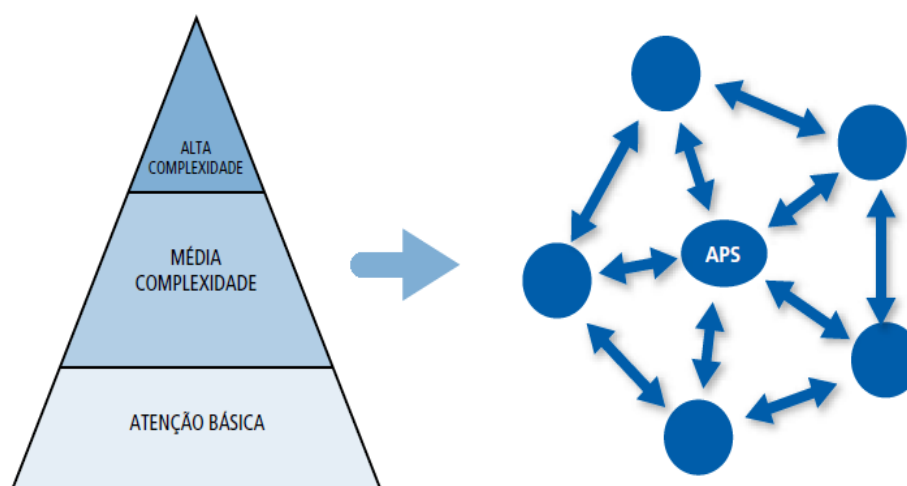
Segundo Mendes (2012) o problema fundamental do SUS está relacionado à incoerência entre a situação de saúde e o sistema de saúde, praticado hegemonicamente. Para que haja superação, o autor ressalta a necessidade de implantação das redes de atenção à saúde (RASs):

As RASs são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (21). (MENDES, 2012, p.47).

Na proposta das RAS a concepção de hierarquia é substituída pela de Poliarquia e o sistema se organiza sob a forma de uma rede horizontal de Atenção à Saúde. Desta forma, nas RAS não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a APS e os sistemas de apoio, mais a configuração de uma rede horizontal de pontos de Atenção de distintas densidades tecnológicas, a APS e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Neste contexto, todos os componentes das RAS possuem o mesmo grau de importância para o cumprimento dos objetivos dessas redes; diferenciando-se apenas pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam (MENDES, 2012).

No SUS, a concepção normativa vigente é a de um sistema hierárquico, do tipo piramidal, desenhado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média e alta complexidades. Entende-se que essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompendo com as relações verticalizadas, de forma a conformar as redes policêntricas horizontais. Destaca-se que, as RAS apresentam uma singularidade, seu centro de comunicação situa-se na APS (MENDES, 2012). O mesmo autor traz uma representação esquemática do que seria a mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de Atenção à Saúde.

Figura 1- A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde (RAS):



Fonte: Mendes (2012, p.48).

Segundo Mendes (2011), as diferenças mais marcantes entre os sistemas de atenção à saúde estão relacionadas às categorias de organização fragmentação/integração e de foco da atenção condições agudas/condições crônicas. O mesmo autor sinaliza quanto à existência de outras características que diferenciam os sistemas fragmentados das redes de atenção à saúde e apresenta um quadro esquemático com as características de cada sistema, conforme apresentado a seguir:

Quadro II - Características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE
Forma de Organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da Atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por Sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de Unidades de Pronto- Atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não médicos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos.
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob a responsabilidade da RAS.
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde	Agente co-responsável pela própria Saúde
A forma da ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e continuada, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa.

Ênfase das Intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de Saúde estabelecidas.
Modelo de Atenção à Saúde	Fragmentado por foco de Atenção à Saúde, sem estratificação de risco e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de Gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, Gerência da APS, Gerência dos ambulatórios especializados etc.)	Governança sistêmica que integre a APS, os pontos de Atenção a Saúde, os sistemas de Apoio e os sistemas logísticos da rede
Planejamento	Planejamento da Oferta e baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de Saúde da população adscrita e de seus valores e preferências.
Ênfase do Cuidado	Cuidado Profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos	Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado
Conhecimento e ação Clínicas	Concentradas nos Profissionais, especialmente médicos	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes de atenção à saúde	Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede de atenção à saúde
Organização territorial	Territórios político - administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por capitação de toda a rede.
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

Fonte: Mendes (2011, p.56).

A proposta da Vigilância em Saúde pretende dar conta do princípio de Integralidade, pensado tanto em uma perspectiva “vertical”, de organização dos serviços de acordo com os níveis de complexidade tecnológica, quanto “horizontal”, no que se refere à articulação entre ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, assistência e recuperação. Observa-se que na prática, essas propostas tendem a ser flexibilizadas, de modo a superar a idéia de uma estrutura “piramidal” dos serviços, através da constituição de redes articuladas em função do

atendimento de problemas e necessidades prioritárias, de forma a permitir uma plasticidade na composição do perfil de oferta de ações promocionais, preventivas e assistenciais, buscando novamente a adequação dos serviços aos problemas e necessidades da população (TEIXEIRA, 2006, p.69).

Conforme apontado por Teixeira (2006), a Vigilância em Saúde, talvez por seu caráter abrangente, não tem avançado com propostas específicas de mudança na organização do processo de trabalho em Saúde, sendo estabelecido inclusive, um diálogo com a corrente das “ações programáticas” (SCHRAIBER, 1990; SCHRAIBER et. al., 1996) em função da confluência de muitos de seus pressupostos teóricos e políticos. Por outro lado, tem se aproximado do debate sobre a Promoção da Saúde, de modo a ampliar o escopo da reflexão sobre políticas e estratégias de ação intersetorial voltadas à melhoria das condições de vida. De forma simultânea, esta noção passou a ser usada como referência no âmbito da Saúde da Família, sendo introduzida por consultores do PACS/PSF que buscavam um termo suficientemente abrangente e que desse conta da busca da integralidade perseguida pela coordenação nacional e por algumas coordenações estaduais e municipais desses programas.

A Promoção da Saúde apresenta-se como mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política universal, integrada e intersetorial, permitindo o diálogo entre as diversas áreas do setor sanitário, outros setores do governo, setor privado e não governamental e sociedade. Assim, formam-se redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população, sendo todos partícipes na proteção e no cuidado com a vida. A promoção da saúde busca romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-doença, reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que neles se produzem (TEIXEIRA, 2008, p. 5).

Para o avanço na perspectiva proposta, destaca-se a importância da territorialização neste processo que busca a integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica. Entende-se que a territorialização constitui a base do trabalho das equipes de atenção básica para a prática da Vigilância em Saúde, onde o propósito fundamental é eleger prioridades para o enfrentamento dos problemas identificados nos territórios de atuação, permitindo a definição das ações mais adequadas e contribuindo para o planejamento e programação local. Para tanto, é necessário o reconhecimento e o mapeamento do território, segundo a lógica das relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, o que demanda um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, socioeconômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários que, posteriormente, devem ser interpretados e atualizados periodicamente pela equipe de saúde (TEIXEIRA, 2008, p.6).

Monken & Gondim (2011) sinalizam que dos diferentes períodos de constituição dos recortes territoriais na Saúde Pública brasileira, e, das diversas formas históricas de Vigilância em Saúde à Atenção Básica do SUS, foram se conformando sucessivas aproximações entre determinados conteúdos técnicos a serem desenvolvidos pelos profissionais neles inseridos, de modo que, na atualidade, considera-se a possibilidade de integração das práticas de todos eles, na perspectiva de se ampliar o processo de trabalho de forma mais completa e abrangente (EPSJV, 2011c).

Os autores destacam que na organização da Atenção Básica observa-se em todos os textos normativos a descrição dos termos: espaço territorial, área de abrangência de unidade, adscrição de clientela, referência e contra-referência – como a possibilidade de se demarcar um território. Nesta perspectiva, inicialmente objetiva-se compreender a dinâmica da população, das relações sociais e econômicas e o processo de produção da saúde ou da doença, como consequência da interação dessas diversas dimensões. Em um segundo momento, pretende-se criar as condições necessárias para vigiar, regular, controlar, organizar e intervir sobre os problemas e necessidades que surgem no território e com a população (EPSJV, 2011c).

A utilização da categoria território tem o potencial de operacionalizar as diferentes situações apresentadas, constituindo formas de “trabalho territorializado” nas duas dimensões existentes das práticas de vigilância em saúde (GONDIN, MONKEN et. all, 2008):

Dimensão Gerencial:

- Distribuir e localizar no espaço unidades de saúde, traduzidas em área de abrangência e acessibilidade a serviços e produtos de saúde;
- Planejar e alocar recursos (políticos, físicos, financeiros, tecnológicos), inclusive de pessoas, compatíveis com as necessidades e os problemas de um território e população específica.

Dimensão técnica

- Compreender e analisar o processo saúde-doença numa abordagem territorial, identificando e espacializando os fatores determinantes e condicionantes em suas múltiplas dimensões – social, econômica, política, ecológica, cultura;
- Circunscrever e elaborar diagnóstico territorial da situação de saúde e das condições de vida de uma população de referência;
- Identificar espacialmente necessidades, riscos, vulnerabilidades à saúde e ao ambiente, situações-problema e populações específicas para as intervenções em saúde;
- Definir a base populacional, o nível de agregação das variáveis (determinantes e

condicionantes) e a escala de observação – base cartográfica, nos estudos epidemiológicos (descritivos e analíticos) e espaciais;

- Definir “ações territorializadas em saúde” com base nas técnicas de Saúde Pública (Vigilância e Promoção), em tecnologias sociais (de inserção social) e nas técnicas de territorialização (Planejamento Estratégico Situacional, mapeamento, fotografias, observação sistemática, entrevistas e inquéritos) envolvendo atores locais (lideranças comunitárias, governo, empresas e entidades civis) na efetivação de uma prática estratégica em saúde (Informação-Decisão-Ação).

A partir destas contribuições, entendemos que a formação técnica do CTVISAU traz elementos que corroboram com a perspectiva de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica, apresentando-se como estratégia facilitadora, na medida em que instrumentaliza o aluno para o processo de territorialização em saúde, conforme proposto no trabalho de campo (TC), e propõe o desenvolvimento de atividades integradas com a Atenção Básica, conforme previsto no Estágio.

Enquanto observação é importante considerar que a formulação de propostas para a educação profissional em saúde, embora represente importante colaboração para as mudanças almejadas, sempre encontrará limitações dadas pela própria cultura institucional e a organização das práticas de saúde, aspectos que pretendemos discutir a partir dos resultados deste estudo. No entanto, se o propósito for transformar as práticas de saúde mediante a redefinição de políticas e a reorganização dos processos de trabalho, não se pode subestimar a questão pedagógica. Neste sentido, busca-se aproveitar as oportunidades de mudança no modo de produção desses agentes, surgidas na conjuntura, de modo a constituir novos sujeitos-agentes ético-políticos (MONKEN, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, onde o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes são trabalhados, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos á operacionalização de variáveis (MINAYO, 1997).

Por se tratar de uma pesquisa com foco no trabalho em equipe, optou-se pela aproximação com as bases metodológicas da Sociologia, sendo a observação participante identificada como uma abordagem possível, e, ao mesmo tempo, coerente com a proposta do estudo. Nesta perspectiva, pretende-se buscar elementos capazes de enriquecer a discussão.

Em relação à observação participante Neto (1997, p.59) faz o seguinte apontamento:

A técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

Junto à observação participante, optou-se pela realização de entrevistas semi-estruturadas com os atores envolvidos no processo de trabalho integrado, proposto e desenvolvido no Estágio do Curso.

Em relação à entrevista Neto (1997, p.57), traz algumas considerações:

(...) Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos – objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.

Ao final do Estágio foi realizado um Grupo Focal. Para tanto, utilizou-se um roteiro semi-estruturado, elaborado após a realização das entrevistas, o qual teve caráter complementar às respostas fornecidas individualmente.

Gondim (2003) descreve o Grupo Focal como uma técnica de pesquisa que permite a coleta de dados a partir das interações grupais ao se discutir um tópico especial elencado pelo pesquisador. Enquanto técnica ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. Caracteriza-se como um recurso que visa compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais dos Grupos Humanos.

3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Inicialmente é importante destacar os desafios impostos para realização desta pesquisa e a dificuldade de definição de um caminho metodológico que buscasse atender aos objetivos propostos. No entanto, mesmo diante dos imprevistos e ajustes foi possível amadurecer enquanto pesquisadora nas diferentes etapas do processo.

Para realização deste estudo utilizou-se como metodologia a abordagem qualitativa de caráter descritivo. Para tanto, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e posteriormente um Grupo Focal com os alunos do Curso Técnico de Vigilância em Saúde desenvolvido pela EPSJV/FIOCRUZ em parceria com a Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Foi realizada ainda uma entrevista semi-estruturada com a preceptoria do Curso. Tais abordagens visavam responder as questões inicialmente levantadas (Quais os desafios referentes ao processo de trabalho para integração do Agente de Vigilância em Saúde nas Equipes de Saúde da Família? Qual a contribuição do Estágio do CTVISAU em relação à perspectiva de integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família?), trazendo informações sobre o desenvolvimento do Estágio do Curso.

A utilização de técnicas diferentes de coleta de dados: entrevista e grupo focal permitiram observar o quanto das falas das entrevistas foi corroborado ou não no Grupo Focal, de modo que foi possível comparar o quanto o Grupo ampliou ou reduziu o que foi dito individualmente.

A partir da vivência dos participantes no Estágio foi possível elencar as contribuições do Curso no que se refere à perspectiva de Integração do Agente de Vigilância em Saúde nas Equipes de Saúde da Família, bem como identificar fatores limitantes a nível institucional que constitui desafio frente ao processo de trabalho integrado em uma Unidade de Saúde.

Destaca-se ainda a percepção dos alunos em relação à estratégia pedagógica vivenciada no Estágio.

3.2.1 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado em uma Clínica de Saúde da Família localizada no Rio de Janeiro, sendo uma das Unidades onde foi desenvolvido o Estágio do Curso Técnico de Vigilância em Saúde no ano de 2013. Para definição do local a ser acompanhado, priorizou-se esta Clínica em função do número de alunos-trabalhadores já inseridos na Estratégia de Saúde da Família.

3.2.2 Sujeitos do Estudo

Participaram desta pesquisa os alunos do Curso Técnico de Vigilância em Saúde e a preceptora do Trabalho de Campo e Estágio conforme mencionado anteriormente.

O estudo foi realizado mediante o consentimento prévio dos sujeitos, sendo orientados quanto à proteção da identidade individual e a liberdade para permanecer ou desistir da participação na pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ou constrangimentos (apêndice D e E).

Foi estabelecida uma codificação para cada sujeito com utilização de letras e números. Desta forma, os alunos receberam a codificação “E” e um número seqüencial de 1 a 10, conforme a ordem das entrevistas e o quantitativo da amostra. A preceptoria recebeu a codificação P. Não foi necessária numeração seqüencial em função do quantitativo de um profissional nesta função.

Para cada sujeito no Grupo Focal, foram utilizadas as seguintes codificações: “GFE” seguido de um número seqüencial de 1 a 10, conforme a ordem das entrevistas e quantitativo da amostra. A numeração que acompanha as letras no Grupo Focal corresponde ao mesmo número do sujeito da entrevista, de modo que é possível analisar o discurso do participante nos dois momentos da pesquisa.

3.2.3 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram:

- 1) Para os Técnicos de Vigilância em Saúde: ter participado das atividades de Estágio do CTVISAU-EPSJV na Clínica da Família;
- 2) Para o Preceptor: estar vinculado a um grupo de alunos do CTVISAU-EPSJV que desenvolve trabalho de campo e encontra-se em atividade de estágio junto a uma equipe da ESF da Clínica da Família,

- 3) Para todos: Ter assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.2.4 Desenvolvimento do Trabalho de Campo

Foram aplicados os instrumentos de coleta de dados junto aos sujeitos da pesquisa durante a realização do Estágio do Curso Técnico de Vigilância em Saúde na Clínica da Família, de modo a responder aos objetivos desenhados.

Para conhecer a Unidade e desenvolver uma aproximação com os alunos e a preceptoria do Curso foram realizadas duas visitas ao Campo de Estágio. Em Novembro de 2013, o Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da EPSJV/FIOCRUZ, e a partir de então, foi possível participar dos encontros enquanto observadora participante. Essa experiência foi de fundamental importância para o desenvolvimento de reflexões que contribuíram para o amadurecimento das questões posteriormente trabalhadas nas entrevistas e no Grupo Focal.

Inicialmente, a pesquisa previa entrevistar além dos alunos e da preceptoria, os Agentes Comunitários de Saúde e outros profissionais que porventura participassem do Estágio, contudo, em função do curto prazo para o término do Curso e a necessidade de resposta e autorização da Instituição Co-participante, foi submetida uma emenda ao Projeto de Pesquisa na Plataforma Brasil restringindo a amostra aos alunos e a preceptoria do Curso. Após solicitação, o Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/FIOCRUZ autorizou o início da coleta de dados, recomendando que fossem realizadas no mesmo local, dias e horários do Curso. Desta forma, iniciaram-se as entrevistas em Dezembro de 2013 e ao término dessas o Grupo Focal.

3.2.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Os registros referentes à observação participante foram sistematizados em um diário de campo. Para tanto, buscou-se observar o Espaço físico; pessoas envolvidas no processo; atividades do Estágio realizadas em conjunto; mobilização em equipe em relação ao início e ao término do Estágio; atividade não prevista e realizada no Estágio; atividade prevista, contudo, não realizada; emoções sentidas e expressas; notas de Campo; Conversas e entrevistas informais.

Ao final do Estágio, foram realizadas entrevistas com os alunos e a preceptoria do Curso Técnico, a partir de um roteiro semi-estruturado (apêndice B e C) com questões abertas

e abordagem dos seguintes aspectos: a) Caracterização da amostra; b) Integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família; c) Vivência do Agente de Vigilância em Saúde no Estágio do Curso com a ESF.

Conforme previsto no Projeto, foram realizadas 11 entrevistas, incluindo a preceptoria do Curso, com gravação de áudio, respeitando os aspectos éticos relacionados a esta questão.

Posteriormente, foi agendado um Grupo Focal com os participantes. As sessões foram realizadas a partir de um roteiro semi-estruturado (Apêndice D), elaborado após a realização das entrevistas, o qual teve caráter complementar às respostas dadas aos seguintes temas abordados: a) Integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família; b) Vivência do Agente de Vigilância em Saúde no Estágio do Curso com a ESF.

O Grupo Focal contou com a participação dos 10 alunos que anteriormente haviam respondido as perguntas individuais.

3.2.6 A Coleta de Dados

Ao iniciar no Campo de Estágio como observadora, informei aos alunos o objetivo da minha presença e como seria desenvolvida a pesquisa. No decorrer dos encontros foi possível estabelecer uma relação de confiança, de modo que a interação com os alunos nos momentos do Estágio se tornou cada vez mais freqüente e natural.

Antes da realização das entrevistas, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (apêndice E e F) com cada participante entregando uma cópia do documento aos mesmos. Somente após a assinatura, iniciou-se a entrevista. Foi informado que a gravação ajudaria a transcrever o que foi falado de maneira mais fidedigna, com a garantia do sigilo e anonimato dos sujeitos. Informado ainda que após a transcrição das falas os mesmos seriam contactados por telefone e email para validação das respostas. As entrevistas foram realizadas em local reservado, tranqüilo, longe de ruídos, com ar-condicionado e boa iluminação, garantindo um espaço físico propício e o bom desempenho do equipamento utilizado na gravação.

Em relação ao Grupo Focal os alunos foram orientados sobre a proposta e convidados a participar desta dinâmica mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (apêndice E). O espaço utilizado para realização e condução do Grupo Focal era silencioso, longe do trânsito de pessoas, com boa iluminação e estrutura física adequada, favorecendo a troca de experiências entre os participantes. Antes de iniciar com o roteiro de

perguntas, foram elencadas algumas recomendações com a finalidade de facilitar a condução do processo. A duração do Grupo Focal foi de 1 hora e 28 Minutos.

O Grupo Focal contou com o auxílio de um colaborador que fez o registro dos aspectos mais interessantes para pesquisa (relator) além de auxiliar no processo de observação e registro da comunicação não verbal (observador). As falas presentes no debate foram registradas integralmente (papel e gravação de áudio). Para validação, os depoimentos dos participantes foram lidos ao término de cada pergunta a fim de ratificar ou retificar as respostas apresentadas.

3.2.7 Organização dos Dados

Primeiramente foi realizada a transcrição das entrevistas gravadas. Em seguida, foi feita re-escuta e leitura do material (leitura flutuante). Posteriormente foram sinalizadas as frases interessantes relacionadas ao objetivo e ao assunto pesquisado, sendo agrupadas por semelhança. Desta forma, foi possível obter a organização dos relatos em determinada ordem, direcionando para duas Classes Temáticas e o início do processo de categorização conforme descrito no relatório da pesquisa.

Para a organização dos dados do Grupo Focal observou-se a mesma seqüência apresentada na entrevista.

3.2.8 Procedimentos para Análise dos dados

Os dados obtidos nas entrevistas e no Grupo Focal foram transcritos e analisados de acordo com o método de análise de conteúdo de Bardin. O método é constituído pelas seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Os resultados da análise foram sistematizados em uma Matriz Analítica das falas das entrevistas e dos grupos focais, as quais foram categorizadas dentro das Seguintes Classes Temáticas: a) Processo de Trabalho: integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica, b) Integração Ensino – Serviço: Estágio.

3.2.9 Cuidados Éticos

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 196/98, que estabelece as Diretrizes

e as Normas reguladoras de pesquisas envolvendo Seres Humanos. O termo de consentimento livre e esclarecido seguiu as recomendações desta regulamentação. Foi facultativo ao sujeito participar ou não da pesquisa, respeitando a liberdade do mesmo.

Iniciei a pesquisa após qualificação e autorização pelo Comitê de ética em Pesquisa da EPSJV/FIOCRUZ. Número do Comitê de Ética em Pesquisa: CAAE - 22755013.3.0000.5241.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 RELATO E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, gostaria de deixar registrada a importância da participação no Estágio enquanto momento de reflexão e crescimento para o seguimento nas demais etapas da pesquisa. Estar presente nos encontros inicialmente trouxe uma preocupação para os alunos e preceptoria quanto a um possível papel de fiscalização, havendo certa inibição por parte dos mesmos. Com o tempo e a familiarização com os participantes foi possível interagir com os alunos, de forma que aos poucos o Grupo foi entendendo melhor meu papel o que proporcionou uma relação construtiva a partir de então.

Enquanto pesquisadora, realizar a observação participante no Estágio, constituiu uma tarefa difícil em alguns momentos, considerando as intervenções inevitáveis que acabamos fazendo durante o percurso. Os questionamentos que tive no passado, enquanto gestora na Vigilância em Saúde foram se tornando cada vez mais iminentes nos encontros com o Grupo, e, os registros diários passaram a constituir um norteador para o estudo das potencialidades e desafios frente a proposta de integração.

A qualificação da pesquisa ocorreu em 26 de Agosto de 2013, sendo recomendadas algumas alterações no Projeto. Após o atendimento das solicitações, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética da EPSJV/FIOCRUZ, sendo inserido na Plataforma Brasil em 25 de Setembro de 2013.

A participação no Campo de Estágio se fez após contato da Coordenação do CTVISAU EPSJV/FIOCRUZ com a preceptoria do Curso, responsável pelas atividades de Trabalho de Campo e Estágio da Clínica da Família. Dos 15 encontros propostos, participei de 7 momentos de integração ensino – serviço, enquanto observadora participante, respeitando a data de aprovação do Projeto pelo Comitê de ética em Pesquisa da EPSJV/FIOCRUZ. Destaca-se que foi necessário cumprir algumas exigências apontadas pelo Comitê na primeira versão do Projeto, recebendo aprovação do mesmo em Novembro de 2013. Antes da participação propriamente dita, visitei o Campo por duas vezes.

O quadro III refere-se às atividades propostas para os momentos de Integração Ensino – Serviço: Estágio. Destacam-se as datas em que houve a participação da pesquisadora. As contribuições referentes a este momento serão descritas durante a análise e discussão dos resultados.

Data	Atividades propostas	Observação participante
26 ou 27/08/13	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos alunos e dos três (3) supervisores (as); • Discussão sobre as atividades previstas no estágio e organização das tarefas – Destacar o Planejamento Estratégico Situacional (PES) a ser realizado no Estágio. 	_____
30/08/13	<p>Reconhecimento da Unidade Básica de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos alunos e da Equipe da ESF; • Visita Técnica – apresentação da estrutura física e funcional da ESF pelo supervisor (a) do Estágio; • Iniciar a discussão da indicação de convidados para as oficinas de PES e contatos a serem realizados; Organização das tarefas. 	_____
06/09/13	<p>Reconhecimento do Processo de Trabalho e dos Instrumentos de Atuação da ESF e da VISAU.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação pela Equipe de ESF da situação de Saúde das microáreas, os riscos e as vulnerabilidades sociais locais na “Área de Equipe de ESF”; • Apresentação do Diagnóstico das condições de vida (CV) e Situação de Saúde (SS) da Área de Abrangência na UBS pelos alunos – estagiários. • Debate. 	_____
13/09/13	<p>Reconhecimento do Processo de Trabalho e dos Instrumentos de Atuação da ESF e da VISAU.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivência do Processo de Acolhimento na UBS; • Compreensão da utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) pela Equipe de ESF. 	_____
20/09/13	<p>Reconhecimento do Processo de Trabalho e dos Instrumentos de Atuação da ESF e da VISAU.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento do Processo de Notificação de Doenças. 	_____
04/10/13	<p>Reconhecimento do Processo de Trabalho e dos Instrumentos de Atuação da ESF e da VISAU.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento do Fluxo de Notificação de Doenças. 	_____
25/10/13	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento do Processo de Trabalho e dos Instrumentos de Atuação da ESF e da VISAU. • Visita Domiciliar (VD) da ESF na microárea. 	_____
01/11/14	<p>Reconhecimento do Processo de Trabalho e dos Instrumentos de Atuação da ESF e da VISAU.</p>	Visita a Campo.

	<ul style="list-style-type: none"> • Visita Domiciliar (VD) da ESF na microárea (continuação) 	
04 ou 05/11/13	Organização do Relatório e da Oficina de Planejamento Estratégico Situacional (PES).	Visita a Campo.
21/11/13	Organização do Relatório e da Oficina de Planejamento Estratégico Situacional (PES).	Sim.
22/11/13	Oficina de PES Participativo I – Área de Equipe de ESF. <ul style="list-style-type: none"> • Debate: Identificação, formulação, priorização e explicação dos problemas de saúde da área de equipe da ESF selecionada para o estágio. 	Sim.
25 ou 26/11/13	Oficina de PES Participativo I – Área de Equipe de ESF. <ul style="list-style-type: none"> • Discussão e análise dos resultados da Oficina I. 	Sim.
02 ou 03/12/14	Preparação para a Oficina de PES participativo II – Área de Equipe de ESF. <ul style="list-style-type: none"> • Organização da Oficina II. 	Sim.
04 ou 05/12/13	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina de PES participativo II – Área de Equipe de ESF • Debate: Definição dos Objetivos; Análises de Viabilidade; e Estratégias; • Elaboração da Programação Operativa – Acompanhamento e Avaliação. 	Sim.
06/12/13	<ul style="list-style-type: none"> • Oficina de PES participativo II – Área da Equipe de ESF • Discussão e análise dos resultados das Oficinas I e II. 	Sim
10/12/14	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do Trabalho de Conclusão do Curso. 	Sim

Quadro III – Temas trabalhados nos momentos de Integração Ensino - Serviço: Estágio / Datas referentes à Observação Participante em destaque / Fonte: Caderno de Atividades do Estágio do CTVISAU.

O Estágio contou com a participação de 10 alunos, 1 Preceptor do Trabalho de Campo e Estágio e 1 Supervisor. Destes, participaram das entrevistas 10 alunos e 1 preceptor do Trabalho de Campo e Estágio. A Supervisora do Estágio solicitou desligamento da função no decorrer do mesmo e desta forma, não foi elencada como possível participante da amostra.

O local destinado aos encontros com os alunos caracterizava-se por um espaço reservado no 2º andar da Unidade com sala de aula, sala de reunião e sala com microcomputadores, havendo uma estrutura física adequada e compatível com os objetivos das atividades a serem realizadas no interior da Unidade.

Em relação ao roteiro de entrevista semi-estruturado, a princípio seriam realizadas 5 perguntas, no decorrer dos encontros percebi a necessidade de inclusão de mais uma

pergunta, referente a realização das Oficinas, em função das conversas informais realizadas com os alunos durante o Estágio. As falas apresentavam relevância de conteúdo no que se refere ao tema.

A experiência de realizar as entrevistas e posteriormente o Grupo Focal possibilitou outra perspectiva para o olhar do pesquisador, uma vez que o comportamento e as respostas dos sujeitos apresentaram-se diferenciadas em algumas questões, permitindo uma análise dos dois momentos, bem como o impacto nos resultados da pesquisa.

No momento das entrevistas esclareci aos participantes os objetivos da pesquisa, apresentei a aprovação do Comitê de ética e fiz a leitura com cada participante do TCLE. Após consentimento solicitei a assinatura do mesmo. Cada entrevista foi realizada na sala de reunião. Informei sobre a gravação de áudio e a finalidade de transcrição das entrevistas na íntegra. Ao mesmo tempo fiz registro das respostas apresentadas às questões durante a conversa.

A partir das entrevistas, observei os aspectos pontuados por cada participante e as temáticas que indicavam a necessidade de maior aprofundamento, de modo que no Grupo Focal além das perguntas realizadas nas entrevistas foram inseridos alguns tópicos que visavam maior esclarecimento em relação a algumas respostas (apêndice D).

Durante as entrevistas os participantes mostraram-se receptivos e colaborativos, embora um pouco apreensivos e preocupados com as respostas certas ou erradas. No decorrer do processo os mesmos se colocavam cada vez mais espontâneos nas respostas.

Para melhor visualização do perfil dos participantes os dados referentes à caracterização da amostra são apresentados no Quadro IV:

Participantes	Freq.	Gênero	Escolaridade	Idade (anos)	Tempo de Serviço (anos)	Inserido na ESF
Alunos CTVISAU	10	08- Masc. 02- Fem.	02-Nível médio completo. 01-Superior incompleto. 07-Superior completo.	01-27 01-29 02-31 02-33 02-35 01-40 01-44	05-11 05-05	08-sim 02-não
Preceptor CTVISAU	01	01- Fem.	01 Mestrado	01-48	Não se aplica.	Não se aplica.

Quadro IV – Caracterização da amostra: Alunos do CTVISAU/ Preceptoría do Curso / Adaptado de Pintarelli, 2009.

As 11 entrevistas somaram um tempo de 2 horas e 40 minutos de gravação, a transcrição durou cerca de 40 horas. Foi realizada uma exaustiva escuta de áudio, inclusive de pausas, mudanças de entonação de voz, interrogações e outras variações ocorridas na entrevista. O processo de transcrição encerrou-se em Fevereiro de 2014.

Após a conclusão das transcrições, fiz contato telefônico com os participantes, avisando que enviaria por email as respostas para validação das mesmas, sendo todas aprovadas. A partir de então, foi realizada a organização dos dados.

Primeiramente foi realizada a leitura do material (leitura flutuante). Em seguida, foram sublinhadas as frases interessantes relacionadas aos objetivos e ao assunto pesquisado, agrupando-as por semelhança. Desta forma, foi possível iniciar a organização dos dados, indicando o caminho para a categorização descrita posteriormente. A partir de então, foi feito um resumo das falas dos entrevistados (apêndice G) com o registro das impressões do pesquisador.

A sessão do Grupo Focal foi realizada em 1 hora e 28 minutos. Inicialmente foi feita a leitura de algumas recomendações, conforme especificado no item de coleta de dados. Ao término de cada pergunta, as respostas eram lidas, com a finalidade de validar as informações.

A organização dos dados do Grupo Focal seguiu a mesma seqüência apresentada na análise das entrevistas, contudo, as impressões do pesquisador levaram em consideração o conjunto das falas apresentadas pelos participantes (apêndice H).

As informações obtidas nas entrevistas e no Grupo Focal constituíram um material de análise de conteúdo, nos quais se buscou as categorias identificadoras, daquilo que se pretendia observar, de acordo com os objetivos propostos, com a finalidade de responder a questão da pesquisa.

Durante a organização dos dados foi possível agrupar os conteúdos em duas Classes temáticas: Processo de Trabalho: Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica e Integração Ensino Serviço – Estágio. A partir de então, as falas dos participantes foram agrupadas por semelhança, desdobrando-se em subcategorias e categorias relacionadas as áreas temáticas apontadas anteriormente.

É importante destacar as dificuldades encontradas por essa pesquisadora para o desfecho deste estudo, em função da pouca experiência, ao mesmo tempo foi possível construir uma seqüência metodológica que aos poucos permitiu a confecção deste trabalho.

Para iniciar o processo de categorização, utilizei cores diferenciadas para destacar as falas que faziam referência a cada temática (em verde, aquelas relacionadas a Classe Temática: Processo de Trabalho - Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica,

em azul as relacionadas a Integração Ensino-Serviço - Estágio).

Esse processo foi aplicado da 1ª a 10ª entrevista dos alunos e na entrevista da preceptoria. As falas foram enumeradas em ordem crescente de aparição, retirando o excedente das mesmas. Desta forma, obteve-se as Unidades de Registro ou falas. O mesmo processo foi aplicado na análise do Grupo Focal.

Em seguida realizei a codificação com letras e números, sendo a letra “E” a representação das entrevistas dos alunos e a seqüência de números a ordem do participante entrevistado. Para o preceptor, foi utilizada a letra “P” e o número 1 como seqüência por não haver outro participante representando esta função.

Ao código descrito acima foi acrescentado a letra “R”, sendo o código para as Unidades de Registro ou falas dos participantes de maneira que R1 a R160 correspondem as Unidades de registro referentes as entrevistas (apêndice H) realizadas com os alunos do CTVISAU, e, R1 a R120 as Unidades de registro referentes as falas presentes no Grupo Focal (apêndice I). Em relação a preceptoria, a entrevista inicia-se em R1 com término em R12. Foi utilizado o mesmo modelo de planilha para a análise de conteúdo.

Considerando a participação de um preceptor apenas, optou-se por inserir as considerações do mesmo no momento da síntese de cada Classe Temática, buscando aproximações com as falas dos alunos ou outros elementos relevantes para o estudo. Neste momento de discussão, apontaremos ainda as contribuições do registro de campo referentes a temática abordada.

4.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em função da extensão do material obtido a partir das respostas dos alunos, optei por distribuir as Categorias e Subcategorias em um Quadro (Quadro V) de acordo com as classes temáticas identificadas nas entrevistas e no Grupo Focal. O mesmo é apresentado a seguir com a contabilização das Unidades de Registros que deram origem as Subcategorias em cada Categoria identificada.

Entrevistas: Alunos CTVISAU Classe Temática I – Processo de Trabalho: Percepções quanto a Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica			Grupo Focal: Alunos CTVISAU Classe Temática I – Processo de Trabalho: Percepções quanto a Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica.		
Categorias	Subcategorias	Freq.	Categorias	Subcategorias	Freq.
-Percepções quanto a Integração do AVS com a ESF	-Integração não existe na prática.	9	-Percepções quanto a Integração do AVS com a ESF	-Integração não existe na prática.	5
Total parcial		9	Total parcial		5
Categorias	Subcategorias	Freq.	Categorias	Subcategorias	Freq.
Processo de Trabalho: Percepções sobre o trabalho integrado do AVS com a ESF no território.	-Concepção de Trabalho Integrado.	7	Processo de Trabalho: Percepções sobre o trabalho integrado do AVS com a ESF no território.	-Concepção de Trabalho Integrado.	1
Total parcial		7	Total parcial		1
Categorias	Subcategorias	Freq.	Categorias	Subcategorias	Freq.
Processo de Trabalho: Condições desfavoráveis para Integração.	- Percepção da ESF em relação ao Trabalho do ACE/AVS limitado a Dengue.	8	Processo de Trabalho: Condições desfavoráveis para Integração.	- Percepção da ESF em relação ao Trabalho do ACE/AVS limitado a Dengue.	4
	- Sentimento de exclusão.	3		- Sentimento de exclusão.	3
	-Formas de Organização do Trabalho do ACE/AVS limitado pela Gestão (Controle de Vetores).	5		-Formas de Organização do Trabalho do ACE/AVS limitado pela Gestão (Controle de Vetores).	2
	-Formas de Organização do Trabalho: Participação limitada do AVS nas reuniões de Equipe.	8		-Formas de Organização do Trabalho: Participação limitada do AVS nas reuniões de Equipe.	3
	-Formas de Organização do Trabalho: Produção diária / Metas Pactuadas.	10		-Formas de Organização do Trabalho: Produção diária / Metas Pactuadas.	7
	-Resistência em trabalhar junto (ACS e AVS).	12		-Resistência em trabalhar junto (ACS e AVS)	2

	-Vínculo de contratação OS X Servidor Público.	1		-Vínculo de contratação OS X Servidor Público.	13
	-Política	1		-Política	3
	- Muitas Chefias: Ausência de Integração entre as mesmas.	2		-Muitas Chefias: Ausência de Integração entre as mesmas.	7
	-Incentivo financeiro referente a mudança do cargo.	6		-Incentivo financeiro referente a mudança do Cargo.	3
	-Lógica de subdivisão do território diferente (AVS e ACS)	1		_____	_____
	-Inserção na ESF sem preparo.	2		-Inserção na ESF sem preparo.	7
Total parcial		59	Total parcial		54
Total		75	Total		60

Entrevistas: Alunos CTVISAU Classe Temática II – Integração Ensino Serviço - Estágio: Momento de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica.			Grupo Focal: Alunos CTVISAU Classe Temática II – Integração Ensino Serviço - Estágio: Momento de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica.		
Categoria	Subcategoria	Freq.	Categoria	Subcategoria	Freq.
Momentos de Integração Ensino Serviço: Contribuições.	-Construção de Identidade Profissional.	5	Momentos de Integração Ensino Serviço: Contribuições	-Construção de Identidade Profissional.	1
	-Resignificação do processo de trabalho	5		-Ressignificação do processo de trabalho	3
	-Favorece o entendimento sobre a integração do AVS com a ESF.	8		-Favorece o entendimento sobre a integração do AVS com a ESF.	2
	-Conhecimento da Clínica da Família.	4		-Conhecimento da Clínica da Família.	2
	-Conhecimento para o planejamento	4		-Conhecimento para o planejamento	2
Total parcial		26	Total parcial		10

Categoria	Subcategoria	Freq.	Categoria	Subcategoria	Freq.
Momentos de Integração Ensino Serviço: Percepções sobre as Visitas domiciliares realizadas em conjunto com a ESF.	-Abordagem além do Serviço Técnico.	8	Momentos de Integração Ensino Serviço: Percepções sobre as Visitas domiciliares realizadas em conjunto com a ESF.		
	-Abordagem ampliada sobre os problemas de Saúde.	3			
	- Aproximação com as práticas dos profissionais da ESF no território.	4		- Aproximação com as práticas dos profissionais da ESF no território.	3
				-Limites e potencialidades do AVS na visita domiciliar.	7
	-Associação Teoria Prática	1			
	-Poucas Visitas	4		-Poucas Visitas	2
Total parcial		20	Total parcial		12
Categoria	Subcategoria	Freq.	Categoria	Subcategoria	Freq.
Momentos de Integração Ensino-Serviço: Percepções sobre as Oficinas de PES.	-Interação de Diferentes atores.	3	Momentos de Integração Ensino-Serviço: Percepções sobre as Oficinas de PES.	-Interação de Diferentes atores.	1
	-Importância da participação da Comunidade.	9		-Importância da participação da Comunidade.	2
	-Participação da Comunidade permitiu a redefinição de prioridades.	5		-Participação da Comunidade permitiu a redefinição de prioridades.	2
	Ajuda na Promoção da Saúde.	1		_____	_____
	-Identificação com uma das Frentes de Trabalho do NASF:	7		-Identificação com uma das Frentes de Trabalho do	2

	Projeto de Saúde no Território.			NASF: Projeto de Saúde no Território.	
Total parcial		25	Total parcial		7
Categoria	Subcategoria	Freq.	Categoria	Subcategoria	Freq.
			Condições desfavoráveis para Integração com o NASF (Projeto de Saúde no Território)	-Formas de Organização do Trabalho: Produção diária/ Metas pactuadas.	3
				-Formas de Organização do Trabalho do ACE / AVS limitado pela Gestão (Controle de Vetores).	4
			Total parcial		7

Categoria	Subcategoria	Freq.	Categoria	Subcategoria	Freq.
Momentos de Integração Ensino Serviço: Percepção dos alunos quanto aos desafios do Estágio.	-Pouco Tempo o Estágio	6	Momentos de Integração Ensino Serviço: Percepção dos alunos quanto aos desafios do Estágio.	-Pouco Tempo o Estágio.	2
	-Ausência de implementação do Projeto apresentado na Oficina.	4		-Ausência de implementação do Projeto apresentado na Oficina.	1
				- Acesso aos dados na Clínica da Família insuficientes.	12
Total parcial		10		Total parcial	15
Categoria	Subcategoria	Freq.	Categoria	Subcategoria	Freq.
			Momentos de Integração Ensino Serviço: Sugestões de práticas pedagógicas.	-Participação nas reuniões de Equipe.	2
				-Participação em ações nas Escolas, associações e praças.	2

			Total parcial		4
Categoria	Subcategoria	Freq.	Categoria	Subcategoria	Freq.
			Momentos de Integração Ensino Serviço: Percepções sobre o material didático.	-Apostila do Trabalho de Campo e Estágio bem explicada.	1
				-Relação do material didático do Estágio com o Trabalho de Campo.	1
			Total parcial		2
Categoria	Subcategoria	Freq.	Categoria	Subcategoria	Freq.
Perspectivas após a realização do Estágio no Curso em pauta.	-Vivenciar os momentos de integração Ensino-Serviço na prática.	4	Perspectivas após a realização do Estágio no Curso em pauta.	-Vivenciar os momentos de integração Ensino-Serviço na prática.	2
Total parcial		4	Total parcial		2
Total		85	Total		59

Quadro V – Categorias e subcategorias obtidas pela organização dos dados / Adaptado de Pintarelli, 2009.

A sistematização apresentada no Quadro V permitiu a análise comparativa entre os dois momentos de coleta de dados: entrevistas e Grupo Focal, sendo possível estabelecer as primeiras impressões quanto à amplitude ou redução das falas em função de cada técnica utilizada.

A seguir apresentamos os resultados classificados em categorias e subcategorias conforme descrito no Quadro V, trazendo para reflexão as UR e as conclusões do estudo. Ao final da Classe temática, faremos uma aproximação com as contribuições da preceptoria, o registro de Campo e os achados da literatura.

4.2.1 Classe Temática I: Processo de Trabalho: Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica.

Esta classe temática reúne 75 UR nas entrevistas, que agrupadas deram origem a 3 categorias e 14 subcategorias. Reúne ainda 60 UR no Grupo Focal, que deram origem a 3 categorias e 13 subcategorias, conforme apresentado a seguir.

Categoria I- Percepções quanto a Integração do AVS com a ESF

Subcategoria I: Integração não existe na prática

No que se refere as entrevistas, aparecem 9 UR que apontam a ausência de Integração do AVS com a ESF na prática. Nos discursos a seguir podemos observar algumas dessas falas.

Na prática a Integração não está acontecendo, não percebo integração. E3R55.

Na verdade não, na prática não vejo essa integração funcionar. E6R89.

A integração ainda não tá (...), não tá feita. E7R105.

No Grupo focal identificamos 5 UR que convergem para mesma subcategoria, conforme apresentação a seguir:

A Integração existe no papel, na prática não funciona. GFE6R1

Teoricamente é uma integração linda e maravilhosa, só que na prática (...) ela não funciona. GFE7R4

Se fala muito em integração interpessoal, mais na verdade não existe integração nem no trabalho, nem o trabalho é integrado. GFE2R26.

A partir das UR foi possível identificar que embora inseridos na Estratégia, os profissionais não se sentem integrados à Equipe, o que demonstra a necessidade de um aprofundamento sobre o tema, buscando identificar os desafios frente a perspectiva do desenvolvimento de um processo de trabalho em conjunto, uma vez que entendemos ser esse o caminho para a prestação de um serviço pautado na Integralidade da Atenção.

Categoria II – Processo de Trabalho: Percepções sobre o trabalho integrado do AVS com a ESF no território

Subcategoria I – Concepção de Trabalho Integrado

Identificamos entre os participantes a concepção de trabalho integrado, sendo mais evidente nas falas durante as entrevistas, totalizando 7 UR.

Nas entrevistas os participantes observam que o AVS e os demais profissionais da ESF, possuem funções definidas. O AVS seria responsável pela visão do território e o ACS juntamente com os demais profissionais seria responsável pela assistência, conforme

apresentado a seguir:

Na teoria, há integração na verdade. O agente de Vigilância vendo o território, vendo as causas, possíveis riscos de doenças, de agravos e o ACS cuidando da parte dele que é a assistência: o paciente tal. E1R18

Falando teoricamente claro que é das melhores porque agente vai integrar de uma forma de levar conhecimento técnico justamente para o assistencialismo deles, agente vai ver o meio e eles vão ver as doenças (...). E7118

A partir das UR das entrevistas, percebemos nas falas dos participantes uma referência parcial do que seria a proposta de integração, uma vez que ainda denota uma separação das práticas a serem desenvolvidas. Entendemos que embora cada profissional desenvolva o seu papel, essa proposta busca desenvolver um sentido de trabalho em equipe, havendo a necessidade de ações integradas entre os membros do grupo, principalmente no que refere as atividades de planejamento e promoção da saúde com o desenvolvimento de ações intersetoriais e a participação popular.

No Grupo focal, foi identificada apenas uma UR correspondente a concepção de trabalho integrado, contudo, observa-se uma aproximação maior no que se refere a perspectiva do trabalho em Equipe:

“Falando da reunião de Equipe e tal, até que o C. falou, não tem agente como integração, a gente vai fazer as visitas domiciliares, não só a gente como os ACSs também, e, a nossa visão é observar, e na reunião de equipe estar passando o que a gente observou para haver essa integração, tanto eles como agente (...). GFE4R19

Categoria III – Processo de Trabalho condições desfavoráveis para integração

Nesta categoria observamos o maior número de subcategorias e o maior número de UR em relação as respostas fornecidas.

A partir das entrevistas foram identificadas 12 subcategorias, totalizando 59 UR e no Grupo Focal 11 subcategorias, totalizando 54 UR.

Subcategoria I: Percepção da ESF em relação ao Trabalho do ACE/AVS limitado a Dengue

Foram identificadas 8 UR nas entrevistas e 4 UR no Grupo Focal.

As falas dos alunos evidenciam que os profissionais da Clínica da Família entendem que o trabalho do ACE/AVS está limitado ao controle do dengue, conforme apresentado a seguir:

Porque as pessoas enxergam nós que estamos chegando como meros colocadores de pó e não observam como técnicos que poderia acrescentar. E7R119

O que acontece é os grupos isolados, a clínica em si, não entende a gente como integrado, como atores da equipe. E6R90

Parece uma equipe que foi colocada lá para cuidar só de Dengue. E1R13

Então falta essa visão ainda dos outros integrantes da Equipe. Falta os outros profissionais compreenderem o que é a Vigilância em si. E6R92

Entendemos que essa visão limitada em relação ao trabalho do ACE/AVS é compreensível considerando a função de Auxiliar de Controle de Endemias historicamente vinculada ao controle do Dengue e a inserção recente destes profissionais na ESF, contudo, frente a proposta de Formação do ACE em Técnico de Vigilância em Saúde, observamos que a visão dos profissionais da ESF precisa ser ampliada, de modo a permitir uma inserção efetiva dos novos atores enquanto integrantes da equipe.

No Grupo Focal, aparecem 4 UR que fazem referência a visão limitada da ESF em relação ao trabalho do ACE/AVS, trazendo inclusive outros elementos comentados a seguir:

Eu fui contar, hepatite A que está crescendo lá na minha área, eu cheguei pra Enfermeira perguntando, me identifiquei e tudo, sabe negócio, não dar atenção, só fechado (...).GFE3R9

Como ele observou na área dele os casos, tinha bastante caso de hepatite A, e, daí estar passando (...). Tinha que dá muita importância do que ele passou porque isso que é uma integração. GF4R20

Porque assim, só lembra do AVS quando é questão de Dengue(...), mais como aconteceu com ele quando ele foi falar de outro caso, ah, de hepatite, não sei o quê, não, não, já não dão importância. Ah! não sabe de nada! O negócio dele é Dengue!GFE2R23

Nas falas, outros aspectos também são sinalizados, como a não valorização de algumas informações de relevância no contexto da Vigilância, o que pode estar relacionado ao não reconhecimento desta função enquanto trabalho do AVS, e até mesmo, indicar a necessidade de qualificação dos profissionais da ESF para abordagem da Vigilância em Saúde, a fim de propiciar o melhor aproveitamento das informações compartilhadas em Equipe.

Subcategoria II- Sentimento de exclusão

Nesta subcategoria foram identificadas 3UR nas entrevistas e 3 UR no Grupo Focal.

Nas entrevistas encontramos:

Os AVSs parecem ser um grupo excluído. E1R11

Observam até mesmo como um estorvo ou algo que vai atrapalhar alguma coisa dentro da Clínica. E7R120

No Grupo focal encontramos:

Muitas das vezes olham pra gente como um intruso dentro da clínica, entendeu. GFE7R5.

Excluídos completamente não só eu como os outros também, outros mata mosquito também. GFE3R10.

Entendemos que este sentimento de exclusão tende a ser desconstruído na medida em que os profissionais da ESF passem a interpretar a presença destes profissionais sob outra perspectiva, interagindo com os agentes enquanto técnicos de Vigilância em Saúde. Ao mesmo tempo observamos nos discursos, uma certa desvalorização do trabalho do ACE o que pode contribuir para desmotivação destes profissionais. Ressalta-se ainda que a profissão AVS não foi regulamentada no âmbito da Secretaria Municipal, ou seja, os profissionais continuam na função de ACE e recebendo como tal. O desenvolvimento da função de AVS possibilitaria uma atuação diferenciada na Clínica, além de viabilizar um acréscimo salarial.

Subcategoria III- Formas de Organização do Trabalho do ACE/AVS limitado pela Gestão

Foram encontradas 5 UR nas entrevistas e 2 UR Grupo Focal.

A partir das falas apresentadas foi possível evidenciar que a Gestão, oriunda do Controle de Vetores, aparentemente limita o desenvolvimento da proposta de integração, conforme apontado a seguir:

O maior desafio assim, eu acho que desde o início é a nossa chefia, a gestão que tai que tem uma visão muito engessada ainda dessa questão da integração. E2R32

Mais a gestão às vezes não deixa, a gestão já vem com um projeto, com um plano pronto para executar. E2R34

No Grupo focal confirmam-se os achados da entrevista e acrescenta-se um outro

aspecto limitante: a ausência de autonomia. A seguir as UR são apresentadas:

Então até a nossa Estrutura, não vê nós Agentes, como Agentes de Vigilância ainda. GFE2R23

(...) Tem que ser autônomo, não pode ficar dependendo da visão de alguém, da visão de uma Gestão, da visão de uma chefia pra poder tá realizando algum trabalho, eu acho que como Agente de Vigilância, pra vigiar, pra tomar conta dessa atribuição, tem que ter uma autonomia e isso nós estamos longe disso. GFE2R93

Em relação a proposta de integração, é importante destacar que a Gestão é referenciada em outros momentos como um fator desfavorável, o que sugere a necessidade de uma revisão desta estrutura pensada em um contexto histórico anterior, e, com uma lógica de trabalho diferenciada. Acreditamos que a inserção efetiva do profissional AVS não se aplica ao modelo hierárquico vigente, exigindo uma revisão e adequação para que se possa avançar na perspectiva almejada.

Subcategoria IV- Formas de Organização do Trabalho: Participação limitada do AVS nas reuniões de Equipe

Foram identificadas 8 UR nas Entrevistas e 3 UR no Grupo Focal.

Os participantes declararam que se sentem um pouco deslocados na reunião de Equipe, pois na maioria das vezes a pauta é referente ao processo de trabalho da Clínica (escalas, revezamentos) e, os ACEs/ AVSs não são envolvidos neste processo, sendo solicitados apenas quando a discussão faz referência a alguma temática do Dengue.

Seguem algumas UR identificadas nas Entrevistas:

Na reunião de equipe parece que está excluído. Só está lá para falar de Dengue. E1R14

O que é discutido mais (referindo-se a reunião de Equipe) é o processo de trabalho aqui dentro da clínica, a equipe tal tá sem enfermeiro, então vamos fazer um revezamento, o outro Enfermeiro vai pegar o dia tal para poder cobrir aquela equipe e o AVS ali ficava sem o que fazer. Ficar ali escutar e acabou a reunião vir embora. E2R49

Quando não estava em período de Epidemia e tal, a gente ficava sem fazer nada, só ficava sentado, entrava mudo e saía calado da reunião de equipe, não tinha nenhuma função. O trabalho de Vigilância mesmo não havia aí ficou se distanciando. E2R43

Entendemos que a reunião de Equipe constitui um importante momento para o planejamento das ações a serem desenvolvidas, ao mesmo tempo em que possibilita a troca de

informações. No contexto apresentado, observa-se que numa perspectiva de Integração os profissionais da ESF precisam se aproximar da proposta de trabalho do AVS e a importância de sua inserção para além da temática do Dengue. Identifica-se ainda a necessidade de discussão junto a ESF sobre os objetivos da reunião e Equipe a fim de favorecer a reorganização do processo de trabalho.

No Grupo Focal encontramos resultados semelhantes. Verifica-se que a ESF por entender a participação do ACE/AVS limitada a temática do Dengue, parece já não considerar importante a presença destes profissionais em reuniões de rotina, conforme sinalizado a seguir:

Falando sobre essa integração, ontem a menina da administração perguntou se a gente ia para reunião (...), eu falei que não, porque quando eu fui inserida aqui, começou o Curso então eu não tive a oportunidade de ir para reunião, mais eu falei pra ela, mais também tem colegas minhas que muitas das vezes querem ir para reunião, ou até vai mais é barrada na porta, fala que não precisa, que não tem nenhum assunto referente a Dengue, então que ela não precisa participar, aí eu falei pois é, e você está perguntando se eu vou para reunião? GFE9R48

(...) Seria interessante se eles fizessem questão da nossa presença ali para estar participando, porque não é uma integração? GFE9R52

Subcategoria V – Formas de Organização do Trabalho: Produção e metas pactuadas

Foram identificadas 10 UR nas entrevistas e 7UR no Grupo Focal.

Os participantes sinalizaram que a produção diária e as metas pactuadas constituem uma das condições desfavoráveis para integração. Dentre os apontamentos presentes nas UR, destaca-se o aconselhamento da Gerência (controle de vetores) quanto a não participação nas reuniões de equipe, tendo em vista o não comprometimento da produção diária, e, a especificidade das metas do ACE/AVS que não estão relacionadas as metas da ESF, ou seja, constituem metas de uma outra Gerência (controle de Vetores). É importante ressaltar ainda que o cumprimento das metas está vinculado ao pagamento do acordo de resultados que corresponde ao pagamento de um salário a mais no ano ao Servidor Municipal.

Nas entrevistas encontramos as seguintes UR:

A ordem oficial é a gente estar integrado, mais foi aconselhado evitar de participar de reuniões, até porque não vão ter nenhuma contribuição pra não prejudicar nossa produção diária. E2R44

Nós temos metas para bater (...), para ganhar a gratificação (referindo-se ao 14º

salário ou Acordo de Resultados da SMS-RJ), nós temos que bater determinadas metas que não são as metas do PSF, são metas da nossa (...), uma outra Gerência. Então é uma questão política grande para que a integração não funcione do jeito que eu particularmente acho que seria mais interessante. E8R128

Hoje, por exemplo, se eu participar de uma reunião eu estou deixando de produzir, essa produção pode me atrapalhar para ganhar a gratificação, a bater determinada meta, então essas questões políticas. E8I29.

No grupo focal encontramos registros que reforçam o que foi destacado nas entrevistas, com o acréscimo de mais um aspecto não sinalizado na abordagem individual. Duas UR apontam que durante a participação em reuniões de equipe a preocupação com as metas também se fez presente nas falas dos profissionais da ESF, contudo, parece que os ACEs/ AVSs não interagem nesta discussão devido a ausência de conectividade destas metas com as metas pactuadas para os ACEs/AVSs. A seguir apresentamos algumas UR encontradas:

Mais infelizmente a gente aqui é por números, a gente tem que apresentar 20 casas por dia, 16 casas, se a gente pudesse apresentar duas casas por dia, se pudesse observar os casos de tuberculose, isso aí eu vejo como integração, mais infelizmente a gente trabalha com quantidade e não qualidade. GFE4R21

Porque essa reunião de equipe ao que me parece (...), se você participa... você está deixando de produzir no seu campo, só que você tem uma meta para você ganhar uma tal de uma Gratificação que eles tão aí, que a meta é basicamente produção, entendeu, aí se você não bate uma produção por causa de reunião que pode atrapalhar sua produção (...), reunião pra gente não é meta, eles não botaram a reunião como meta, se você simplesmente não bater a sua meta, simplesmente não vai estar recebendo a sua gratificação, e que reunião é tempo que você está saindo de uma produção de campo pra participar de um momento aqui. GFE8R81

Eu participei de uma reunião aqui embaixo, com o pessoal da equipe, de toda equipe, tava todos os enfermeiros, todos os ACSs, tava cheia a sala, eu só observando, só falava realmente em meta, meta, meta e nada de qualidade. GFE4R75

Diante do Exposto, acreditamos que para avançar na proposta de integração as formas de organização do trabalho no que se refere a produção e metas pactuadas precisa ser repensada na tentativa de promover aproximações entre o trabalho dos ACEs/AVSs e a ESF, de modo a favorecer a reorganização dos processos de trabalho das equipes.

Subcategoria VI - Resistência em trabalhar junto (ACS e AVS)

Foram encontradas 12 UR nas entrevistas e 2 UR no Grupo focal.

Nas falas das entrevistas foram apontados alguns aspectos referentes a resistência do ACS e AVS em trabalhar junto, destacando-se: vícios e costumes, falta de aceitação da proposta de integração pelo ACS e falta de união.

A seguir apresentamos alguns registros:

Realmente há uma resistência de ambas as partes, até porque cada um já tem os seus vícios, costumes. E5R85

Na verdade há uma dificuldade muito grande, em eles aceitarem essa integração, não por nossa parte AVS e sim por eles entendeu os ACSs. E9R143

Se tivesse a união do ACS com o AVS ia render bastante. E3R63

No grupo Focal aparecem elementos semelhantes, além da primeira referência ao vínculo de contratação, fato que será abordado como subcategoria em outro momento.

É uma realidade, dentro do funcionalismo público apesar deles não serem funcionários públicos, mais eles participam de todo esse esquema da função pública, todo mundo tem seus esquemas entendeu, todo mundo tem as suas manias, os seus costumes, os seus segredos e assim, ninguém quer compartilhar isso com ninguém entendeu. GFE5R7

Então acaba que eles ficam com medo da gente e a gente de certa forma também, fica com receio também deles se intrometerem muito tá entendendo, junto ao nosso trabalho e tal, esse tipo de coisa acontece muito também, influenciam. GFE5R8

Aparentemente se faz necessário uma abordagem cultural em relação ao trabalho nas instituições de saúde de modo a investigar e aprofundar a discussão sobre este comportamento de resistência em trabalhar junto por parte do ACS e AVS. A princípio esta resistência é influenciada pelo vínculo de contratação, tema que será abordado a seguir.

Subcategoria VII – Vinculo de Contratação OS X Servidor Público

Nesta subcategoria foram encontradas 1 UR nas entrevistas e 13 UR no Grupo Focal. Destaca-se a relevância da abordagem em Grupo desta temática se comparado a entrevista, considerando a expressiva participação dos alunos-trabalhadores no processo de discussão.

Nas entrevistas apenas uma UR fez referência a temática, conforme descrito abaixo:

De forma geral, Estatutário não se mistura com CLT. E3R56

Embora caracterize apenas uma UR do conjunto de falas das entrevistas e se apresente de forma sucinta, esta afirmação foi confirmada na abordagem do coletivo conforme descrição a seguir.

No Grupo focal esta temática foi discutida por um longo período, havendo inclusive intensidade na entonação da voz de alguns participantes. Observou-se que este aspecto abordado no Grupo possibilitou a emergência de questões não sinalizadas nas entrevistas individuais. Dentre as subcategorias identificadas no Grupo Focal foi a que mais apresentou Unidades de registro, trazendo elementos que apontam outras direções. O aparecimento de novos elementos na abordagem do grupo trouxe uma contribuição importante para mim enquanto pesquisadora, pois enquanto algumas temáticas se reduziram no Grupo, outras se ampliaram, permitindo o aprofundamento na compreensão do fenômeno, e, foi o que aconteceu neste caso.

A seguir algumas falas são apresentadas:

Por isso que essas reuniões nunca vão acontecer se nós participarmos como futuros técnicos. A gente participar, uma coisa bem superficial, não se fala muita coisa nessa reunião, porque o técnico que está ali, ele é da Prefeitura, tá entendendo, o que acontece na (OS) X, fica entre nós aqui que somos funcionários da (OS) X, tá entendendo, então, ou seja, essa integração de fato nunca vai acontecer. GFE5R46
 (...) *Aí já vem o lance de insatisfação de estar há oito anos sem aumento não sei o quê, aí o dinheiro vai todo para uma organização social, não, nós somos contra as ONGs, vamos acabar com as ONGs, aí criam OSs que é a mesmíssima coisa. GFE7R48*

O fato de regimes diferentes, a existência dessas OSs. Os interesses diferentes. GFE8R95

Até porque, até pelo simples fato, a partir do momento que mistura regimes, complicado. GFE6R46.

(...) O servidor público é uma coisa (...), o privado vai pelo interesse privado. GFE8R97

A partir das falas dos participantes foi possível perceber o desconforto em relação a convivência de vínculos diferentes na mesma instituição. Observa-se que um dos profissionais entende a OS como uma organização que se assemelha a uma ONG ou a prestação de um serviço privado. A presença da OS no serviço Público é vista com desconfiança, inclusive quanto a possíveis formas de manipulação que os profissionais contratados possam vivenciar em função da falta de estabilidade no emprego. Por serem servidores Públicos, os ACEs/AVSs questionam o investimento financeiro voltado para as OSs e os baixos salários pagos a

categoria ACE/AVS enquanto servidores. Diante destas questões, parece que a questão do vínculo de contratação constitui um elemento desfavorável ao processo de integração, podendo inclusive estar relacionado a resistência dos profissionais em trabalhar junto : ACS e ACE/AVS, fato não revelado na subcategoria: resistência em trabalhar junto (ACS e ACE/AVS), traduzindo-se em um novo elemento a ser considerado nesta pesquisa.

Subcategoria VIII – Política

Foram identificadas 1 UR nas entrevistas e 3UR no Grupo Focal.

No entendimento dos participantes a Política também aparece como uma das condições que pode se apresentar de forma desfavorável ao processo de Integração.

Nas entrevistas encontramos a seguinte UR:

Política. Parece que assim, nós já estamos integrados pra eles, por nós estarmos pertencentes a uma equipe. Eles já recebem a verba destinada a isso, o que aparenta para nós trabalhadores é que eles não estão preocupados com processo de trabalho. E8R135

No Grupo focal, apareceram três UR simultâneas e monossilábicas dentre os elementos identificados como desfavoráveis ao processo de Integração, a resposta apresentada foi: Política. Os alunos entendem que a Política está vinculada a Gestão (Controle de Vetores) e consideram que o direcionamento atual da mesma não favorece a perspectiva de Integração. Neste sentido, apresentaram a Política como desafio neste processo. Tal colocação corrobora com o achado identificado na entrevista.

Subcategoria IX – Muitas Chefias: Ausência de Integração entre as mesmas

Foram identificadas 2 UR nas entrevistas e 7UR no Grupo Focal.

Nas entrevistas destacamos a seguinte UR:

E8R136- Nós estamos subordinados a um montão de pessoas, a um montão de gente e fica meio estranho isso.

No grupo focal, encontramos a confirmação do que foi apresentado na entrevista e a apresentação de outros elementos que possibilitam a maior compreensão do aspecto

levantado. A seguir apresentamos algumas UR identificadas:

Essa Integração agente também tá muito focado na integração entre nós AVSs e a Clínica, eu acho que a Integração já não existe desde a chefia, a chefia, a nossa Gerência não se integra com a Gerência da CAP. GFE6R25

A nossa chefia, são chefias diferentes, é por isso que eu falo, na verdade a gente não sabe quem manda, existe uma coordenadora, existe uma chefia da Dengue que é o W. existe outra chefia da clínica, e, na hora quem é que manda? GFE6R26

Só para ver M. como reflete um pouco o que o R. falou há um tempo atrás, de muitas chefias(...), a reunião quem pede é uma chefia, a meta é outra (chefia), só pra ilustrar um pouco da dificuldade de ter várias chefias. GFE8R80

A partir das UR, observamos que aparentemente não existe integração entre as diferentes Gerências: Controle de Vetores, CAP e Gerência da Clínica. Somado a isso, hierarquicamente as Gerências não estão bem definidas no Organograma, de modo que os ACEs/AVSs estão subordinados a todas essas Chefias. Como exposto, esta questão parece confusa, uma vez que em alguns momentos, as orientações das diferentes Gerências parecem entrar em conflito, o que demonstra uma fragilidade neste aspecto. Acreditamos que estes apontamentos constituem uma condição desfavorável frente a perspectiva de Integração.

Uma UR apresentou ainda outras considerações importantes. Foi destacado que a questão administrativa do ACE/AVS não passa pela Clínica, estando ligada diretamente a um setor específico da CAP, Cita-se como exemplo: a frequência e o operacional do Trabalho. Entendemos que estamos em um momento de transição entre o desenvolvimento das atividades de ACE e a formação do AVS, no entanto, esse registro reforça a necessidade de diálogo entre as diferentes Gerências tendo em vista a inserção efetiva destes trabalhadores em um futuro próximo como AVSs na Clínica da Família. Consideramos que não está claro para os Gerentes e profissionais da ESF qual seria o papel destes profissionais (AVSs) no interior das equipes de ESF, sendo uma questão a ser trabalhada até a regulamentação da profissão, aspecto também elencado como subcategoria e discutido a seguir.

Subcategoria X – Incentivo financeiro referente a mudança do Cargo

Foram encontradas 6UR nas entrevistas e 3 UR no Grupo Focal.

Nas entrevistas os participantes fizeram alguns apontamentos em relação ao incentivo financeiro referente a mudança do cargo. Existe uma preocupação com a questão salarial,

entendendo que a mudança no cargo pressupõe aumento de serviço e conseqüentemente deveria propiciar um aumento salarial, conforme se observa na UR a seguir:

Aí isso dá um confronto (referindo-se a falta de mudança no cargo), porque o pessoal não vai receber e vai fazer trabalho que não é do cargo, então são estes problemas todos que acabam não acontecendo a integração dificultam a integração. E7R111

Não tem estímulo financeiro. Só está falando de aumento de trabalho, mais não tem aumento financeiro. Desestimula muito. E3R66

No Grupo Focal as UR identificadas confirmam os achados da entrevista e ao mesmo tempo ampliam a abordagem do tema, conforme apresentado a seguir:

(...) porque a verba vem pra gente ser AVS, vem uma verba, só que ninguém sabe para onde vai essa verba. Então pra eles, deixa o nomezinho lá pro Ministério. GFE7R114

Eu fui numa reunião do Y. uma das falas dele foi o seguinte: eu tenho verba para pagar COMLURB como Gratificação, contratar ACS, contratar o ACE por contrato, tem dinheiro, e, tenho verba para outras coisas, mais pra dar Gratificação pra vocês não(...). GFE7R116

Interessante notar que essa temática se apresenta nos dois momentos da coleta de dados, contudo, no Grupo Focal os profissionais demonstram que não percebem uma mobilização por parte da Gestão em relação ao pagamento de um abono salarial. Os profissionais entendem que esse abono seria proveniente da verba de incentivo e questionam a falta de recebimento do recurso. Pela crítica apresentada nas UR os profissionais caracterizam que a Gestão não está preocupada com essa questão, fato que a meu ver constitui uma condição desfavorável frente a perspectiva de Integração.

No que se refere ao repasse de recursos financeiros para os Municípios, entendemos que falta clareza por parte dos profissionais, contudo, percebemos que um planejamento a curto, médio e longo prazo precisa ser desenhado a fim de responder as expectativas destes trabalhadores. Consideramos justa a reivindicação, uma vez que na mudança de cargo ocorre a migração de uma função de nível fundamental para a função de nível médio, o que no Município do Rio corresponde a um salário melhor.

Subcategoria XI- Lógica de Subdivisão do território diferente (AVS e ACS)

A Abordagem desta temática aparece somente na Entrevista com apenas uma UR, fato que nos causou surpresa, pois considerávamos que aparecesse com maior frequência. Tal aspecto pode estar relacionado à tentativa de aproximação recente do território de trabalho do ACEs/AVSs com os ACSs. Na UR observa-se que a lógica de trabalho diferenciada causou impacto no processo de aproximação das bases territoriais dos ACEs/ AVSs com os ACSs.

Aos poucos a gente foi se agregando aos territórios deles, só que uma visão diferente ainda porque eles não trabalham por quadras e sim por setores censitários e isso deu impacto. E2R39

Subcategoria XII – Inserção na ESF sem preparo

Foram encontradas 2 UR nas entrevistas e 7UR no Grupo Focal.

Nas entrevistas são observadas as seguintes UR:

A gente até sinaliza algumas situações pra equipe, mais a gente não tem assim, aquele conhecimento. A gente não teve um Curso de Capacitação pra de repente observar algumas coisas e estar detectando para estar passando para equipe. E4R69

Porque assim a nossa chefia, a gente veio do Controle de Vetores, a gente ficou inserido na Estratégia da Família sem nenhum preparo. E2R39

Na perspectiva das UR apresentadas nas Entrevistas, a questão da Capacitação parece ser um fator fundamental. O fato dos ACE/ AVS serem oriundos do Controle de Vetores já sinaliza um despreparo inicial, o que nos faz refletir sobre a proposta de formação do AVS para atuação nas Clínicas da Família.

As afirmações presentes nas entrevistas foram confirmadas no Grupo Focal. Na abordagem coletiva os alunos aprofundaram a discussão, destacando a falta de planejamento no momento da inserção do profissional na ESF. Quanto a esse aspecto, foram realizados alguns apontamentos. Tais como: ausência de participação do AVS no Curso introdutório, pouco conhecimento por parte do AVS das doenças de notificação compulsória e falta de definição de responsabilidades no processo. A seguir são apresentadas algumas UR:

Porque começou de um jeito e já mudou, primeiro agente só ia fazer TB e não sei o quê, então até hoje eles ainda não definiram o processo quem vai fazer o quê, quem

é responsável por quê, definir e responsabilizar as autoridades, até hoje não existe isso. GFE6R14

Eu não fiz o Introdutório, então teve um palhaço de um gerente aqui que me perguntou, queria cinco doenças de Notificação Compulsória, eu não sou obrigada a saber quais são as doenças, só que no Introdutório isso é passado para o AVS, aí eu respondi três (...) aí ele falou assim: Mais você, pra você estar integrada, pra você estar na equipe, você fez o Introdutório, então você tem que saber, mais eu não fiz Introdutório, eu vim de uma Clínica que eu não fiz Introdutório lá e também não fiz aqui, então querem cobrar por essa Integração que tem para o AVS, cadê o planejamento?GFE4R64

Diante do exposto, entendemos que se faz necessário uma reflexão quanto a inserção destes profissionais na ESF, uma vez que a presença destes trabalhadores no interior das equipes não garante a integração das práticas de saúde. Na tentativa de avançar neste processo, acreditamos que o Curso Técnico de Vigilância em Saúde traz relevantes contribuições, principalmente no que se refere aos momentos de Integração ensino-serviço (Estágio) que ocorre no interior da Clínica da Família, assunto que será discutido posteriormente, a partir das UR identificadas nas entrevistas e no Grupo Focal.

Na coleta de dados optou-se por investigar inicialmente a percepção dos alunos quanto a proposta de integração, trazendo elementos para discussão desta primeira abordagem temática: Processo de Trabalho: Percepções quanto a integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica. Acreditamos que esta leitura e análise inicial possibilitam a avaliação do contexto onde estes profissionais estão inseridos, permitindo a identificação dos possíveis entraves presentes no processo. Observo que o entendimento deste fenômeno é de extrema importância quando pensamos em estratégia pedagógica, pois a partir dos elementos identificados podemos planejar atividades com um olhar crítico pré-estabelecido e ao mesmo tempo, buscar outros desdobramentos que estão além do âmbito da formação técnica.

4.2.2 Classe temática I: Processo de Trabalho – Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica – Comentários sobre a Observação participante e Contribuições da Preceptoria.

Em relação à observação participante, destacamos algumas considerações. Os profissionais em alguns momentos apresentavam-se desmotivados frente à questão política, fazendo referência ao jogo de interesses. Entendemos que este aspecto está relacionado à falta de perspectiva quanto à regulamentação do cargo de AVS e aumento salarial. Aparentemente

os profissionais não percebem um direcionamento político prioritário neste sentido. Tal fato, embora não possua uma relação direta com a Integração dos AVS no processo de trabalho da ESF, constitui um elemento indireto, contribuindo para desmotivação deste profissional, o que pode se expressar de forma subjetiva nas relações de trabalho. Destaca-se que na entrevista da preceptoria encontramos elementos que corroboram com esta observação, a mesma apontou a baixa auto-estima dos profissionais como um fator desfavorável para Integração, relacionando a questão financeira, trazendo aproximações com uma das subcategorias identificadas a partir da fala dos alunos: Incentivo financeiro referente à mudança do Cargo.

Ressalta-se enquanto registro de campo o pouco conhecimento por parte dos profissionais das funções desempenhadas por alguns dispositivos da Atenção Básica, como por exemplo: O NASF. Durante o preparo para Organização das Oficinas de Planejamento (PES) um dos assuntos abordados pelos alunos enquanto possível problema do território foi a Síndrome de Diógenes. Em um primeiro momento não foi citado o NASF como um possível parceiro. A partir dessa observação sugeri que o NASF fosse convidado para participação na Oficina de PES, havendo um representante na 1ª Oficina conforme abordaremos na Classe Temática II.

4.2.3 Reflexões sobre a Classe Temática I: Processo de Trabalho – Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica.

As diretrizes de integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica sinalizam que o eixo orientador da proposta é a integralidade do Cuidado. Nesta perspectiva, destaca-se que operacionalmente se faz necessário a revisão dos processos de trabalho visando integrar os atores envolvidos tanto na Atenção Básica quanto na Vigilância em Saúde. Entende-se que esses atores devem ser co-responsáveis pelas ações de Vigilância Epidemiológica, sanitária, ambiental, saúde do trabalhador e ações assistenciais, considerando os aspectos particulares e específicos de cada perfil, integrando suas atividades de maneira a potencializar o trabalho, evitando a duplicidade das ações que, embora diferenciadas, se complementam (TEIXEIRA; VILAS BOAS, 2008)

A ausência de integração na prática, descrita na categoria: Percepções quanto a Integração do AVS com a ESF convergem com as considerações feitas por Teixeira (2006) que sinaliza quanto a necessidade de avanço no desenvolvimento do diálogo entre a Saúde da Família e as práticas de Vigilância em Saúde, destacando que ainda são deficientes e sem articulação na assistência no nível local e municipal de Atenção.

Embora a Saúde da Família tenha como “imagem-objetivo” a integralidade das ações, o que vem permitindo uma aproximação com as propostas de vigilância em saúde (CAMPOS, 2003) ainda existe uma longa caminhada a percorrer com a finalidade de promover uma adequação permanente das práticas às necessidades e problemas de saúde da população, tendo em vista a possibilidade de conjugar ações voltadas para o controle de determinantes, riscos e danos (promoção, prevenção e assistência) - (TEIXEIRA, 2006).

Nos achados referentes a categoria: Processo de Trabalho: Percepções sobre o trabalho integrado do AVS com a ESF no território, observamos nas falas a predominância da referência quanto ao papel do profissional a nível individual e pouca referência ao aspecto coletivo, ao mesmo tempo, entendemos que este processo encontra-se em construção.

Teixeira (2006) sinaliza quanto a necessidade de mudança do perfil dos sujeitos no processo de trabalho, tanto no plano individual, de cada profissional e trabalhador de saúde quanto, principalmente no perfil do “Sujeito Coletivo”. O entendimento de “sujeito coletivo” relaciona-se não apenas a equipe multiprofissional como responsável pelas ações de Saúde em cada território específico, como abordado na Estratégia de Saúde da Família, considerando seus limites (CAMPOS, 2001; PAIM, 2001), mais inclui a participação da população organizada em torno da promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida, em um processo de “empoderamento” político e cultural.

O Estágio do Curso Técnico ao propor o desenvolvimento das Oficinas de Planejamento Estratégico, permite o desenvolvimento desta última noção na medida em que promove a interação de diferentes atores, incluindo a participação da Comunidade no processo decisório e nos planos de ação a serem propostos.

Os achados relacionados a categoria: Processo de Trabalho - condições desfavoráveis para integração apontam para as formas de organização do trabalho, com destaque para as limitações impostas pelas chefias, a produção diária e as metas pactuadas e as limitações referentes a participação dos ACE/AVS nas reuniões de Equipe.

Peduzzi (2003), destaca que apesar da característica taylorista da Gerência, observa-se no Brasil a partir da década de 80, influências do Planejamento Estratégico e do Gerenciamento flexível participativos nas instituições de saúde, inclusive de projetos de controle de qualidade em saúde.

Segundo a autora, as novas formas organizacionais/gerencias, junto à promoção da garantia da qualidade dos serviços, e ainda, da necessidade de cobrança de maior produtividade, da crescente incorporação da tecnologia, e da complexidade do objeto de trabalho que demanda simultaneamente o aprofundamento vertical do conhecimento

especializado e a sua integração, vêm promovendo mudanças no processo de trabalho em saúde. Essas alterações se refletem na prática cotidiana dos profissionais, colocando-os em situações que necessitam articular as intervenções e atividades realizadas pelo profissional com as ações dos demais agentes da equipe.

Para Peduzzi (2003), a noção de Equipe de Saúde refere-se a articulação e integração de diferentes processos de trabalho, entendendo que cada trabalho parcelar ou especializado constitui um processo peculiar, com objetivos, saberes e instrumentos próprios.

Em relação a divisão do trabalho, observa-se que as diferentes autoridades técnicas se configuram em trabalhos desiguais, além de variados, onde se verifica a existência de valores que hierarquizam e disciplinam as diferenças, sendo os próprios profissionais / agentes dos trabalhos reconhecidos como sujeitos desiguais. Em contra partida, entende-se que a articulação almejada e necessária para a integralidade das ações de saúde necessita da atuação consciente de sujeitos dispostos a integração. Segundo a autora, a mesma não ocorre automaticamente no desenvolvimento de atividades e intervenções oriundas dos vários profissionais, na verdade depende de conexões percebidas e introduzidas ativamente e conscientemente pelos sujeitos do trabalho. Entendemos que o Estágio do Curso se aproxima desta perspectiva ao considerarmos as estratégias de integração Ensino Serviço, propostas para o Estágio.

Quanto aos vínculos de contratação, alguns apontamentos são importantes. Para Correia (2011), as Organizações Sociais (OSS) ao eliminar o concurso público para contratação de pessoal abre precedente para o clientelismo, bem como para a precarização do trabalho, considerando a flexibilidade dos vínculos. As entidades sindicais que representam os trabalhadores que atuam no SUS entendem que o trabalho precário está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários conforme estabelecido em lei, mais como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS (PIRES, 2009, pág.319).

Considerando que o vínculo de contratação aparece neste estudo como desafio frente a perspectiva de integração do AVS no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, entendemos que se aplicam ainda, as observações de Gomes & Costa (1999, p. 414) ao descreverem que:

“O senso de solidariedade que distinguia os movimentos de trabalhadores organizados encontra-se em declínio. As negociações coletivas voltam-se prioritariamente para os trabalhadores do quadro funcional das empresas e as reivindicações tem como foco central a manutenção do emprego (...)”.

A contratação por OSS a nosso ver vincula o profissional a uma Organização com características trabalhistas semelhantes a uma empresa o que pode fragilizar as relações de trabalho coletivas com os AVSs. No caso específico deste estudo, a inclusão de um servidor estatutário no processo de trabalho, pode representar a inserção de um grupo com propósito diferente a nível institucional. Explicando de outra forma, teríamos a caracterização de dois grupos, um subordinado aos interesses da Prefeitura e outro aos interesses da OSS. Na pesquisa algumas falas reforçam esta percepção:

Essa integração que tanto se fala, tanto se cogita, ela nunca vai acontecer, porque dentro daquilo que o D. estava falando que os demais concluíram, não deixa de ser uma empresa que presta serviço pro governo e tem muita coisa a esconder, tá entendendo, e que nós como funcionários públicos não podemos saber (GFE5R45). Eu acho que o maior enfrentamento que agente vai ter é justamente isso que a gente já falou anteriormente é, as pessoas ficam olhando a gente como fiscalizadoras. GFE7R94.

Ao mesmo tempo, as diferenças salariais em função do regime de contrato tende a desencadear insatisfação nos servidores. Ressalta-se que os ACSs que concluíram o Curso Técnico, hoje recebem remuneração como nível médio pela OSS, contudo, até o momento, não há previsão deste ajuste salarial para os AVSs.

Pouca gente deve ter visto aí, mais o orçamento para o ano que vem, já para ano político foi reduzido, a parte pra investimentos na área de Saúde, reduzido drasticamente, e teve um aumento absurdo pras OSs, na verba do ano que vem, então, só isso já impacta, o que agente tá(...), aí já vem o lance de insatisfação de estar há oito anos sem aumento não sei o quê, aí o dinheiro vai todo para uma organização social, não, nós somos contra as ONGs, vamos acabar com as ONGs, aí criam OSs que é a mesmíssima coisa. GFR6R48

Tendo em vista a perspectiva de integração, a partir desta análise, entendemos que aspectos culturais no interior das instituições precisam ser trabalhados. Ao mesmo tempo, consideramos que os governantes precisam acolher em sua agenda política o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), visando a valorização do Servidor Público.

Por fim, a inserção na ESF sem preparo presente enquanto categoria neste estudo, reforça a necessidade de qualificação dos ACEs/ AVSs frente a perspectiva de integração, e, neste sentido o Curso Técnico de Vigilância em Saúde aparece como um elemento facilitador. Aspecto discutido a seguir.

4.2.4 Classe Temática II: Integração Ensino Serviço – Estágio: Momento de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica.

Esta classe temática reúne 85 UR nas entrevistas, que agrupadas deram origem a 5 categorias e 18 subcategorias. Reúne ainda 59 UR no Grupo Focal, que deram origem a 8 categorias e 22 subcategorias, conforme apresentado a seguir.

Categoria I - Momentos de Integração Ensino Serviço - Estágio: Contribuições

A partir das falas das entrevistas foram identificadas 5 subcategorias, totalizando 26 UR e no Grupo Focal: 5 subcategorias, totalizando 10 UR.

Subcategoria I - Construção de Identidade Profissional

Foram identificadas 5 UR nas entrevistas e 1UR no Grupo Focal.

Nas entrevistas os participantes apontaram que o Curso Técnico possibilita maior compreensão do trabalho do AVS com a ESF. Destacam-se algumas ações desenvolvidas no Estágio como: a pesquisa no território e o planejamento de ações em conjunto com a equipe, identificando que este momento do Curso trouxe esclarecimentos frente à perspectiva de Integração. Nos relatos foi possível observar ainda que embora soubessem sobre a proposta de integrar e trabalhar com a vigilância, não havia clareza de como seria este processo. No discurso de uma das UR, ressalta-se o fortalecimento do aluno-trabalhador em relação à identidade profissional enquanto AVS. A seguir são apresentadas algumas UR:

A gente sabia o que estava escrito que tinha que integrar, que tinha que cuidar da Vigilância e tal, mais na área de atuação, na prática mesmo, não sabia como desenrolaria a situação. E2R23

O Estágio já abriu um pouco a mente. A gente já sabe já que a gente tem que pesquisar o território, planejar ações e tal em conjunto com a equipe, aí eu acho que veio esclarecer mais isso, uma visão mais apurada em relação a isso. E2E24

Porque até então vocês fazem parte, mais o serviço de vocês é esse, o nosso é esse, cada um por si. Hoje tendo esta visão que o Estágio deu que o Curso deu a gente consegue chegar e falar não, eu vou participar porque eu sou a minha função determina isso e eu quero ser isso. E6R100

A UR identificada no Grupo Focal confirma que o Curso possibilitou maior

esclarecimento quanto às ações a serem desenvolvidas, conforme apresentado a seguir:

Mais o pouco que teve já fez dar uma clareada no que a gente pode fazer mais lá fora e que a gente não faz, porque ninguém cobra da gente, porque a gente não sabia que podia fazer, até onde a gente pode atuar ou não. GFE6R33

Subcategoria II - Resignificação do Processo de Trabalho

Foram identificadas 5 UR nas Entrevistas e 3 UR no Grupo Focal.

A partir das falas das entrevistas foi possível identificar que o Curso bem como o Estágio possibilitou a resignificação do processo de trabalho, até então restrito as ações de controle de Endemias. Destaca-se ainda em uma das falas o maior envolvimento com a Clínica da Família, conforme apresentado a seguir:

O ACE era só mata- mosquito. E1R3

Abranger mais coisas. Mais atributos da Vigilância em Saúde. E1R8

Essa visão que a gente tem hoje de AVS de Agente de Vigilância que o Curso nos preparou a gente não tinha, a gente só sabia ir lá procurar onde tinha foco e tal, usar o inseticida e pronto. E2R38

Se envolve na clínica. Se envolve com as doenças. E1R9

No Grupo Focal, os participantes reforçam que o Estágio possibilitou a visão do que seria o trabalho do AVS na ESF, o que nos remete a um novo significado quanto as ações desenvolvidas para estes profissionais. Uma UR destacou ainda, a visão mais ampliada sobre os problemas da área, conforme descrito a seguir:

Foi essa visão, de ter pelo menos uma visão do que é o trabalho (referindo-se ao Estágio), por mais que a gente não tenha experiência nisso. GFE2R34

A visão que eu tive daqui, do trabalho, foi justamente aqui na parte do estágio, na parte do Curso, que eu conheci. GFE9R85

O Curso me deu uma visão também maior sobre os problemas da área. GFE1R84

Subcategoria III – Favorece o entendimento sobre a Integração do AVS com a ESF

Foram identificadas 8 UR nas entrevistas e 2 UR no Grupo Focal.

Nas entrevistas os participantes declararam que o Estágio Possui elementos que contribuem para a integração, o que se observa a seguir:

No curso, o Estágio é que deu a visão realmente do que seria o trabalho em equipe e como isso poderia contribuir. Na prática eu não tinha vivenciado isso, desconhecia o trabalho. E6R94

Foi fazer conhecer o que é realmente o serviço, a integração, hoje a gente pode chegar e cobrar essa integração. E6R99

No Grupo focal, confirmam-se os achados das entrevistas:

Deu para entender minimamente essa integração com os ACSs, esse acompanhamento que é o que deveria ser feito de ir junto na hora de fazer um lançamento no sistema, na hora de fazer um acompanhamento, porque a gente na prática não vivencia isso. GFE6R32

As aulas, o Estágio, a parte do NASF e tudo, enfim (referindo-se as contribuições do Estágio para Integração). GFE4R86

Subcategoria IV - Conhecimento da Clínica da Família

Foram identificadas 4UR nas entrevistas e 2 UR no Grupo Focal.

Os participantes apontaram nas entrevistas que o Estágio permitiu maior aproximação com a Clínica da família, estando mais inteirados dos assuntos da mesma. Entendem que o conhecimento do prontuário eletrônico e da infra-estrutura da Clínica contribui para melhor abordagem do AVS junto ao morador.

Obter informações com respeito a própria Clínica. E1R5

No Estágio o ACS mostrou o sistema, o Prontuário eletrônico, a Infraestrutura da Clínica. A Enfermeira (Supervisora do Estágio) mostrou tudo. Na sala de aula deu para ter uma ideia melhor de como vai funcionar, como integrar no sistema. E3R58

O conhecimento da Infraestrutura (referindo-se a Clínica da Família) contribuiu para que o AVS tenha uma boa abordagem com o morador. E3R64

No Grupo Focal, os participantes também evidenciam a apropriação dos assuntos da Clínica com um aspecto importante a ser considerado enquanto contribuição do Estágio. Acrescenta-se ainda a visita domiciliar realizada em conjunto com a ESF, aspecto que será melhor discutido na categoria referente a este momento em particular.

Eu não conhecia muita coisa da clínica então, isso eu acho que somou para mim, tem várias coisas da clínica que eu não sabia, pra mim ficar mais inteirado

(referindo-se ao Estágio). GFE1R83

Teve dois dias mesmo que serviu pra gente, bom mesmo, conhecer a infraestrutura, conhecer a Clínica e o segundo o trabalho, foi na casa do morador a visita. GFE3R37

Subcategoria V- Conhecimento para o Planejamento

Foram identificadas 4 UR nas entrevistas e 2 UR no Grupo Focal.

Nas entrevistas os profissionais citam ainda como contribuição do Estágio a confecção das planilhas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), destacando a relevância deste instrumento na elaboração de um plano de ação. Entendem que essa metodologia permite a organização das idéias viabilizando o desenvolvimento de um projeto. Ao mesmo tempo, entre as UR, a ação de planejar aparece como um aspecto positivo, na medida em que o AVS se apresenta como sujeito ativo neste processo, fato também valorizado, aparentemente por caracterizar maior autonomia.

No Estágio, principalmente as aulas do Professor W. e da Professora Z. que ajudou a confecção daquelas planilhas, na elaboração de um plano de ação com objetivos, então essa organização das ideias, junto com as ideias que nos trouxeram dessas planilhas, auxiliou muito no sentido de organizar determinada ação, elaborar um projeto, uma ação, então essa informação da elaboração das planilhas foi muito importante neste sentido. E8R132

Lembrei justamente dessa metodologia, desse “know-how”, como? Eu tenho um projeto, eu tenho uma vontade, eu tenho uma ideia, como que eu vou integrar o pessoal da clínica? Como que eu vou elaborar? Eu acho que essas planilhas foram muito importantes na elaboração desses planos, dessas idéias. E8R134

Mais na verdade eu consegui ver nesse processo de ensino agora que o AVS planeja também, ele ajuda a planejar, propor ideias e tal. E2R35

No Grupo Focal as UR identificadas confirmam os achados da entrevista, reforçando a relevância do aprendizado das planilhas. Uma das UR comenta a questão da autonomia, vinculando a mesma a ação de planejar do AVS.

Pra mim foi um total, principal momento assim de aprendizagem. Eu achei bacana a elaboração daquelas planilhas, a organizar. A planilha ajuda a organizar as ideias, os planos de ações, ao que você detectou um problema na sua área, como profissional. Com o Estágio, se eu fosse um profissional se eu detectasse um

problema como que eu vou começar, como que eu vou elaborar, como que eu vou pedir auxílio, parceria, então eu acho que foi a principal atividade assim do Estágio. GFE8R98

E outra também é a questão da autonomia, pelo que eu pude perceber no Curso, no Estágio pro AVS é (...), realizar o seu trabalho ele precisa ser autônomo, ele precisa ter acesso as informações, não ficar pedindo, poder botar a mão na informação, poder analisar de forma crítica individualmente e planejar em cima. GFE2R92

Categoria II – Momentos de Integração Ensino Serviço: Percepções sobre as Visitas domiciliares realizadas em conjunto com a ESF

Foram encontradas 5 subcategorias nas entrevistas com 20 UR e 3 Subcategorias no Grupo Focal com 12 UR.

Subcategoria I – Abordagem além do Serviço Técnico

Nas entrevistas foram encontradas 8 UR referentes a essa subcategoria. No Grupo focal não foram caracterizadas UR relacionadas a essa subcategoria.

Os participantes sinalizam que nas visitas foi possível desenvolver um olhar diferenciado se comparado a visita realizada pelo ACE, muito focada na questão do Dengue. A visita com a ESF teria permitido uma abordagem mais humana, indo além do serviço técnico. Destaca-se ainda que a partir dessa abordagem foram identificados outros dispositivos que podem ser acionados na busca da solução de problemas encontrados no território, como por exemplo: a síndrome de Diógenes. Neste caso, entende-se que o NASF constitui um importante colaborador.

Até o momento a gente focou mais na questão da Dengue e tal do mosquito, se importava mais apenas com o ambiente. Ah é uma caixa d'água, é uma cisterna, é um vaso de planta e esquecia, esquecia ou não tinha essa visão do ser humano, da pessoa. E2R25

Tem a questão da Síndrome de Diógenes que no nosso território aqui existem alguns casos. Agora com o apoio da assistente social (profissional do NASF presente na Oficina) e tudo, do psicólogo, a gente tá conseguindo caminhar nessa direção (referindo-se a visão do ser humano). E2R26

Mais agora, tratando do ser humano, olhando pelo lado humanístico mesmo, a gente está conseguindo agora fazer algumas coisas que a gente não conseguia antes, visando só o território, só o ambiente. E2R27

Agora posso opinar sobre outras questões. Antes eu era robô. E3R62

Subcategoria II - Abordagem ampliada sobre os problemas de Saúde

Foram identificadas 3 UR nas entrevistas. No Grupo Focal não foram caracterizadas UR relacionadas a essa subcategoria.

As falas dos alunos evidenciaram que a abordagem das visitas realizadas em conjunto com a ESF permitiu a visão dos problemas de saúde como um todo, além de propiciar o conhecimento de melhorias e tratamentos até então desconhecidos pelo ACE/AVS.

Foi muito bacana ver essa visita em conjunto porque a gente não fica só no problema dengue, foca como um todo, a saúde como um todo. E6R97

Vê oportunidades que podem ser de melhorias, de tratamentos, que até então fica desconhecido pra gente. E6R98

Subcategoria III - Aproximação com as práticas dos profissionais da ESF no território

Foram identificadas 4 UR nas entrevistas e 3UR no Grupo Focal.

Nas UR das entrevistas foi possível identificar que as visitas permitiram uma aproximação dos ACE/AVS com as práticas dos profissionais da ESF no território, trazendo novos elementos quanto a percepção dos ACE/AVS em relação as atividades destes profissionais, tais como: formas de abordagem e orientações realizadas pelos ACSs; agendamento de exames via SISREG; necessidade de priorização de problemas, em função da diversidade dos mesmos.

Assim, eu acho muito interessante e válido o trabalho deles, assim, diretamente com a população, porém, eu também me coloco no lugar deles, porque quando eles chegam numa casa é tanta coisa, tanta coisa, que eles não sabem nem por onde começar, porque a necessidade é muito grande. E9R142

Nas poucas visitas que agente fez foi novidade, em relação aos exames, a parte do SISREG, de como o Agente Comunitário chega na casa, o que é falado, o que é importante, qual a orientação que é dada, foi tudo novo pra gente. E4R71

No Grupo Focal destaca-se uma das situações encontradas no domicílio e os desdobramentos referentes ao problema de saúde identificado. Percebe-se o desconforto por parte do profissional ACE/AVS frente a situação vivenciada.

Na minha por exemplo, que até foi com agente a preceptora, teve um caso assim chato, eu não me senti bem, nós fomos em uma das casas que nós fomos tinha um

rapaz enfermo, ele tem paralisia cerebral, ele não se movimentava e estava aparentemente, segundo a própria Enfermeira, é, gritando, mais ele não conseguia gritar, como é... de dor, é gemendo, aparentemente de dor no dente. GFE8R54

Aí ficou a disputa da Enfermeira com a Agente Comunitária, só que a Enfermeira dizendo: não, ele é acamado ou não é? Porque ele não tinha como se movimentar, ele mora sozinho com a mãe, e a mãe é uma senhora idosa ou quase lá e o rapaz, ele é grande, ele não se mexe, mais ele é grande, pesado, e ela não tem como trazer ele aqui, aí ficou a disputa, não, mais ele é acamado?(...). É acamado ou não é acamado? Porque o tal do acamado vai a Kombi lá que vai atender em casa. GFE8R55

Identifica-se que nos dois momentos da coleta de dados, a aproximação com as práticas dos profissionais da ESF na visita domiciliar, permitiu a melhor compreensão dos ACE/AVS em relação ao trabalho daqueles profissionais no território.

Subcategoria IV – Limites e potencialidades do AVS na Visita domiciliar

Foram identificadas 7 UR.

Interessante notar que essa subcategoria aparece somente no Grupo Focal.

Destaca-se que as UR apresentadas no coletivo aparecem após o relato do desconforto de um dos participantes em relação a situação encontrada na visita domiciliar, conforme descrição anterior.

Percebe-se nas falas uma reflexão sobre a visita do ACE/AVS em conjunto com a ESF no território. Há um questionamento sobre a função do ACE/AVS considerando o problema identificado: paciente acamado, e qual seria a contribuição do ACE/AVS neste processo, uma vez que o mesmo estaria vinculado a função de Vigilância no território. Ao mesmo tempo, existe o entendimento que em alguns momentos essas visitas se fazem necessárias.

Eu não sei até que ponto, olhando friamente, seria de utilidade o AVS estar participando destas visitas diretamente. É diferente do ACS que vai lá levar remédio, vai fazer um acompanhamento e tal. A gente, ah! Vai lá pra... se a nossa função é justamente a Vigilância, é olhar o território, olhar a área, não sei (...). Seria melhor agente ter acesso as informações, aos dados do que necessariamente a visita domiciliar (...), entra numa casa ACS, Enfermeira com um paciente doente, já tá acamado, já tá adoentado, um monte de gente na casa, ninguém fica confortável. GFE6R56

Eu até acho importante, mais não de maneira rotineira (referindo-se a visita

domiciliar), não como rotina assim, fazer esporadicamente, agora, para conhecimento de área, para conhecimento de alguns casos, para conhecimento de algumas famílias de condições gerais daquela localidade ali, isso é vigilância, não estar ali acompanhando junto. GFE8R57

Entendemos que talvez não tenha ficado claro o objetivo da visita domiciliar em conjunto com a ESF. No entanto, vemos este momento como uma das atividades mais importantes do Estágio. Acreditamos que a visita em conjunto permite a identificação das práticas desenvolvidas no território pelo ACS e AVS, constituindo um elemento facilitador frente à perspectiva de integração. Como sugestão, talvez seja interessante a confecção de um roteiro de visita que contemple um plano de cuidado integrado para o domicílio visando o trabalho conjunto e complementar destes profissionais.

Subcategoria V – Poucas Visitas

Foram identificadas 4 UR nas entrevistas e 2 UR no Grupo Focal.

Nas falas das entrevistas os ACE/AVSs sinalizam que o número de visitas domiciliares realizadas durante o Estágio foram poucas.

A gente até escuta falar sobre a parte teórica, mais a gente deveria ter que ter uma parte maior prática, para ver como é que é que funciona (referindo-se a visita domiciliar). E4R72

Insuficiente. Foram poucas horas. Necessário mais visitas. E10R158

No Grupo Focal confirmam-se os achados da entrevista.

Foram muito poucas visitas. GFE7R31

Fizemos uma única VD com os ACS. GFE9R36

Interessante notar que mesmo diante de uma reflexão sobre a participação do AVS em conjunto com a ESF na visita domiciliar, existe o entendimento de que o número de visitas realizadas no Estágio foi insuficiente. De alguma forma, os profissionais reforçam a importância desse momento do Estágio.

Subcategoria VI – Associação Teoria Prática.

Esta subcategoria foi identificada a partir de uma UR apresentada na Entrevista. Na

fala, o aluno faz uma associação do conteúdo teórico apresentado no Curso com a atividade prática desenvolvida no Estágio.

Entrei na casa de uma moradora onde havia fezes secas de pombo que favorece a transmissão de toxoplasmose. Orientei a moradora. O tema da toxoplasmose foi trabalhado nas aulas. E3R61

Categoria III – Momentos de integração Ensino – Serviço: Percepções sobre as Oficinas de PES

Foram encontradas 5 subcategorias nas entrevistas com 25 UR e 4 subcategorias no Grupo Focal com 7UR.

Subcategoria I – Interação de Diferentes Atores

Foram identificados 3 UR nas entrevistas e 1 UR no Grupo Focal

Nas entrevistas os alunos apontam que a Oficina permite a interação entre os diferentes atores. Identifica-se que a 1ª Oficina teve um melhor aproveitamento se comparado a segunda. Destaca-se a participação do profissional do NASF, ACE/AVS e moradores da Comunidade. Uma das UR ressalta, que a partir da interação dos atores foi possível reunir informações de vários seguimentos com suas respectivas visões em relação a discussão proposta. Observa-se ainda essa interação enquanto potencial para Promoção da Saúde.

Permite a interação. Se reúne o morador, o AVS e o ACS. Agente age, trabalha junto. E1R15

A oficina ali, você consegue saber, consegue pegar a informação de todos os atores: pessoal da entidade civil, pessoal da igreja, os ACSs, nós do combate a Dengue, os Enfermeiros, todo mundo dando uma ideia, todo mundo colocando a sua visão. E4R81

No Grupo Focal, confirma-se o melhor aproveitamento da primeira Oficina. Identifica-se uma relação da proposta de Integração com a importância da fala de cada participante neste momento coletivo.

A perspectiva da promoção da Saúde não é destacada de forma direta no Grupo.

Principalmente a primeira Oficina foi mais importante em relação a essa integração. Tanto que fala integrar, integrar e aí foi observado a importância da fala de cada um. GFE4R99

Subcategoria II: Importância da Participação da Comunidade

Foram encontradas 9 UR nas entrevistas e 2 UR no Grupo Focal.

Nas entrevistas as falas evidenciaram a importância da participação da Comunidade. Aparentemente os alunos se surpreenderam com o interesse das moradoras e contribuição na discussão. A visão da Comunidade sobre o planejamento elaborado pelos profissionais aparece com um aspecto relevante a ser considerado.

Vemos o que é importante, nós detectamos determinados problemas, listamos vários problemas, achamos, fizemos a priorização, mais o que eu vi, assim, da importância de nós trazermos a importância do que eles acham importante, do que eles consideram importante, o que eles acham emergencial, do que eles gostariam que fosse trabalhado de maneira mais efetiva na área para ter esse conhecimento entendeu, porque eles moram ali. E8R143

No Grupo focal confirma-se a percepção dos alunos quanto a importância da participação da Comunidade nas atividades de Planejamento. Destaca-se o potencial de uma das moradoras e a influência da mesma na Comunidade.

Então agente vê a importância da população na oficina, eu até estava comentando sobre aquela moça com dois filhos, a participação que ela tem na Comunidade, a influência que ela tem, como um a gente assim, um ator na Comunidade, então isso aí me impressionou muito. GFE1R119

Subcategoria III - Participação da Comunidade permitiu a redefinição de prioridades

Foram encontradas 5 UR nas entrevistas e 2 UR no Grupo Focal.

Nas entrevistas os alunos apontam que a participação da Comunidade permitiu o redirecionamento do Plano de Ação. Destacam que embora o planejamento inicial tenha sido elaborado com base nos indicadores, a partir das contribuições dos moradores houve a redefinição da prioridade a ser trabalhada no território. Esse fato causou impacto nos alunos por não esperarem tal desdobramento, ressaltando que os mesmos compartilharam de forma positiva a mudança da prioridade colocada em questão.

Em relação a visão dos problemas, como técnicos vimos como um problema a HAS, com a Oficina o problema passou a ser o lixo na beira do Rio. E1R17

A Oficina veio Contribuir neste sentido de a gente conseguir traçar prioridades dentro do Território, porque a gente não, as vezes a gente vem querendo fazer alguma coisa mais de repente não é aquilo que o território necessita no momento, as vezes tem outras prioridades na frente, aí de vez em quando a gente não tem esse conhecimento, a gente não debate com a Comunidade, a gente perde um pouco essa visão. E2R54

Até que nós mudamos. Nosso foco era hipertensão e passamos para o lixo que foi mais importante. E4R80

No Grupo Focal confirmam-se os achados da entrevista. Entende-se que a avaliação dos atores da Comunidade pode constituir um parecer diferenciado, no que se refere a prioridade a ser trabalhada no território, se comparado a análise numérica ou análise de indicadores realizados pelos profissionais.

Uma das coisas importantes aqui da Oficina que apesar de todo planejamento, de toda estruturação, de repente a gente chega numa causa pelos números a causa é essa, quando você senta com a população não tem nada a ver aquilo, a população está mais preocupada com uma outra coisa. GFRE6R101

Bem, a gente á princípio tinha uma doença, selecionamos três doenças e vimos uma como prioridade, mais quando chegou na Oficina a gente viu que não era aquela a prioridade da população, a gente viu que era a questão do lixo. GFE1R118

Subcategoria IV- Ajuda na Promoção da Saúde

Uma UR da entrevista destaca que a Oficina de PES potencializa a abordagem da Promoção da Saúde.

Visa ajudar muito na Promoção e no que diz respeito também a solução de problemas no território trabalhado. E5R587

Subcategoria V – Identificação com uma das Frentes de trabalho do NASF: Projeto de Saúde no Território.

Foram encontradas 7 UR nas entrevistas e 2 UR no Grupo Focal.

Nas respostas a entrevista os participantes identificam como muito importante a participação da representante do NASF na Oficina, que trouxe contribuições referentes a uma de suas frentes de trabalho: Projeto de Saúde no território. Os desdobramentos referentes a participação deste ator da Unidade foram muito valorizados em função da identificação do AVS com as atividades desenvolvidas por este grupo de profissionais. Os alunos se

surpreenderam com o relato de ações no território muito próximas ao que enquanto ACE/AVS entendem ser função desempenhar. Tal experiência constituiu um marco na 1ª Oficina por trazer um sentimento de inclusão e identificação com esta proposta de trabalho até então desconhecida pelos AVSs.

Sobre o NASF, a assistente social do NASF quando esteve aqui na apresentação da oficina ninguém sabia que eles tinham parceria com a Comlurb, parceria com o Meio Ambiente, parceria com um monte de outros setores, e, delegando coisas que a clínica não está fazendo e é coisa que o Agente de Vigilância em Saúde faz que é essa integração com os outros órgãos, para desenvolver as atividades técnicas. E7R125

Para mim é fundamental, na verdade agente deveria estar interligado com o NASF, deveria estar na clínica mais com o NASF, trabalhando com o NASF, porque o NASF está fazendo um trabalho que agente está trabalhando, então agente está fazendo um trabalho duas vezes e ninguém está se entendendo, o NASF para mim, pelo que ela colocou ali é importantíssimo, importantíssimo. E7R126

No Grupo Focal confirmam-se os achados da entrevista, sendo sinalizado para Equipe o interesse do profissional do NASF em estar mais próximo do AVS para o desenvolvimento de ações no território.

Com relação a Oficina, a presença da menina do NASF que aí mostrou pra gente, que a gente deveria estar no NASF. Pela fala dela foi tudo aquilo que ela falou, eles fazem evento com a COMLURB, que fazem o diagnóstico da área, papapapapapá, a mesmíssima coisa que a gente faz atualmente, e hoje a gente tá jogado na Clínica, tá jogado numa Clínica sem fazer nada, todo mundo embolado e o NASF fazendo, desenvolvendo um trabalho que poderia ser com a gente entendeu. GFE7R99

Categoria IV- Condições desfavoráveis para Integração com o NASF

Foram identificadas 7 UR no Grupo Focal , desdobrando-se em 2 subcategorias .

Interessante notar que esta categoria aparece somente no Grupo Focal. A abordagem é evidenciada a partir do comentário de um dos alunos referente ao interesse do profissional do NASF em integrar os AVSs nas ações a serem desenvolvidas no território. A fala traz uma resposta de resistência na maior parte dos alunos, em função do entendimento que neste momento não é possível caminhar nesta direção considerando os fatores limitantes presentes no processo de trabalho. Fatores classificados como subcategoria e especificados a seguir.

Subcategoria I – Formas de Organização do Trabalho: Produção diária / Metas pactuadas

Foram encontradas 3 UR nesta subcategoria.

No Grupo Focal evidencia-se uma preocupação frente a perspectiva imediata de integração com o NASF nas ações a serem desenvolvidas no território. Os alunos expressam as limitações do momento, entendendo que haveriam prejuízos para o processo trabalho atual, principalmente no que refere a produção diária e as metas pactuadas.

Mais isso tudo agora beleza, que ela esteja interessada nisso (referindo-se ao interesse da representante do NASF em inserir os AVSs na Frente de Trabalho desenvolvida pelo NASF: Projeto de Saúde no Território) realmente eu acho super válido, mais será que pra gente vai ser válido? Porque você indo ajudar a ela você não vai deixar de bater sua meta de 20 casas diárias, então pra gente não é jogo (...). GFE6R104

Enquanto a estrutura não ver que agente tem que fazer outra função (...), não adianta entendeu, agente pode até querer ajudar, mais você para ajudar ela no Projeto, você vai abrir mão do seu negócio que vai ter supervisão na tua cola, vai ter gerente na tua cola querendo número tu perde o teu 14º, porque o 14º tá em cima, que mexe com no bolso de todo mundo, é em cima de número, então não tem como você ajudar, por mais que você queira, não tem porque a organização não deixa você ajudar. GFE6R105

Subcategoria II – Formas de Organização do Trabalho ACE/AVS limitado pela Gestão (Controle de Vetores)

Foram encontradas 4 UR nesta subcategoria.

No Grupo Focal os participantes sinalizam que as formas de organização do trabalho ACE/AVS limitadas pela Gestão (controle de vetores), também constitui um fator desfavorável para integração com o NASF. Destaca-se a cobrança da produção e metas pactuadas pelas Chefias o que parece constituir um círculo vicioso e inibitório, frente à perspectiva de Integração.

Não, mais a gente, esse é o problema, a gente sabe da nossa importância e entendeu isso com o Curso, e, justamente o que falta é a parte de cima saber desta importância e valorizar essa importância (...). Porque eu to falando, o NASF, a Z. coitada vai chegar vai chamar, aí vocês tem como participar de um projeto aqui 3 dias? É prejuízo pra gente hoje isso aí, porque a nossa chefia não vai liberar pra

isso, então a gente no final acaba sendo perseguido, não, vocês tem que fazer, ah, 20 por dia. Tu tá maluco, tu vai ajudar lá não sei o quê, então é muito assim, a organização não deixa a gente trabalhar. GFE6R111

Foi isso que a gente tentou separar bem aqui, nós estamos no Estágio, o processo de trabalho é outra coisa (referindo-se a impossibilidade de integração com o NASF). GFE8R106

Então a própria estrutura não deixa (referindo-se a Gestão). GFE6R113

Categoria V – Momentos de Integração Ensino Serviço – Percepção dos alunos quanto aos desafios do Estágio

Foram identificadas 2 subcategorias nas entrevistas com 10 UR e 3 subcategorias no Grupo Focal com 15 UR.

Subcategoria I – Pouco tempo o Estágio

Foram identificadas 6 UR nas entrevistas e 2 UR no Grupo Focal.

Nas entrevistas os participantes apontam que o período de Estágio foi curto. Destaca-se a necessidade de maior contato com os ACSs e maior contato com a Clínica.

Foi pouco tempo o Estágio. Seria interessante mais contato com os ACSs. E3R65

Insuficiente. Deveríamos ter mais interação com a própria clínica, mais horas de estágio. E10R157

No grupo Focal confirmam-se os achados da Entrevista em relação ao curto período do Estágio.

O Estágio foi muito pouco tempo. GFE7R30

É importante ressaltar que os profissionais a princípio não entendiam as Oficinas de Planejamento Estratégico Situacional (PES) como momento de Estágio, e, quando sinalizado que a mesma estava inserida no Curso enquanto atividade prática, os alunos a classificaram como um dos momentos mais importantes. Na percepção inicial os alunos entendiam como Estágio somente as atividades desenvolvidas no Campo.

Subcategoria II – Ausência de Implementação do Projeto Apresentado na Oficina

Foram identificadas 4 UR nas entrevistas e 1 UR no Grupo Focal.

Nas entrevistas os alunos sinalizam quanto a não implementação do Plano de Ação no território durante o Estágio.

Em relação a oficina é o que eu falei é não teve tempo para execução do projeto eu acho que se você fez uma oficina, até mesmo não sei se você percebeu ontem uma das ACSs anotou a data do evento, coisa que não ia acontecer. E7R123

Seria muito bom se a gente tentasse fazer alguma coisa pelo território (referindo-se ao Projeto), e, seria muito bom a gente colocar em prática no território que a gente trabalhou para não ficar desacreditado, não só a gente. É colocar em prática, a coisa dar continuidade, dar continuidade. E9R154

No Grupo Focal confirmam-se os achados da entrevista.

O que aconteceu na Oficina, a gente mostrou um Projeto, a gente mostrou um Projeto pra população, uma coisa que não tem tempo, e, não vai acontecer, nem uma limpeza rápida, uma prática de trabalho teve, a gente não teve nem tempo para desenvolver. GFE7R110

Percebe-se entre os alunos certa frustração quanto a não implementação do Projeto durante o Estágio.

Subcategoria III – Acesso aos dados na Clínica da Família insuficientes

Foram encontradas 12 UR no Grupo Focal.

Os alunos apontam que o acesso aos dados na Clínica da Família é insuficiente. Parece que estão sub registrados no Prontuário Eletrônico ou não existem. O acesso aos dados por registro manual se apresenta fracionado entre as equipes exigindo a síntese das informações para avaliação do contexto como um todo. Destacam a impressão de uma possível preocupação da Clínica em não expor a fragilidade quanto a deficiência de dados.

Não existem (referindo-se aos dados) ou estão subnotificados entendeu. GFE5R66
Voltando, no lance que o D. falou, o argumento da Enfermeira foi justamente isso, quando a gente desceu abriu o VITACARE (Prontuário eletrônico), onde tinha as doenças e tudo mais, ela falou, ih, isso aqui dá maior erro, isso aqui tá tudo errado. GFE7R68

Eu acho que hoje como tá informatizado, tecnologia, eu acho um absurdo chegar hoje e perguntar: qual? Quantos casos de Tuberculose tem aqui na Clínica? Aí tem

que correr atrás de um caderninho e contar as Folhinhas e ver pô, entendeu?

GFE6R69

Ou completamente dividido em equipes, eu tinha que ir nas oito Enfermeiras.

GFE8R70

Ou dividido em equipe, pra gente somar e achar um consolidado. GFE6R69

A escola veio, determinou o Estágio e tal, fez a parceria com a Clínica, assim nós percebemos até por parte da Clínica mesmo, por não ter base para sustentar informações de casos tudo, agente sentiu tipo (...), tentaram omitir algumas coisas da gente, porque assim, várias perguntas que agente ia fazer tal enrolavam, aquela enrolação, aquele jeitinho. GFE2R38

Categoria VI - Momentos de Integração Ensino Serviço: Sugestões de práticas pedagógicas

Nesta categoria foram identificadas 2 subcategorias com 4 UR.

Subcategoria I: Participação nas reuniões de Equipe

Foram identificadas 2 UR no Grupo Focal.

Nas UR sugere-se como possível atividade do Estágio a participação em reuniões de Equipe.

Atividades que são importantes aqui, na minha opinião, que um Agente de Vigilância participe no Estágio poderia ser coisas simples (...), poderia participar de uma reunião de equipe por exemplo que é uma coisa que tanto a prefeitura cobra, é uma coisa importantíssima, todo mundo tem que participar (...), é a tal da reunião de equipe e como Estagiários aqui do Curso Técnico de Vigilância não participamos de uma reunião de equipe. GFE8R41.

Subcategoria II: Participação em ações nas Escolas e praças

Foram encontradas 2 UR no Grupo Focal.

As falas indicam como possível atividade do Estágio a participação em ações desenvolvidas nas Escolas e praças.

Como é uma ação em Escola por exemplo, coisa simples, uma ação numa escola (...), uma atividade na escola, uma atividade nas praças, em associação, aqui é feito bastante, sexta-feira passada se eu não me engano teve uma ação da Equipe M. (obs: área trabalhada no Estágio) na escola. GFE8R42

Categoria VII: Momentos de Integração Ensino Serviço: Percepções sobre o material didático

Foram identificadas 2 subcategorias no Grupo Focal com 1 UR em cada.

Subcategoria I: Apostila do Trabalho de Campo e Estágio bem elaborados

Uma das UR aponta que a apostila do trabalho de Campo e Estágio está bem elaborada.

Eu achei que a apostila que foi dada do trabalho de campo bem explicadinha deu pra gente procurar nos lugares certos, embora em alguns lugares não tivesse conseguido respostas, mais está bem elaborada a apostila (...). Mais não teve uma apostila do Estágio também? Eu tô falando do Estágio também. GFE1R35

Subcategoria II: Relação do Estágio com o Trabalho de Campo

Uma UR aponta a relação do Estágio com o questionário do Trabalho de Campo. É importante destacar que esse questionário é conteúdo da apostila do material didático.

Lembrando que o Estágio teve muita informação do Trabalho de Campo também, não sei se vocês consideraram isso, em diversos momentos o Estágio estava de acordo com o questionário lá do Trabalho de Campo. GFE8R120

Categoria VIII: Perspectivas após a realização do Estágio no Curso em Pauta

Identificou-se uma subcategoria com 4 UR nas entrevistas e uma subcategoria com 2 UR no Grupo Focal.

Subcategoria I: Vivenciar os momentos de integração Ensino - Serviço na prática

Na entrevista, observa-se uma grande expectativa em relação aos desdobramentos na prática do que foi vivenciado no Estágio.

Eu gostaria muito que tudo isso que a gente fez e aprendeu , a gente colocasse em prática, ter esta oportunidade. E9R155

Matéria do Estágio você vê os professores passando, falando a forma e você aprendendo, pô se fizer assim vai ser muito legal, mais você sabe que na prática mesmo não é assim, existe uma resistência muito grande. E9R147

No Grupo focal percebe-se que a expectativa quanto ao desempenho da função de AVS permanece, contudo, evidencia-se certo desânimo e descrédito frente a impossibilidade de efetivação das atividades propostas.

Ou seja, vamos voltar a estaca zero? Acabou o Curso estaca Zero?(em tom de desânimo, referindo-se a impossibilidade de Integração com o NASF em função das “Metas”). (...) Não, eu quero ser AVS. GFE9R108

Acabou o Curso vira Brasília. GFE2R109

4.2.5 Classe Temática II - Integração Ensino Serviço - Momentos de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica – Comentários sobre a Observação participante e Contribuições da Preceptoria.

A participação na primeira Oficina de Planejamento trouxe elementos importantes para discussão do processo de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica. Destaca-se a participação do NASF que superou as expectativas iniciais em relação a parceria para o desenvolvimento de ações no território. A representante deste núcleo colaborou com a discussão no que se refere à síndrome de Díógenes, abordando algumas situações que estão sendo trabalhadas na localidade. Além disso, trouxe para conhecimento uma das Frentes de Trabalho do NASF: Projeto de Saúde no Território, relatando que a idéia é a aproximação dos equipamentos do território na tentativa de incorporar: Saúde, Assistência e Educação, ocorrendo reuniões periódicas. Durante a fala da representante do Núcleo o Grupo traz a importância da participação do ACE/AVS nestes encontros. Neste momento a representante do NASF coloca que não está claro para os parceiros a necessidade de participação dos AVSs. A idéia inicial era aproximar as Instituições para pensar ações no território. A profissional citou ainda algumas reuniões realizadas com a Comlurb e a CRE.

A partir deste relato identificamos alguns aspectos relevantes: aparentemente a comunicação entre os profissionais na rotina de trabalho encontra-se fragilizada; há

necessidade de esclarecimento quanto às funções de cada profissional no interior das Unidades; os profissionais ACE/AVS desconhecem essa Frente de Trabalho do NASF, sendo identificado como potencial para o desenvolvimento de ações integradas no Território. Entende-se que a inclusão do ACE/AVS neste processo é de suma importância, sendo necessária uma aproximação dos profissionais com este projeto.

Enquanto contribuição do Estágio, a preceptoria faz referência à construção da identidade profissional, ao conhecimento da Clínica da família, a perspectiva da Promoção da Saúde, a abordagem ampliada sobre os problemas de saúde, a aproximação com as práticas dos profissionais da ESF no território e ao potencial da Oficina de PES para sensibilização das pessoas. Aspectos que convergem com os achados relacionados às respostas dos alunos.

Como desafios do Estágio a preceptoria aponta a relação com OSS, destacando que a mesma não entende a perspectiva da Vigilância em Saúde. Para supervisão do Estágio a preceptoria sinaliza que seria interessante a contratação de um Enfermeiro Estatutário com conhecimento da proposta.

4.2.6 Reflexões sobre a Classe Temática II: Integração Ensino Serviço – Estágio: Momentos de integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica.

O Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU) é estruturado por momentos de concentração – conteúdos teórico-práticos em salas de aula; estudos de casos; visitas técnicas – por momentos de investigação, organizados a partir do Trabalho de Campo (TC), e por um estágio que visa a integração da Atenção Básica (AB) com a Vigilância em Saúde (VISAU) efetivando-se em continuação ao Trabalho de Campo nos territórios das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade do Rio de Janeiro (EPSJV, 2013, p.1).

A Atenção Básica é considerada um espaço privilegiado de ensino aprendizagem, constituindo um campo de práticas a ser consolidado e continuamente transformado a partir das experiências concretas, incluindo o ensino formal (ensino técnico, de graduação e pós-graduação). O encontro ensino serviço deve ser progressivamente estreitado, gerando ganhos para rede institucional de saúde e instituições de ensino. Esta é uma proposta da Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde (2004, 2007), com destaque na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (BRASIL, 2009a).

O Estágio curricular apresenta-se como uma importante estratégia pedagógica na formação profissional e busca interligar o aluno ao processo de trabalho em saúde. As atividades desenvolvidas no território estão sistematicamente relacionadas ao Trabalho de

Campo (TC), e, o conhecimento da organização dos serviços de saúde, visa propiciar ao aluno a elaboração de sentidos e significados entre seu processo de aprendizado e as questões que se apresentarão no cotidiano dos serviços e na comunidade daquele território (EPSJV, 2013).

A partir deste estudo, foi possível identificar as contribuições dos momentos de Integração Ensino Serviço (Estágio) no que se refere à perspectiva de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica. Foram apontados como elementos facilitadores: a construção de identidade profissional; a resignificação do Processo de Trabalho; o entendimento sobre a Integração do AVS com a ESF; o conhecimento da Clínica da Família e o conhecimento para o planejamento. Outros elementos facilitadores encontram-se descritos nas categorias de referência especificadas anteriormente.

Batistella (2009) descreve que a questão da identidade profissional se apresenta como preocupação recorrente entre os formuladores das políticas mais amplas no campo da saúde. Parte-se do pressuposto de que seu desenvolvimento favorece o trabalho em equipe, a humanização da atenção e o compromisso ético-político dos trabalhadores com o SUS e com a saúde da população. Nesse quadro, a formação tem sido referida como lócus privilegiado de sua construção.

Considerando que o Estágio busca a elaboração de sentidos e significados pelo aluno, entendemos que os achados que nos remetem a construção de identidade profissional permite uma avaliação positiva frente às atividades práticas desenvolvidas, ao mesmo tempo reforçando a idéia da importância da formação neste processo.

Em relação às falas que convergem para a resignificação do processo de trabalho, concordamos com a definição apresentada por Campos (2007):

Resignificar o trabalho é oferecer ao profissional que atua no controle do vetor da dengue e febre amarela, visitando as residências, uma formação integral, numa perspectiva ampliada que contemple as múltiplas dimensões da saúde coletiva: o ambiente, a organização social e as pessoas (MOREIRA apud CAMPOS, 2007).

Outro elemento importante a ser considerado e presente nos achados do resultado, ressalta a questão da autonomia para o desenvolvimento da função AVS e o incômodo frente à realização de atividades prescritivas, considerando as posições hierárquicas, que define e direciona as práticas de um sujeito executor. A identificação do aluno com a perspectiva da realização de um trabalho onde o pensar e o agir estão intimamente relacionados confronta-se com o que se observa no cotidiano da vida produtiva. O despertar para uma nova forma de

atuação constitui a nosso ver um dos sentidos e significados mais relevantes neste processo de formação, aspecto que pode ser observado na fala a seguir:

O maior desafio assim, eu acho que desde o início é a nossa chefia, a gestão que tá, que tem uma visão muito engessada ainda da, dessa questão de integração, que é (...), na verdade o nosso trabalho (E2R31). A gente viu pelo Curso Técnico que o nosso trabalho de Vigilância ele é meio autônomo, assim, até mesmo por cada território ter uma, uma (...) seus problemas específicos e tal e cada um ter uma forma de planejar (E2R32), mais assim a gestão as vezes não deixa, a gestão já vem com um projeto, com um plano já pronto e eles tem aquela visão só que (...)Ah! A gente só está aqui para executar (E2R33). Mais na verdade eu consegui ver nesse processo de ensino agora, que o AVS, ele que planeja também, ele ajuda a planejar, a (...), propor idéias e tal (E2R34), e, eu acho que isso é uma barreira muito grande, assim, que eu acho que vai dar um impasse aí entre a Visão de Vigilância e a Visão que é administradora da Saúde (E2R35).

Entendemos que a formação ao propiciar a perspectiva de uma atuação mais autônoma, converge com as contribuições de Batistella (2009) ao refletir sobre as mudanças das práticas e a identidade profissional:

A mudança das práticas envolve muitas vezes a reconstrução da própria identidade profissional. A condição de inserção subordinada dos trabalhadores de nível elementar e médio nos serviços e equipes de saúde reflete a divisão social do trabalho nas relações profissionais. A construção de novas relações requer o estabelecimento de uma política cultural que envolva a formação dos trabalhadores, o questionamento às relações que separam o trabalho manual do intelectual e a conquista de melhores condições de trabalho (BATISTELLA, 2009, p. 217).

Destacam-se as contribuições relacionadas à visita domiciliar, tais como: abordagem além do serviço técnico; abordagem ampliada sobre os problemas de saúde e aproximações com as práticas dos profissionais da ESF no território. Em relação ao primeiro aspecto apontado, ressalta-se a perspectiva humanística e a identificação de outros dispositivos que podem ser acionados no processo de cuidado. Como exemplo cita-se o NASF e sua possível contribuição no tratamento da síndrome de Diógenes. No que se refere à abordagem ampliada sobre os problemas de saúde, os achados apontam que a visita permite um enfoque diferenciado, indo além do problema do dengue.

Entendemos que as contribuições presentes nesta categoria, corroboram com a perspectiva de construção da Integralidade ao permitir o desenvolvimento de um olhar

ampliado por parte dos alunos-trabalhadores, e desta forma, possibilitando novos significados para o trabalho profissional.

Acreditamos que a visita domiciliar proposta no Estágio, avança na perspectiva apontada por Lacerda et. al (2011) frente à necessidade de criação de mecanismos de identificação do ACS e AVS:

Torna-se, portanto evidente a necessidade de criação de mecanismos de identificação de ambos os trabalhadores como agentes de saúde da comunidade, respeitando as especificidades do âmbito de atuação e potencializando as atribuições comuns por meio de ações educativas de prevenção e promoção da saúde. Por um lado, os AVS precisam ir além do espaço físico e ter um olhar voltado para os sujeitos que residem nesse espaço territorial. Por outro, os ACS precisam compreender o usuário em sua relação com o território, entendendo que a dinâmica territorial e as vulnerabilidades sociais são determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva (LACERDA et. al., 2011, p. 212).

Destacamos uma das falas que corroboram com este pensamento:

Mais agora, tratando do ser humano, olhando pelo lado humanístico mesmo, a gente está conseguindo agora fazer algumas coisas que a gente não conseguia antes, visando só o território, só o ambiente. E2R26

Na categoria: Momentos de Integração Ensino Serviço – percepções sobre as oficinas de PES - os seguintes elementos são destacados: interação de diferentes atores, importância da participação da comunidade, participação da comunidade enquanto potencial para redefinição de prioridades, identificação com uma das frentes de trabalho do NASF. Em relação a este momento, encontramos a seguinte definição no Caderno do Estágio (2013):

O PES (Planejamento Estratégico Situacional) consiste como ferramenta básica para implantação da VISAU e como instrumento da integração das ações estratégicas. O diagnóstico das condições de vida (CV) e Situação de Saúde (SS) da área de abrangência da UBS-ESF, as aulas, aliadas as estratégias visitadas nos estudos de casos, propiciam o uso da epidemiologia e os SIS como ferramenta no TC (Trabalho de Campo) e no Estágio. Estas estratégias conjuntas e o planejamento garantem o reconhecimento da realidade social local e o estabelecimento da intersetorialidade, interinstitucionalidade e da participação social através das atividades desenvolvidas (EPSJV, 2013, p.6)

O objeto do Planejamento (PES) tem como referência básica à concepção de situação, tal como entendida por Matus (1993), que a define como um conjunto de problemas identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social, que não supera o sujeito e objeto. Esse conceito permite várias formas de planejamento, em que os atores sociais do processo tomam decisões e estabelecem ações voltadas à consecução dos seus próprios objetivos setoriais, que se defronta com outras posições de outros atores (MONKEN, 2007, p.217)

O planejamento e a programação em um território específico requerem um conhecimento das formas de organização e de atuação dos órgãos governamentais e não-governamentais para se ter clareza do que é necessário e possível ser feito. Para tanto, é importante o diálogo permanente com os representantes desses órgãos, com os grupos sociais e moradores, na busca do desenvolvimento de ações intersetoriais possibilitando a participação de todos. Isso é adotar a intersetorialidade como estratégia fundamental na busca da integralidade da atenção (TEIXEIRA; VILLASBÔAS, 2008, p.6).

Os resultados deste estudo convergem com as expectativas apresentadas pelos autores em relação à importância da participação dos diferentes atores nas ações de Planejamento, neste caso, na Oficina de Planejamento Estratégico (PES). Destacam-se as contribuições referentes a participação da Comunidade e a identificação com uma das Frentes de trabalho do NASF.

Nas falas observou-se a surpresa dos alunos-trabalhadores em relação às contribuições dos moradores no processo decisório, conforme observado a seguir:

O interessante foi ouvir da população o que realmente elas sentem na pele, o dia a dia delas, então foi essa foi a maior importância. E6R118

Até que nós mudamos. Nosso foco era hipertensão e passamos para o lixo que foi mais importante. E4R91

Bem a gente a princípio tinha uma doença, selecionamos três doenças e vimos uma como prioridade, mais quando chegou na Oficina a gente viu que não era aquela a prioridade da população, a gente viu que era a questão do lixo. GFE1R119

Segundo a concepção da Vigilância em Saúde, a articulação de um conjunto de ações é construída mediante processos de planejamento de caráter participativo, em que a equipe de saúde e representantes da população, na condição de atores sociais, elegem problemas prioritários e respectivas propostas de enfrentamento com seus objetos de atuação. O planejamento é entendido nessa proposta como uma ferramenta da Gestão da Vigilância em

Saúde e incorpora dois princípios fundamentais da Atenção Básica: a co-responsabilidade sanitária e a participação social (TEIXEIRA; VILLASBÔAS, 2008, p.7).

Enquanto diretriz de integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde a participação e controle social aparece como forma de democratizar a gestão e atender às reais necessidades da população. Para tanto, recomenda-se a constituição de canais e espaços que garantam a efetiva participação da população e o controle social do SUS (TEIXEIRA; VILLASBÔAS, 2008, p.7).

A Política de Humanização destaca que a efetividade da Atenção Básica é também determinada pela dinâmica das relações estabelecidas com as populações – que se expressam em contratos explícitos ou não, que na perspectiva da inclusão cidadã deixam de ser o “alvo da ação” para se constituírem em sujeitos protagonistas da produção de saúde no território (BRASIL, 2010b, p.12).

Em relação à identificação com uma das frentes de trabalho do NASF: Projeto de Saúde no território, é interessante destacar que os ACEs/ AVSs mostraram-se surpresos com o relato da representante do NASF, despertando um sentimento de pertencimento e motivação diante de uma proposta que agrega atividades e objetivos em que o ACE/AVS encontrou identificação.

Referindo-se às condições desfavoráveis para integração com o NASF, descritos neste estudo, identifica-se uma confluência com os desafios apontados para integração dos processos de trabalho da Atenção Básica com a Vigilância em saúde, discutidos na classe temática I. Percebe-se uma dualidade no processo de trabalho, onde existe o interesse na parceria com o NASF e ao mesmo tempo, o entendimento que neste momento esta parceria não é possível em função das formas atuais de organização do trabalho e os aspectos limitantes relacionados à Gestão (Controle de vetores). Consideramos que esta observação não inviabiliza a proposta de aproximação dos ACEs/AVSs com o NASF, uma vez que os processos de trabalho da Atenção Básica constituem objeto de estudo em constante análise e discussão.

O Ministério da Saúde criou os núcleos de apoio a Saúde da Família (NASF), mediante a portaria GM nº: 154, de 24 de janeiro de 2008. A proposta busca apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade e a territorialização (BRASIL, 2009b, p.7).

Preconiza-se que cada NASF seja constituído por uma Equipe, onde profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuem em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob a

responsabilidade das Equipes de Saúde da Família. A composição do NASF é definida pelos próprios Gestores Municipais e as Equipes de Saúde da Família, através de critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Ressalta-se que o NASF não constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio as Equipes de Saúde da Família. Nesta perspectiva o NASF deve atuar observando algumas diretrizes da Atenção Primária: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em Saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade; participação social; educação popular; promoção da Saúde e humanização (BRASIL, 2009b).

A organização e o processo de trabalho do NASF fundamentam-se na utilização de algumas ferramentas já testadas na realidade brasileira, tais como: Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2009b, p.7). Em função do recorte do estudo, estaremos abordando somente a concepção referente ao Projeto de Saúde no Território (PST).

O Programa de Saúde no Território baseia-se na Promoção da Saúde, na participação social e na Intersetorialidade, bem como na existência de demanda. Busca-se a criação de espaços coletivos de discussão, onde se possa analisar e priorizar os problemas, as necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para sua abordagem. Acredita-se que no espaço coletivo a comunidade, os sujeitos estratégicos, (lideranças locais, representantes de associações e/ou grupos religiosos, entre outros) podem se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades e pactuar o projeto de saúde para a Comunidade. Desta forma, avalia-se o Projeto e seu processo de implantação (BRASIL, 2009b).

O Programa de Saúde no Território favorece o fortalecimento da integralidade do cuidado, na medida em que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância em saúde e à Promoção da saúde (BRASIL, 2009b, p.7). Entendemos que o potencial de articulação do NASF precisa ser trabalhado de forma mais efetiva nas Clínicas da Família, a fim de que o planejamento das ações se faça cada vez mais num sentido coletivo e a partir da discussão das temáticas que envolvem o território, elemento principal frente à perspectiva de integração. Para melhor análise deste dispositivo enquanto colaborador no processo de aproximação de diferentes atores da Atenção Básica, do território e da Vigilância em Saúde, entende-se que se faz necessário um estudo específico sobre esta temática, não sendo possível esgotar esta análise neste momento.

Enquanto estratégia pedagógica do Estágio, entendemos que a proposta da Oficina de

PES corrobora com as contribuições de Albuquerque et.al (2007) ao referir que os espaços onde se estabelecem o diálogo entre o trabalho e a educação constituem lugar privilegiado para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro no cotidiano do cuidado. Representam espaços de cidadania, aonde profissionais do serviço e docentes, usuários e o próprio estudante vão estabelecendo seus papéis sociais na confluência de seus saberes, modos de ser e de ver o mundo (ALBUQUERQUE et. al., 2007, p.358).

Entendemos que a proposta da abordagem coletiva dos problemas de saúde encontra alinhamento com as perspectivas da Política Nacional de Humanização (2010), constituindo um dispositivo para a reinvenção das conexões e sentidos na Atenção Básica:

(...) A atenção básica passa a ser compreendida como espaço de produção de mudanças no sistema de saúde, como elemento organizador e articulador do cuidado em saúde, o que se apresenta ainda como um enorme desafio aos sistemas de saúde. Reinventar as conexões e os sentidos da atenção básica, buscando construir novas linhas de articulação entre a ação clínica individual e a ação sanitária coletiva, está no horizonte na agenda político-sanitária também do Brasil, e isto exige vontade política e capacidade de realização (BRASIL, 2010, p.15)

Ressalta-se ainda o potencial para Educação permanente que essa abordagem pressupõe estando em consonância com a diretriz de integração, conforme sinalizado por Teixeira & Villasbôas (2008, p.7):

Investimentos em mudanças do ensino das profissões de saúde, com ênfase em currículos consentâneos com as necessidades do SUS, em particular, com o ensino em situações reais de atenção básica e vigilância em saúde são urgentes e indispensáveis. É preciso colocar na discussão das prioridades de educação permanente, junto às Comissões Interinstitucionais Ensino-Serviços, as demandas por qualificação em vigilância em saúde na atenção básica para os profissionais que estão atuando no SUS.

Enquanto perspectivas após a realização do Estágio do Curso, os achados evidenciam o interesse dos alunos-trabalhadores em vivenciar os momentos de integração ensino Serviço na Prática. Observa-se ainda um conflito frente às limitações encontradas no processo de trabalho, conforme especificado a seguir:

Ou seja, vamos voltar a estaca zero? Acabou o Curso estaca Zero?(em tom de desânimo, referindo-se a impossibilidade de Integração com o NASF em função das

“Metas”). (...) Não, eu quero ser AVS. GFE9R107

Acabou o Curso vira Brasília. GFE2R108

Mesmo diante das dualidades apresentadas, a expectativa do exercício da função de AVS pelos alunos-trabalhadores corrobora com a necessidade de investimento nesta proposta de formação, uma vez que problematiza os processos de trabalho existentes e possibilita a adoção de uma nova perspectiva por parte dos alunos trabalhadores.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere à perspectiva de Integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica, acreditamos que este estudo traz elementos que permitem tanto à discussão de algumas singularidades que constituem desafios frente à proposta, como a reflexão sobre as contribuições da formação do Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU) enquanto facilitador deste processo. No entanto, é importante considerarmos que esta análise constitui uma primeira aproximação, uma vez que um processo de mudança não se configura de forma imediata, se conformando em cada momento histórico, dependendo inclusive de arranjos políticos que caminhem nesta direção. Neste sentido, destacamos que embora já se observe uma abordagem específica e relevante sobre o tema, ainda não existe uma política de integração efetiva que potencialize esta integração no interior das Instituições de Saúde, o que sinaliza quanto à necessidade de maior investimento nesta proposta.

Em relação à qualificação dos trabalhadores: Agentes de Controle de Endemias (ACEs), inseridos na Atenção Básica no Município de Rio de Janeiro, ressalta-se a iniciativa da Prefeitura que em parceria com a EPSJV/FIOCRUZ, vem oportunizando este processo de formação, o que possibilita um repensar sobre as formas de organização do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. Ao mesmo tempo, entendemos que a proposta de formação encontra limitações. Neste sentido, concordamos com Monken (2008) ao descrever que a formulação de propostas para a educação profissional em saúde, embora represente importante colaboração para as mudanças almejadas, sempre encontrará limitações dadas pela própria cultura institucional e a organização das práticas de Saúde, afirmativa que corrobora inclusive com os resultados deste estudo. Em contrapartida, o mesmo autor apresenta outra perspectiva, considerando que se o propósito for transformar as práticas de saúde mediante a redefinição de políticas e a reorganização dos processos de trabalho, não se pode subestimar a questão pedagógica. Partindo desta última concepção, apresentamos a seguir uma síntese dos achados desta pesquisa, buscando contribuir com a temática de integração proposta.

Referindo-se ao Objetivo do estudo: Analisar as atividades práticas previstas no Curso Técnico de Agentes de Vigilância em Saúde da EPSJV/FIOCRUZ durante a realização do Estágio tendo em vista a integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, concluímos que o mesmo foi atingido, sendo respondidas as questões inicialmente levantadas: (1) Quais os desafios referentes ao processo de trabalho para integração do Agente de Vigilância em Saúde nas Equipes de Saúde da Família? (2) Qual a contribuição do Estágio do CTVISAU em relação à perspectiva de

Integração do Agente de Vigilância de Vigilância em Saúde nas Equipes de Saúde da Família?

Em resposta a questão 1, encontramos os seguintes apontamentos:

- (1) A inserção do AVS na ESF não é suficiente para integrar as práticas de saúde no território conforme proposto pelas diretrizes, considerando que o processo de trabalho permanece na lógica anterior, com destaque para o controle do Dengue.
- (2) A integração do AVS no processo de trabalho da ESF pressupõe a compreensão de trabalho integrado no território. Para tanto, observa-se a necessidade de maior esclarecimento para os profissionais da Equipe de ESF quanto ao papel do AVS neste contexto.
- (3) A visão da ESF em relação ao processo de trabalho do ACE/AVS limitado a Dengue contribui para o afastamento do ACE/AVS de outras questões relacionadas ao processo de trabalho no território, inclusive das reuniões de Equipe, contribuindo para o sentimento de exclusão relatado pelos mesmos.
- (4) As formas de Organização do Trabalho atuais não favorecem a perspectiva de integração. Destacam-se as limitações impostas pela Gestão (controle de vetores), bem como a produção diária e as metas pactuadas voltadas para o controle do Dengue e sem relação com o trabalho em conjunto com a ESF. Há necessidade da revisão da proposta de gerenciamento, incluindo a estrutura hierárquica, considerando que existem chefias com direcionamentos diferentes: controle de vetores e gerência local da Clínica da Família, evidenciando a ausência de integração entre as mesmas.
- (5) Verifica-se resistência do profissional ACS e AVS em trabalhar junto, como fatores determinantes citam-se elementos culturais e como fator indireto aparece o vínculo de contratação. Este último parece constituir o fator limitante de maior relevância nesta relação.
- (6) A inserção do AVS na ESF sem preparo constitui um elemento desfavorável frente a perspectiva de integração. A participação do AVS no Curso Introdutório aparece como um dispositivo a ser incentivado, bem como capacitações em doenças de notificação compulsória.
- (7) A lógica diferente de subdivisão do território para ACS e AVS aparece como fator desfavorável para integração, no entanto, já se observa uma aproximação dos territórios de atuação de ambos os profissionais.
- (8) A proposta de aproximação do AVS com uma das frentes de trabalho do NASF: Projeto de Saúde no território, identificada como condição favorável para integração a partir da Oficina de Planejamento realizada no Estágio, apresenta-se comprometida em função das formas de organização do Trabalho atuais do ACE/AVS, considerando as limitações impostas pela Gestão (controle de vetores) e os indicadores de produção diária e metas pactuadas.

(9) A ausência de incentivo financeiro frente à mudança do cargo constitui uma condição desfavorável para Integração. Os profissionais entendem que há previsão de aumento de atribuições sem compensação financeira. Verifica-se a necessidade de uma política salarial neste sentido.

Em resposta a questão 2 (Qual a contribuição do Estágio do CTVISAU em relação à perspectiva de Integração do Agente de Vigilância de Vigilância em Saúde nas Equipes de Saúde da Família?), foco principal do nosso estudo, seguem as conclusões:

Contribuições:

- (1) Possibilita o desenvolvimento de práticas integradas do AVS com a ESF no território; a construção de um novo olhar sobre o processo de trabalho, a resignificação do mesmo e a construção de identidade profissional; favorece o entendimento sobre a integração do AVS com a ESF; permite o conhecimento do processo de trabalho da Clínica da Família, desenvolve conhecimentos e competências para o Planejamento, desenvolve a concepção de autonomia do sujeito, fazendo-o refletir sobre a passividade no trabalho e a participação ativa.
- (2) No que se refere à visita domiciliar em conjunto com a ESF: possibilita aos alunos uma abordagem no trabalho para além do Serviço Técnico, permite uma aproximação com a rotina de trabalho dos profissionais da ESF no território, inclusive dos ACSs; favorece a abordagem ampliada sobre os problemas de Saúde; permite relacionar a Teoria com a prática.
- (3) No que se refere à Oficina de Planejamento Estratégico Situacional (PES): permite a interação de diferentes atores, contribuindo para troca de Experiências e para o desenvolvimento da Educação Permanente; possibilita o reconhecimento quanto à importância da participação da Comunidade nas ações de Planejamento; Permite a reflexão quanto à redefinição de prioridades a partir das contribuições dos moradores; favorece o entendimento quanto às práticas desenvolvidas por outros dispositivos da Clínica da Família, como por exemplo: O NASF; permite a definição de práticas de Promoção de acordo com a priorização dos problemas no território; possibilita o desenvolvimento de ações intersetoriais, constituindo um espaço favorável ao desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde; permite definir os processos de monitoramento e avaliação a serem empregados durante o desenvolvimento das ações integradas no território.

Os desafios pedagógicos apresentados neste estudo expressam algumas possibilidades a

serem avaliadas pelos Coordenadores do Curso, trazendo, no entanto, uma dimensão pouco representativa frente às contribuições relacionadas.

Destaca-se o potencial da categoria território enquanto elemento central neste processo de Integração e a co-relação do Estágio com o Trabalho de Campo que instrumentaliza o aluno para aplicação da técnica de Territorialização, que constitui uma das ferramentas básicas do Planejamento Estratégico Situacional (EPSJV, 2011c, p.5). Tais elementos corroboram com a perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), frente à construção de um modelo que esteja em consonância com os problemas e as reais necessidades de saúde dos indivíduos e grupos sociais de dado território (BRASIL, 2014, p.15), conforme observado a seguir:

Uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) ordenada pela Atenção Básica (AB) tende a ser mais resolutiva e equitativa. Os princípios e as diretrizes estabelecidos para este espaço de atenção – porta de entrada preferencial e porta aberta, adscrição de clientela, territorialização, trabalho em equipe, coordenação e longitudinalidade do cuidado, entre outros –, quando efetivamente incorporados, contribuem fortemente para que as ações estejam em consonância com os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e grupos sociais de dado território.

Neste sentido, torna-se possível estabelecer uma co-relação com a perspectiva de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica e os avanços que o compartilhamento das tecnologias da VISAU pode trazer durante o desenvolvimento do processo de trabalho do AVS nas equipes de ESF. Acreditamos que o Curso técnico vem potencializar esta confluência de saberes de modo a favorecer a construção deste novo cenário, entendido como fundamental para construção da Integralidade da Atenção.

Por fim, a partir dos resultados deste estudo foi possível confirmar que os momentos de Integração Ensino Serviço propostos pelo CTVISAU possibilitam o desenvolvimento de práticas integradas do Agente de Vigilância em Saúde com a ESF no território, cumprindo com o propósito de qualificar os alunos para o trabalho no SUS e atendendo as diretrizes propostas para Integração.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. S. et.al. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais de saúde.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10>>. Acesso em: 10 Jul. 2014.
- ANTUNES, A. **EPSJV conclui formação de agentes de vigilância em saúde no município do Rio de Janeiro.** 2012. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=NoticiaInterna&Num=242>. Acesso em: 12 maio 2013.
- BARCELLOS, C; MONKEN, M. Instrumentos para o diagnóstico sócio-sanitário no Programa Saúde da Família. In: FONSECA, A. F; CORBO; A. D' A. (Org.). **O Território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p. 225-265.
- BATISTELLA, C. Qualificação e Identidade Profissional dos Trabalhadores Técnicos da Vigilância em Saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos. In: MOROSINI, M. V. C. et al. (Org.). **Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2013. p. 361-390.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer n. 16. 1999. **Institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/1999/pceb016_99.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Dengue instruções para pessoal de combate ao vetor:** manual de normas técnicas. 3. ed., rev. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. 2001. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/man_dengue.pdf>. Acesso em: Mar. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, 28 de Março. 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 10 dez. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O Humaniza SUS na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.007, 4 de Maio. 2010a. **Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias (ACE), ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de saúde da**

família. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/103937-1007>>. Acesso em: 02 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 2)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 13).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Técnico em vigilância em saúde: diretrizes e orientações para a formação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

CAMPELLO, A. M. de M. B; LIMA FILHO, D. L. Educação Profissional. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. p. 175-182.

CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? In: BRAVO, M. I. S ; MENEZES, J. S. B. (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro : UERJ, Rede Sirius, 2011. p. 43-49.

DELUIZ, N. A **Globalização Econômica e os desafios à Formação Profissional**. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/222/boltec222b.htm>>. Acesso em: Mar. 2013.

_____. **O modelo das competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o currículo**. Disponível em: <<http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em: Mar. 2013.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). **Curso Técnico de Vigilância em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011a. (Mimeo.)

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde. Plano de Curso. **Termo de Referência para o Curso Técnico de Vigilância em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011b.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). Curso Técnico de Vigilância em Saúde. **Caderno de Atividades do Trabalho de Campo**. Série Didática do Curso Técnico de Vigilância em Saúde – CTVISAU. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2011c. 75 p.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). Curso Técnico de Vigilância em Saúde. **Caderno de Atividades do Estágio Supervisionado**. Documento de Orientação do CTVISAU. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2013. 16 p. (Mimeo.)

FAUSTO, M; MATTA, G. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C; CORBO, A. D'A. (Org). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. 1ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 43-67.

FRIGOTTO, G; CIAVATTA, M. (Org.). **A Formação do Cidadão Produtivo: a cultura de mercado no ensino médio técnico**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira, 2006.

GOMES, C; COSTA, S. **Precarização no Trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000200015>-> Acesso em: 10 Jul. 2014.

GONDIM, G; MONKEN, M; PEITER, P. et al. O Território da Saúde: a organização dos sistemas de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C; BARCELLOS, C; MOREIRA, J. C. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GONDIM, S.M.G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos**. 2003. Disponível em: <www.readcube.com/articles/10.1590/S0103-863X2002000300004>. Acesso em: Nov. 2013.

LACERDA, A; CASANOVA, A; TEIXEIRA, M. O cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde: uma proposta de formação profissional conjunta. In: PINHEIRO, R; MARTINS, P. H. (Org). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS / LAPPIS, 2011. p. 205-213.

MATTA, G; LIMA, J. C. F. **Estado Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e Desafios em 20 anos de SUS**. In: MATTA, G. C; LIMA, J. C. F. (Org). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2008. p. 9.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude > Acesso em: Jul. 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: <apsredes.org/site2012/wp-content/.../2012/.../Redes-de-Atencao-mendes2 > Acesso em: Jul. 2014.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, Técnica e Arte: O Desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997. p. 9-29.

MONKEN, M; BARCELLOS, C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, A. F; CORBO, A. D'A. (Org.). **O Território e o processo saúde-doença**. 1ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007. p. 177-224.

MONKEN, M. **Contexto, Território e o Processo de Territorialização de Informações:** Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em Vigilância em Saúde. Disponível em:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtp/includes/header_pdf.php?id=495&ext=.pdf&titulo=Contexto%20e%20territ%F3rio> . Acesso em: 10 Jul. 2014.

MOREIRA, V. **A Categoria Território Na Qualificação Profissional em Vigilância em Saúde (VISAU):** Uma análise da experiência do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar) em Nova Iguaçu-RJ, 2012. 97 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

NETO, O. C. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. In: MINAYO, M. C. (Org.). **Pesquisa social: Teoria, Método e Criatividade**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997, p.51-66.

PEDUZZI, M. **Mudanças Tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde**. 2003. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981>. Acesso em: Jun. 2014.

PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. Educação Profissional em Saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009.p.182-189.

PINTARELLI, K. L. B. **Avaliação da Integração Ensino e Serviço no Curso Auxiliar em Saúde Bucal**, 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

PIRES, D. E. Precarização do Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. p. 317-320.

RAMOS, M. N. A pedagogia das competências a partir das reformas educacionais dos anos 1990: relações entre o (neo) pragmatismo e o (neo) tecnicismo. In: ANDRADE, J; PAIVA, L. (Org.). **As políticas públicas para a educação no Brasil: limites e contradições**. Juiz de Fora: Ed. UFJF. 2011. p. 56-71.

RAMOS, M. N. **A Pedagogia das Competências e a Psicologização das Questões Sociais**. Disponível em: < <http://www.senac.br/BTS/273c.htm> >. Acesso: Mar. 2013.

SILVA, T. T. **Documentos de Identidade:** uma introdução às teorias do currículo. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p. 85-142.

TEIXEIRA, C. F; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [on line]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. p. 9-83. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: Jun. 2014.

TEIXEIRA, C. F; VILASBÔAS, A. L. Q. **Diretrizes para a Integração entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde** (DOCUMENTO PRELIMINAR). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3317.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

TORRES, R. Agentes de Combate a Endemias. **Revista Poli**, Rio de Janeiro, ano 1, n.3, p. 16-17, jan. fev. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/.../EdicoesRevistaPoli/R4.pdf>>. Acesso em: Jul. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Diário de Campo - Roteiro

Data: / / .

- Espaço físico:
- Pessoas envolvidas no processo:
- Atividades do Estágio realizadas em conjunto:
- Ações isoladas feitas pelas pessoas que poderiam fazer em conjunto:
- Mobilização em equipe em relação ao início e ao término do Estágio:
- Atividade não prevista e utilizada no Estágio:
- Atividade prevista, contudo, não realizada:
- Emoções sentidas e expressas:
- Notas de Campo:
- Conversas e entrevistas informais.

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista semi-estruturado.

I- Identificação - AVS

- 1- Idade: _____
- 2- Escolaridade: _____ anos
- 3- Vínculo: Funasa () Comlurb () SMSDC ()
- 4- Tempo de Trabalho na Instituição (em anos): _____
- 5- Está inserido em uma Equipe de Saúde da Família? () sim () não.

1-Fale sobre a integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família:

2- Fale sobre a experiência vivenciada no Estágio do Curso Técnico enquanto laboratório das atividades a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família:

3- Fale sobre a participação dos AVSs na realização de visitas domiciliares no território junto com a Equipe de Saúde da Família?

4- Quais as principais contribuições do Estágio no que se refere a integração do AVS no processo de trabalho das ESFs?

5-Quais os principais desafios que você identifica em relação a integração do AVS no processo de trabalho das ESF?

6-O que você achou das Oficinas?

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista semi-estruturado.

I- Identificação – Preceptor.

1-Idade: _____

2- Escolaridade: _____

3- Profissão: _____

1-Fale sobre a integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família:

2- Fale sobre a experiência vivenciada no Estágio do Curso Técnico enquanto laboratório das atividades a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família:

3- Fale sobre a participação dos AVSs na realização de visitas domiciliares no território junto com a Equipe de Saúde da Família?

4- Quais as principais contribuições do Estágio no que se refere a integração do AVS no processo de trabalho das ESFs?

5-Quais os principais desafios que você identifica em relação a integração do AVS no processo de trabalho das ESF?

6-O que você achou das Oficinas?

APÊNDICE D – Roteiro de Questões - Grupo Focal / Adaptado da Entrevista.

1-Fale sobre a integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família:

2- Fale sobre a experiência vivenciada no Estágio do Curso Técnico enquanto laboratório das atividades a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família:

2.1- Fale sobre as atividades pedagógicas desenvolvidas no Estágio:

3- Fale sobre a participação dos AVSs na realização de visitas domiciliares no território junto com a Equipe de Saúde da Família?

4- Quais as principais contribuições do Estágio no que se refere a integração do AVS no processo de trabalho das ESFs?

5-Quais os principais desafios que você identifica em relação a integração do AVS no processo de trabalho das ESF?

5.1- Quais os principais desafios do Estágio:

5.2 – Enquanto contribuição para o processo de Integração, vocês sugerem alguma outra atividade para o Estágio?

6-O que você achou das Oficinas?

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Preceptor.

1-Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa Formação profissional do Agente de Vigilância em Saúde: Contribuições para Integração no Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da família desenvolvida por Roseli Cruz de Oliveira Vicente da Turma de 2012 do Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

2- Salientamos que sua participação não é obrigatória, e a qualquer MOMENTO você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

3- Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

4- Esta pesquisa tem como objetivo analisar as atividades práticas previstas no Curso Técnico de Agentes de Vigilância em Saúde da EPSJV/Fiocruz durante a realização do Estágio tendo em vista a integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

5- Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder individualmente 5 questões abertas à partir de um roteiro de entrevista semi-estruturado.

6- Os riscos relacionados com sua participação são expor sua avaliação sobre as atividades práticas desenvolvidas no Curso durante o Estágio tendo em vista a Integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

7- Os benefícios relacionados com a sua participação são contribuir efetivamente para o aperfeiçoamento do Curso de Agentes de Vigilância em Saúde.

8- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

9- Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

10- Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone e o endereço do orientador, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa ou sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO ORIENTADOR:

Nome: MAURICIO MONKEN

Endereço: Avenida Brasil, 4365, Bairro: Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ. CEP: 21.040-900

Tel: (21) 2634-1242 / (21) 9751-9235

DADOS DA PESQUISADORA:

Nome: Roseli Cruz de Oliveira Vicente

Endereço: Rua Manoel Martins, 53, Bairro: Madureira - Rio de Janeiro - RJ. CEP: 21.310-240

Tel: (21) 3584-6726 / (21) 7291-1784

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz que funciona na EPSJV/FIOCRUZ, localizada na Avenida Brasil, 4365, sala 316, Manguinhos, Rio de Janeiro, CEP 21040-360, telefone: (21) 3865-9710, FAX (21) 3865-9701 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: CEP@epsjv.fiocruz.br

Rio de Janeiro _____ de _____ de _____

Participante da Pesquisa

Pesquisadora Responsável

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – AVS.

1-Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa Formação profissional do Agente de Vigilância em Saúde: Contribuições para Integração no Processo de Trabalho das Equipes de Saúde da família desenvolvida por Roseli Cruz de Oliveira Vicente da Turma de 2012 do Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

2- Salientamos que sua participação não é obrigatória, e a qualquer MOMENTO você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

3- Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

4- Esta pesquisa tem como objetivo analisar as atividades práticas previstas no Curso Técnico de Agentes de Vigilância em Saúde da EPSJV/Fiocruz durante a realização do Estágio tendo em vista a integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

5- Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder individualmente 5 questões abertas à partir de um roteiro de entrevista semi-estruturado e participação em um Grupo Focal ao final do Curso. As sessões serão realizadas a partir de um roteiro semi-estruturado, elaborado após a realização das entrevistas, o qual terá caráter complementar às respostas fornecidas na entrevista.

6- Os riscos relacionados com sua participação são: expor sua avaliação sobre as atividades práticas desenvolvidas no Curso durante o Estágio tendo em vista a Integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

7- Os benefícios relacionados com a sua participação são: contribuir efetivamente para o aperfeiçoamento do Estágio do Curso Técnico de Agentes de Vigilância em Saúde, tendo em vista a integração do Agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família.

8- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.

9- Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

10- Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone e o endereço do orientador, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa ou sobre sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO ORIENTADOR - Nome: MAURICIO MONKEN

Endereço: Avenida Brasil, 4365, Bairro: Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ. CEP: 21.040-900

Tel: (21) 2634-1242 / (21) 9751-9235

DADOS DA PESQUISADORA - Nome: Roseli Cruz de Oliveira Vicente

Endereço: Rua Manoel Martins, 53, Bairro: Madureira - Rio de Janeiro - RJ. CEP: 21.310-240

Tel: (21) 3584-6726 / (21) 7291-1784

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz que funciona na EPSJV/FIOCRUZ, localizada na Avenida Brasil, 4365, sala 316, Manguinhos, Rio de Janeiro, CEP 21040-360, telefone: (21) 3865-9710, FAX: (21) 3865-9701 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: CEP@epsjv.fiocruz.br

Rio de Janeiro _____ de _____ de _____

Participante da Pesquisa

Pesquisadora Responsável

APÊNDICE G - MODELO: ORGANIZAÇÃO DOS DADOS – RESUMO LEITURA FLUTUANTE – UNIDADES DE REGISTRO OU FALAS – ENTREVISTAS.

Participantes	E1	E2	E3	E4	E5
Característica	Idade: 29 anos Tempo de profissão: 11 anos. Escolaridade: 2º grau completo. Inserido na ESF: Sim. Sexo: Masculino.	Idade: 31 anos. Tempo de Profissão: 11 anos. Escolaridade: Superior Completo. Inserido na ESF: não. Função: Apoio Técnico. Sexo: Masculino.	Idade: 33anos. Tempo de Profissão: 5 anos. Escolaridade: Superior Completo. Inserido na ESF: sim. Sexo: Masculino.	Idade: 40 anos. Tempo de profissão: 5 anos. Escolaridade: Superior Completo. Inserido na ESF: Sim. Sexo: Feminino.	Idade: 35 anos. Tempo de Profissão: 11 anos. Escolaridade: Superior completo. Inserido na ESF: sim. Sexo: masculino.
Resumo	Aluno-trabalhador Observa de forma positiva a proposta de integração do AVS no processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família. Entende que desta forma o trabalho fica mais completo. Destaca que o Curso Técnico “abriu a mente” do ACE para trabalhar na ESF. O Trabalho do ACE até então era limitado ao	Aluno-trabalhador Define a proposta de Integração no Campo teórico, onde o AVS estaria vendo o território, as causas os possíveis riscos de doenças e de agravos e o ACS estaria cuidando da parte dele que seria a assistência, isto é, o paciente, havendo essa interação. Entende que na teoria é pra dar certo, contudo, na	Aluno-trabalhador Em relação a proposta de Integração refere que o Estágio está muito superficial, não há muita participação, na prática a integração não está acontecendo. Refere que na Clínica em questão (local de Estágio do Curso) o ACS tem mais contato com o AVS. Ressalta que de forma geral, Estatutário não se mistura com CLT.	Aluno-trabalhador Em relação a proposta de integração refere que até sinaliza algumas situações para a equipe de ESF, contudo, não dispõe de conhecimento suficiente. Destaca que não teve um Curso de Capacitação que a preparasse para observar e detectar algumas coisas e estar passando para a Equipe.	Aluno trabalhador Em relação à proposta de integração identifica que a importância está justamente na vivência que o Agente de Vigilância em Saúde tem no Campo de atuação. Principalmente em função do tempo de experiência que tem no trabalho em si. Acredita que tal fato contribui para o sucesso dessa integração direta do AVS ao projeto

APÊNDICE H – MODELO: ORGANIZAÇÃO DOS DADOS – RESUMO LEITURA FLUTUANTE – UNIDADES DE REGISTRO OU FALAS - GRUPO FOCAL.

Pergunta 1: Fale sobre a integração do agente de Vigilância em Saúde no processo de trabalho das equipes de saúde da Família:

Código	Resumo das falas
GFE6	<p>Entende que a integração só existe no papel, na prática não funciona. Refere que faltou Planejamento na hora da Implementação do processo de Integração, relatando que ocorreu de trás pra frente. Colocaram cada um no seu lugar, contudo sem uma definição certa de cada um dentro da Clínica. Relata que não está claro quem é a Chefia imediata, a autoridade não está bem definida dentro da Prefeitura. Refere que não existe homogeneidade de procedimento cada área trabalha de um jeito. No seu entendimento era para ser algo pré-determinado, delimitando a função e ponto. Refere que os ajustes estão sendo feitos no meio do processo, com mudanças repentinas, não havendo continuidade. Sinaliza que ainda foca-se muito na integração entre o AVS e a Clínica, contudo acredita que a Integração já não existe desde a Chefia, a Gerência não se integra com a Gerência da CAP.</p>
GFE5	<p>Entende que teoricamente já foi implementado, contudo , na prática não está acontecendo. Justifica que no Brasil é cultural, até as coisas acontecerem de fato passa por todo um processo. Concorda com o colega quando o mesmo refere que o AVS na Clínica parece um intruso. Refere que embora os profissionais da Clínica não sejam funcionários Públicos , eles participam de todo o esquema da Função Pública. Relata que todo mundo tem seus esquemas, suas manias, seus costumes, seus segredos e ninguém quer compartilhar isso com ninguém. Sinaliza que eles (Prof. Clínica) ficam com medo dos ACEs e os ACEs de certa forma também. Há o receio deles se meterem muito no trabalho, acredita que essas coisas influenciam. Entende que o projeto (de integração) ainda é experimental.</p>

APÊNDICE I – MODELO DE PLANILHA: ANÁLISE DE CONTEÚDO – ENTREVISTAS / CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.
QUADRO I – DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTRO RELACIONADAS ÀS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS
PERTENCENTES À CLASSE TEMÁTICA I: Processo de Trabalho: Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica.

UNIDADES DE REGISTRO	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO
<p>E3R55- Na prática a Integração não está acontecendo. Não percebo Integração.</p> <p>E6R89- Na verdade não, na prática não vejo essa integração funcionar.</p> <p>E7R105- A integração ainda não tá, não tá feita.</p> <p>E7R106-Essa integração é que ainda não aconteceu.</p> <p>E8R134-Eu acho que esta integração não existe de uma forma geral.</p> <p>E9R146- Eu acho que não há integração, assim não há integração.</p>	<p>Integração não existe na Prática (9)</p>	<p>Processo de trabalho: Percepções quanto a Integração com a ESF.</p>	

APÊNDICE J – MODELO DE PLANILHA: ANÁLISE DE CONTEÚDO – GRUPO FOCAL / CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.

QUADRO I – DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE REGISTRO RELACIONADAS ÀS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS PERTENCENTES À CLASSE TEMÁTICA I: Processo de Trabalho: Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica.

UNIDADES DE REGISTRO	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO
<p>GFE6R1- A Integração existe no papel, na prática não funciona.</p> <p>GFE6R2-Eu faço parte de uma equipe tudo bonitinho, quando eles querem mostram o mapa dentro da equipe certinho mais na prática nada.</p> <p>GFE5R3-Na verdade teoricamente já foi implementado, mais na prática é algo que agente sabe que no Brasil isso é cultural entendeu, até as coisas realmente, de fato acontecerem passa por todo um processo.</p> <p>GFE7R4-Teoricamente é uma integração linda e maravilhosa, só</p>	<p>Integração não existe na Prática (5)</p>	<p>Processo de trabalho: Percepções quanto a Integração do AVS com a ESF.</p>	