

Qualificação e Identidade Profissional dos Trabalhadores Técnicos da Vigilância em Saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos

Carlos Eduardo Colpo Batistella

Este capítulo analisa as relações entre qualificação e construção de identidades profissionais dos trabalhadores técnicos¹ de vigilância em saúde no Brasil. Para tanto, procede-se inicialmente à recuperação histórica do campo da vigilância no país e à retomada dos conceitos de qualificação e identidade nos aspectos considerados pertinentes à análise do tema em questão. Aponta-se para a importância de se pensar os processos de subjetivação como resultantes de dinâmicas ao mesmo tempo sociais, históricas, culturais, contingentes e singulares. Entende-se por isso mesmo que as mudanças nas relações de trabalho no capitalismo contemporâneo² são centrais para a compreensão da relevância analítica da questão identitária como uma das expressões mais significativas da construção do trabalhador contemporâneo. Nesse sentido, considera-se a expressão “forma identitária” (Dubar, 2005) como a mais adequada para a compreensão dos processos de identificação – uma vez que estes estão implicados em diferentes contextos de ação e trajetórias subjetivas (pessoal e social).

Em seguida, analisam-se os diferentes aspectos da qualificação que incidem sobre os processos de identificação desses trabalhadores, focalizando a sua fragmentação institucional, os impasses na regulação do trabalho, a oferta da educação profissional e os desafios da profissionalização.³

¹ Seguindo a compreensão que vem sendo adotada pelo Observatório dos Técnicos de Saúde (EPSJV/Fiocruz) em seus estudos, por trabalhadores técnicos entendemos não apenas aqueles que possuem a habilitação profissional de nível técnico, mas também os trabalhadores de nível fundamental e médio que atuam na área

² Ver a respeito o capítulo de Chinelli, Vieira e Deluiz nesta coletânea.

³ Nos últimos anos, a formação de trabalhadores técnicos na área de vigilância em saúde tem sido objeto de diversos estudos teórico-metodológicos (Monken, 2003; Gondim & Monken, 2003; Monken & Barcellos, 2005; Gondim *et al.*, 2008). Os debates que antecederam a definição das “Diretrizes e orientações curriculares” (Brasil/MS/SGTES/Degees, 2011), no âmbito do Programa de Formação de Profissional de Nível Médio para a Saúde (Profaps), revelaram a dificuldade dos diferentes atores na própria delimitação deste grupo profissional.

Cabe ressaltar, de início, que este grupo profissional é composto por trabalhadores dispersos em várias nomenclaturas, vinculações institucionais, relações e práticas de trabalho distintas, por um lado, em função da fragmentação do campo da vigilância – vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador – e, por outro, em função da descentralização das responsabilidades e ações da área entre as instâncias de governo.

A Vigilância em Saúde no Brasil

As origens

Para investigar a constituição de identidades dos trabalhadores da área da vigilância em saúde é importante examinar a gênese de suas práticas, recuperando a dinâmica de identificações que cada contexto histórico produz.

Difícil tratar de uma única origem para as práticas de vigilância. Seus aspectos constituintes são fruto de um acúmulo na produção de saberes e práticas de saúde ao longo da história da humanidade. Tais aspectos podem ser encontrados tanto na herança de uma tradição milenar de intervenções visando à saúde das sociedades (como demonstram as observações hipocráticas das relações entre saúde e meio ambiente e as obras de engenharia sanitária desenvolvidas pelas civilizações antigas) quanto nas primeiras ações específicas de controle de doenças (como nas práticas de isolamento, no caso da lepra, e de quarentena, no caso da peste).

Foi na Europa Ocidental da segunda metade do século XVIII, com o surgimento dos estados-nação, que se iniciou um processo crescente de disciplinamento dos corpos e de constituição de intervenções sobre os sujeitos, configurando o surgimento da medicina social (Foucault, 1982). A partir daí, vários elementos das práticas contemporâneas de vigilância em saúde podem ser encontrados, como o estabelecimento da “responsabilidade do Estado como definidor de políticas, leis e regulamentos referentes à saúde no coletivo” (Paim & Almeida Filho, 2000), as intervenções saneantes sobre o espaço urbano e o controle da saúde e do corpo da força de trabalho, por meio da oferta de sistemas de assis-

tência, serviços de vacinação, organização dos registros de adoecimento e de óbitos e eliminação dos focos de insalubridade.

No final do século XIX, com o desenvolvimento das investigações no campo das doenças infecciosas e o advento da microbiologia, novas e mais eficazes medidas de controle são introduzidas. Surge, então, o conceito de vigilância, definido pela específica, mas limitada função de observar contatos de pacientes atingidos pelas denominadas “doenças pestilenciais”. Já em meados do século XX, este conceito tem seu significado ampliado, passando a denominar o “acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade”, com o propósito de aprimorar as medidas de controle (Waldman, 1998).

Desde sua chegada ao Brasil, os colonizadores portugueses enfatizaram a necessidade de combater a visão mística e mágica da doença com a conversão dos indígenas. A preocupação sanitária, desse modo, aparece estreitamente vinculada às estratégias de dominação econômica e cultural. Com o desenvolvimento da colônia, a assistência dos jesuítas (realizada junto da catequese) vai progressivamente abrindo espaço para o surgimento de físicos e cirurgiões-barbeiros. As ações de controle da varíola, febre amarela e peste bubônica não se distanciam daquelas utilizadas na Europa. O isolamento, nas Santas Casas de Misericórdia, de função mais assistencial do que curativa, foi recurso largamente utilizado no período. No entanto, as mazelas representadas pela varíola e outras doenças pestilenciais começa a colocar em risco o projeto colonial, produzindo um indesejável efeito simbólico:

O ‘paraíso’ tropical anunciado pelos marinheiros quando retornavam para seus portos de origem foi logo substituído pela versão oposta. Já no século XVII, a colônia portuguesa era identificada como o ‘inferno’, onde os colonizadores brancos e os escravos africanos tinham poucas chances de sobrevivência. Os conflitos com os indígenas, as dificuldades materiais de vida na região e, sobretudo, as múltiplas e frequentes doenças eram os principais obstáculos para o estabelecimento dos colonizadores. Diante do dilema sanitário, o Conselho Ultramarino português, responsável pela administração das colônias, criou, ainda no século XVI, os cargos de físico-mor e cirurgião-mor. A população colonial, fosse rica ou pobre, tinha medo de submeter-se aos tratamentos desses médicos formados na Europa e preferia utilizar os remédios recomen-

dados pelos curandeiros negros ou indígenas. (Brasil/MS/SVS, 2005: 13)

As primeiras iniciativas de institucionalização de um controle sanitário no país apontam para uma ampliação das medidas empregadas, antes restritas ao âmbito individual:

A ação contra a febre amarela desenvolvida em fins do século XVII, em Pernambuco, inaugura uma nova prática, em que, ao lado das medidas voltadas para o indivíduo – como o isolamento –, são organizadas ações com o objetivo de destruir ou transformar tudo o que, no meio urbano, é considerado causa da doença. Para evitar a sua propagação, aterram-se águas estagnadas, limpam-se ruas e casas, criam-se cemitérios, purifica-se o ar. O fator desencadeante dessas medidas, contudo, é a própria ocorrência de epidemias. Estas, tão logo controladas, são seguidas pela desativação daquelas medidas saneadoras. (Brasil/MS/SVS, 2005: 13)

É somente no início do século XIX que o Estado passa a preocupar-se mais diretamente com a preservação da saúde da população. Com a chegada da família real ao Brasil, em 1808, e o rápido crescimento populacional decorrente da vinda da Corte, a situação sanitária agravou-se, acumulando prejuízos à economia agroexportadora. A imagem de lugar insalubre, “túmulos dos estrangeiros”, era reforçada pelas péssimas condições sanitárias e as recorrentes epidemias de varíola, febre amarela e peste bubônica nas cidades portuárias. Seguindo o crescente movimento de institucionalização e regulação sanitária que caracterizou o surgimento da medicina social na Europa, incorporou-se por aqui o caráter de ação denominado Polícia Médica, originário da Alemanha do século XVIII. Essa concepção propunha a intervenção nas condições de vida e saúde da população, com o propósito de vigiar e controlar o aparecimento de epidemias.

Com a abertura dos portos brasileiros em 1808 e o decreto de criação do cargo de provedor mor da saúde da Corte, em 28 de julho de 1809, a palavra ‘vigilância’ aparece pela primeira vez no país. Baseada na noção de contágio, ela foi associada às medidas de isolamento para as embarcações vindas de áreas suspeitas de peste ou doenças contagiosas, e ao controle sanitário sobre as mercadorias à bordo.

Em 1808, dom João VI atribui à fisicatura as ações voltadas para os problemas de higiene do meio urbano, o que esboça a ideia de uma política sanitária da cidade. A concepção adotada sobre as causas das doenças baseava-se na teoria miasmática, que concebia as emanações de elementos do meio físico como seus agentes responsáveis, considerados insalubres porque ainda não se conhecia a existência dos microrganismos. Considerava-se que o ar era o principal causador de doenças, pois carregava gases pestilenciais oriundos de matéria orgânica em putrefação. Essa matéria em decomposição resultaria de águas estagnadas nos pântanos, para onde seriam carreadas substâncias animais (Brasil/MS/SVS, 2005).

Se, por um lado, é possível dizer que as “as ações voltadas ao controle sanitário do exercício da medicina e da farmácia, da produção, circulação e venda de produtos de interesse da saúde, assim como da circulação de pessoas apresentam uma trajetória vinculada à constituição dos serviços sanitários iniciada no começo do século XIX, com a instalação da Corte portuguesa, em 1808” (Costa, Fernandes & Pimenta, 2008), por outro, o controle de doenças já está presente entre as primeiras medidas de saúde quando da introdução da varíola e da febre amarela no século XVII.

No entanto, é na virada do século XIX para o século XX que a institucionalização da vigilância se dá com mais força, com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública. Em meados do século XIX, eram dois os paradigmas médicos que procuravam explicar a propagação das doenças: de um lado os contagionistas; de outro, aqueles que, atualizando a teoria miasmática de Hipócrates, acreditavam na constituição epidêmica, também chamada de teoria da infecção. Os contagionistas acreditavam que as doenças eram transmitidas de pessoa a pessoa, direta ou indiretamente. Para os anticontagionistas, a infecção se dava por ação da putrefação de substâncias animais e vegetais – os miasmas mórbidos – sobre o ambiente. No entanto, o inconcluso debate entre as duas correntes não se limitou às razões científicas: o apoio dos contagionistas à quarentena e ao isolamento – medida cada vez mais impopular entre os políticos e governantes – colocava a economia do Segundo Reinado em uma situação cada vez mais delicada. Em contrapartida, os pressupostos civilizatórios da ideologia higienista indicavam a necessidade de aperfei-

çoamento moral e material da sociedade, o que fortaleceu a posição de médicos e engenheiros para a defesa de ações saneadoras na Junta de Higiene, como a demolição de cortiços e estalagens. Ou seja, as reformas urbanas do final do século XIX foram movidas bem mais por razões de interesse empresarial do que por preocupações com imperativos científicos ou com a salubridade da população (Chalhoub, 2004).

A presença de sanitaristas recém-formados na Europa – entre os quais figurava Oswaldo Cruz – afastará progressivamente as concepções miasmáticas até então vigentes. Mantendo a preocupação com a criação de condições sanitárias mínimas para a manutenção das relações comerciais e para o êxito da política de imigração, o combate às doenças pestilenciais passa a se desenvolver a partir da adoção de medidas jurídicas impositivas, como a notificação de doenças, a vacinação obrigatória e a vigilância sanitária em geral (Brasil/MS/SVS, 2005). As campanhas contra a febre amarela, peste bubônica e varíola deixarão marcas profundas no reconhecimento destes trabalhadores junto à população: o componente autoritário das ações evidenciava um distanciamento cada vez maior da ciência (que as legitimava) do conhecimento popular. Esse traço identitário será reforçado anos mais tarde, por força do caráter centralizador com que se revestirá a cooperação médico-sanitária e educacional estabelecida entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller, em 1923. Foi nesse período que entrou em vigor o Regulamento Sanitário Federal, considerado o primeiro código sanitário nacional (decreto n.16.300, de 1923), no qual o termo vigilância sanitária é utilizado para expressar o controle de pessoas (doentes ou suspeitos), estabelecimentos e locais.

Compreendidas no contexto de afirmação nacional da era Vargas, as campanhas promovem a mobilização popular em torno dos objetivos do “combate às doenças”. A criação do Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), em 1937, e do Serviço de Malária do Nordeste (SMN), em 1939, atesta o volume de recursos envolvido nas campanhas. O tom triunfal, típico do período de guerras, será ainda mais forte quando da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), em 1942. Devido a razões de ordem estratégica – proporcionar apoio médico-sanitário às regiões produtoras de materiais para o esforço de guerra (no caso, a borracha) –, o Sesp foi responsável por uma atuação em áreas geográficas distantes, sendo pioneiro na assistência domiciliar e na implantação de

redes hierarquizadas de atenção à saúde. São heranças desse período o uso disseminado de termos e expressões típicas do universo simbólico militar – ‘erradicação’, ‘combate’, entre outras –, a estrutura fortemente hierarquizada das organizações, baseadas em relações de estrita subordinação entre guardas, chefes, supervisores e superintendentes, bem como o uso de uniformes e distinções.

No que diz respeito ao tema deste capítulo, é importante ressaltar a força de um processo de identificação que perdura até hoje. Mesmo sofrendo abalos decorrentes dos rearranjos institucionais ao longo da história,⁴ é possível encontrar vários elementos constituintes desta identidade na trajetória de seus trabalhadores, como o código de condutas e disciplina da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) na campanha de erradicação da malária na década de 1970, ou mesmo o reconhecimento do trabalho dos chamados “guardas de endemias” pela população e pelos gestores do sistema de saúde.

A institucionalização

A participação do Brasil na campanha internacional de erradicação da varíola, nas décadas de 1960 e 1970, é reconhecida como o marco de institucionalização da vigilância no país (Teixeira & Risi Junior, 1999). Em 1968 é criado o Centro de Investigação Epidemiológica (CIE), na Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP), para onde eram encaminhados os casos suspeitos para realização de bloqueio vacinal. Em 1973, na esteira dos excelentes resultados da campanha de erradicação da varíola, é instituído o Programa Nacional de Imunizações (PNI), e em 1975, diante de uma grave crise sanitária – epidemia de doença meningocócica, aumento da mortalidade infantil e dos acidentes de trabalho –, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, estratégia que visava articular as ações curativas – então sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) – e preventivas – executadas pelo Ministério da Saúde. Por recomendação da V Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, o Ministério da Saúde instituiu o Sistema

⁴ O SNFA e o SMN foram incorporados ao Departamento Nacional de Endemias Rurais do Ministério da Saúde (DNERu) em 1956, dando origem à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), em 1970. O Sesp, por sua vez, foi transformado em fundação do Ministério da Saúde em 1960. Posteriormente, Sucam e FSESP serão fundidas para dar lugar à Fundação Nacional de Saúde (FNS), em 1991.

Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e, no ano seguinte, o Sistema de Notificação Compulsória de Doenças e Óbitos, abrangendo 14 doenças para todo o território nacional.

Nesse mesmo contexto, em 1976, instituiu-se a Secretaria Nacional de Vigilância (SNVS), consolidando a dissociação entre a vigilância epidemiológica – cuja preocupação maior era o controle de doenças – e a vigilância sanitária – responsável pela fiscalização de portos, aeroportos e fronteiras, da produção, distribuição e consumo de medicamentos, alimentos, cosméticos, bens e serviços de interesse à saúde.

O contexto de redemocratização que embalou a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 fortaleceu o movimento sanitário brasileiro na luta pela garantia da saúde como direito de todos e dever do Estado. Ao lado de um conjunto de atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), diversas ações de vigilância em saúde são indicadas no artigo 200 da Constituição Federal:

controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como daquelas orientadas para a saúde do trabalhador; participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico; fiscalização e inspeção de alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano; participação no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendendo o do trabalho. (Brasil, 1988)

Após a promulgação da nova Carta, procedeu-se à elaboração das leis complementares que compõem o arcabouço jurídico do SUS. Na lei 8.080/90, artigo 6, § 1º e 2º, as vigilâncias sanitária e epidemiológica são assim conceituadas:

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I) o controle de bens de

consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II) o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos. (Brasil, 1990)

Em 1990, mesmo ano em que são publicadas as Leis Orgânicas da Saúde, procede-se a fusão da FSESP e da Sucam, constituindo a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que incorpora as áreas técnicas remanescentes da Secretaria Nacional de Atenção Básica em Saúde (SNABS) e da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES). Nesse momento, é criado o Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), departamento da Funasa que recebe diversos programas de controle de doenças, como tuberculose, hanseníase e as doenças imunopreveníveis. Na mesma Funasa, porém no Departamento de Operações (Deope), são acompanhadas as doenças de transmissão vetorial e as endemias rurais.

O trabalho desenvolvido pelo Cenepi foi fundamental na década de 1990, promovendo o uso da epidemiologia em todos os níveis do SUS e a consolidação dos diversos sistemas de informação em saúde, como o Sistema Nacional de Informações de Mortalidade (SIM), o Sistema Nacional de Nascidos Vivos (Sinasc), o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), entre outros.

Nessa mesma década, o esforço de implantação do SUS foi acompanhado de um intenso período de criação de normatizações e regulações visando à definição dos papéis dos entes federados na gestão e operacionalização do sistema, das formas de financiamento, dos mecanismos de repasse de recursos e dos processos de descentralização das ações. A publicação das normas operacionais básicas (NOB-SUS 91 e NOB-SUS 96) permitiu, a partir de instrumentos de pactuação específicos (Programação Pactuada Integrada – PPI), que a gestão da atenção fosse fortalecida desde os sistemas municipais de vigilância.

Por sua vez, a área da vigilância ambiental, ainda que possua raízes profundas na história da saúde pública brasileira, não logrou institucionalização semelhante às áreas correlatas. Desenvolvida sempre como atividade associada às estratégias de controle de doenças, principalmente no enfrentamento de endemias, ainda hoje os avanços conceituais da área são pouco incorporados às políticas e práticas de saúde. Partindo de uma compreensão mais ampla da produção da saúde e da doença, diversos modelos teóricos têm sido propostos visando a uma intervenção global sobre os problemas de saúde, como o enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida (Minayo & Miranda, 2002) e o de aplicação do princípio de precaução (Augusto & Freitas, 1998). No entanto, ainda hoje esta área permanece incipiente na maioria dos municípios brasileiros. Na década de 1990, por intermédio do financiamento do Banco Mundial, iniciou-se a estruturação da área de vigilância ambiental no Brasil através do Projeto Vigisus.

Em que pese a ampla defesa da descentralização no movimento sanitário, entendida como diretriz para a organização de um sistema de saúde pública regionalizado, integral e participativo, sua identificação como um componente estratégico das políticas neoliberais também tem sido destacada.

Desde 2003, com a reestruturação organizativa do Ministério, a vigilância ambiental em saúde está constituída como uma Coordenação Geral dentro da Secretaria de Vigilância em Saúde (CGVAM).

Ainda em 1999, 23 anos depois da criação da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, o Congresso aprova a lei 9.782, que cria o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que passa imediatamente a coordená-lo. A proposta de criação de agências reguladoras neste período encontra-se respaldada nas diretrizes e condicionalidades dos empréstimos externos dos organismos internacionais, como Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), na esteira da reconfiguração neoliberal do Estado brasileiro iniciada em 1995 pelo governo Fernando Henrique Cardoso. No que se refere às repercussões dessa reconfiguração na vigilância sanitária, Souza (2009) ressalta que

as reformas institucionais das vigilâncias não devem ser assumidas como simples reajustes organizacionais. A subtração de objetos da vigilância sanitária está mais afeta à composição de estratégias voltadas para a racionalidade de um novo Estado, onde a política de saúde se afasta dos objetos que relacionam saúde com riscos fora da dimensão ‘biologicista’, ou seja afasta a saúde das questões das determinações sociais da doenças.

De fato, diversos autores que analisaram o contexto de implementação das políticas de saúde dos anos 90 (Mendes, 1994; Fleury, 2004) ressaltam o contraponto entre os avanços das políticas de cunho universalista do texto constitucional e o processo de “universalização excludente” (Feveret & Oliveira, 1990), de reinterpretação neoliberal e em defesa de uma política restritiva de gastos governamentais e indução de maior participação do subsistema privado (incremento dos segurados nos planos de saúde) e de instituições não governamentais nos sistemas locais.

Logo após o início do governo Lula, em 2003, é criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), que passa a desempenhar as atividades do extinto Cenepi – como os programas nacionais de controle da dengue, da malária e demais doenças transmitidas por vetores; o programa nacional de imunizações; a vigilância de doenças de transmissão hídrica e alimentar; o controle de zoonoses; e a vigilância de doenças emergentes. Além de agregar também programas que estavam ligados a outras áreas do Ministério, como os programas de controle da tuberculose, da hanseníase, das hepatites virais, das doenças sexualmente transmissíveis e da Aids, a SVS incorpora a coordenação das ações de vigilância ambiental e de agravos de doenças não transmissíveis e seus fatores de risco. Um de seus departamentos estratégicos realiza análises sistemáticas da situação de saúde do país, não só monitorando os indicadores sanitários tradicionais, mas associando-os a indicadores socioeconômicos e ambientais provenientes de outras agências públicas.

Ainda que esta nova configuração institucional (criação da SVS) possibilite uma abordagem cada vez mais integrada e eficaz da vigilância, persiste a separação entre as ações coordenadas por esta secretaria (vigilância epidemiológica, ambiental, controle de doenças e análise de situação da saúde) e as ações de vigilância sanitária, sob a responsabilidade da Anvisa. Mecanismos integradores – como a portaria GM/MS 1.172/04

(Brasil/MS, 2004), que incorpora as ações básicas de vigilância sanitária na definição dos parâmetros para a Programação e Pactuação Integrada da Vigilância em Saúde (PPI-VS), e a portaria GM/MS 399/06 (Brasil/MS, 2006), que contempla o Pacto de Gestão, firmado entre os gestores do SUS, localizando o financiamento de todas as ações de vigilância em um bloco único – não impedem que estas atividades continuem a ser planejadas e operacionalizadas de forma independente, sob racionalidades bastante distintas. Longe de se configurar como uma questão restrita à estrutura organizacional do nível federal, tal fragmentação se reproduz em boa parte das estruturas municipais, ainda que seja observada maior variabilidade de formas de organização dos serviços.

Essa recuperação histórica explica a conformação da vigilância como um campo fragmentado onde se disputam concepções distintas: vigilância como monitoramento e prevenção de agravos e doenças (representado pela SVS);⁵ vigilância sanitária como proteção aos danos e riscos (representado pela Anvisa); e vigilância em saúde como rearticulação de saberes e práticas, não institucionalizada na estrutura executiva do Ministério da Saúde, mas representada por instituições formadoras, como o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/Ufba) e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Essas distinções implicam, por sua vez, disputas sobre o que é o trabalho na vigilância, a formação e a qualificação profissionais, impactando a organização e o processo de construção da identidade desses trabalhadores.

Qualificação e Identidades Profissionais

De acordo com Machado (1996: 13), a questão da qualificação é relevante para os processos formativos em seus vários aspectos: seja como objetivo teleológico, seja como “elemento de mediação das prá-

⁵ Embora designada como de “Vigilância em Saúde”, esta secretaria do Ministério possui como referência as bases conceituais e epistemológicas do sanitarismo, elegendo o conhecimento epidemiológico como núcleo central para a organização de suas ações. Tendo como objeto o controle de doenças, seus fundamentos remetem à história natural da doença e ao modelo multicausal, apresentando pouca atuação na promoção e proteção da saúde em nível coletivo (exceção às práticas de imunização). Diferentemente, neste estudo, por Vigilância em Saúde entende-se a vertente teórica que a concebe como uma proposta de reorganização tecnológica das práticas de saúde e não a sua versão institucionalizada pelo Ministério da Saúde.

ticas pedagógicas e das relações de trabalho”. Ao permitir a inclusão das trajetórias individuais e coletivas dos trabalhadores na análise das relações de trabalho e emprego, ela se coloca como “uma dimensão importante na definição de coletivos, vale dizer, de identidades e interesses em grupos sociais específicos” (Castro, 1993: 211), ajudando a compreender os conflitos e tensões vividos no momento em que se acentuam as diferenciações entre os segmentos de trabalhadores.

Na visão da economia neoclássica, a qualificação é reduzida ao capital humano: um conjunto de predicados (conhecimentos, habilidades e atributos de personalidade) a serem adquiridos individualmente pelos trabalhadores para posicioná-los no mercado de trabalho. Diferentemente, um conjunto expressivo de autores vinculados à sociologia do trabalho e à educação tem abordado a qualificação a partir de diversos aspectos que configuram as situações de trabalho, incluindo os contextos econômicos, culturais, institucionais, os sistemas de regulação e formação profissional, as formas de contratação, inserção e reconhecimento social. De acordo com Villavicencio (*apud* Machado, 1996: 35-36), o estudo da qualificação requer

a análise das formas de organização social do trabalho, da construção de redes de intercâmbio e circulação de saberes, da capacidade dos indivíduos de construir uma linguagem, formas de comportamento, relações de negociação, de aliança e de enfrentamento com respeito às incertezas técnicas e organizativas vividas na situação de trabalho, ou seja, da própria construção social de um sujeito coletivo. A qualificação depende, portanto, de condições objetivas e da disposição subjetiva, através da qual os trabalhadores, como sujeitos ativos, constroem e reconstróem sua profissionalidade, na luta pelo seu reconhecimento, na efetivação de seu poder.

Assim, a construção e o compartilhamento de saberes, capacidades, valores e condutas mediadas pela qualificação do trabalho, convergem para um processo de construção social de identidades. Por meio da análise dos processos de qualificação, pode-se investigar, por exemplo, o impacto das políticas de organização e gestão do processo de trabalho na subjetividade e nas formas de identificação dos trabalhadores.

Um dos principais espaços de atividade social onde se processam

os movimentos de construção, desconstrução e reconstrução de identidades é, sem dúvida, a esfera do trabalho. É através do trabalho que os seres humanos, conscientemente, criam e recriam sua própria existência, respondendo à produção dos elementos necessários à vida nas dimensões biológica, intelectual, cultural, social, estética, simbólica, lúdica e afetiva (Frigotto, 2006). Porém, como indicou Marx, é também através do trabalho assalariado que se dá a exploração do homem pelo homem no capitalismo. Essa dupla face do trabalho – ontológica e histórica (Ramos, 2007) – torna mais complexa a compreensão dos processos identitários a ele associados. Enquanto espaço de socialização, o trabalho é permeado de tensões e interações que ora reduzem o trabalhador à mercadoria, objeto das relações sociais de produção, ora possibilitam o investimento subjetivo de identificação, permitindo sua realização como sujeito.

As profundas transformações do trabalho na atualidade indicam uma dificuldade cada vez maior em estabelecer elos e vínculos identitários. De acordo com Sennett (2004), é cada vez mais difícil estabelecer projetos de médio ou longo prazo. A desregulamentação das relações de trabalho, as formas de contratação temporária, a flexibilização como princípio organizacional das empresas, entre outros, têm produzido novas formas de subjetivação, colocando em xeque a ideia de identidades profissionais fixas.

Na chamada modernidade líquida (Bauman, 2005), a questão da identidade adquire ênfase renovada. De fato, se inicialmente entendermos a identidade como “parte fundamental do movimento pelo qual os indivíduos e grupos compreendem os elos, mesmo imaginários, que os mantém unidos” (Moreira & Macedo, 2002: 13), não se torna difícil perceber que vivemos um momento de grandes mudanças. A crescente complexidade das dinâmicas sociais onde são produzidas, reproduzidas e contestadas essas identidades é indicadora de sua instabilidade. Para esses autores, “não surpreende que a identidade venha se impondo como categoria de particular relevância para a compreensão dos fatos sociais contemporâneos” (Moreira & Macedo, 2002: 13).

Considera-se que para que se possa compreender o que há de específico na dinâmica das identidades profissionais torna-se fundamental operar um movimento de revisão e ampliação de dois conceitos fundamentais: o primeiro refere-se à própria noção de profissão que, restrita

à ideia de profissões ‘sábias’, liberais e científicas, limita a possibilidade de qualificar de ‘profissional’ os processos formativos destinados a trabalhadores de distintos setores que ainda não tenham a regulamentação de seu exercício. De acordo com Dubar (2005), o termo profissionalidade estende a compreensão do âmbito profissional a todos os empregos existentes. Para esse autor, as profissões e os ofícios possuem uma origem comum nas corporações surgidas na Idade Média, por volta do século XI. Estruturadas de modo a garantir a competência jurídica que permitia o exercício de uma arte (liberal ou mecânica), as corporações, ao mesmo tempo que instituíam o pertencimento e reconhecimento de seus pares, defendiam seu monopólio em defesa do bem comum. Esse modelo comunitário caracterizava as corporações como confrarias, unia seus membros em laços morais: ao entrar em um ofício, o artesão adquiria também uma determinada condição social e uma qualidade ontológica permanente que compartilhava com quem exercia o mesmo ofício.

Com o desenvolvimento das universidades no século XIII, as artes liberais e as artes mecânicas começam a se dissociar, opondo as profissões e os ofícios. Contudo, mesmo com a diferenciação e o desenvolvimento das profissões, do ponto de vista identitário subsistia uma semelhança fundamental entre ofícios e profissões: “a dignidade e a qualidade de um estado juramentado, socialmente legítimo e pessoalmente incorporado graças à eficácia simbólica dos ritos sociais” (Dubar, 2005: 165).

Acompanhando essa perspectiva, Ramos (2001: 239) destaca que o conceito de profissão envolve as dimensões econômica, social e ético-política. Esta, por sua vez, tendo em vista que aponta para a contribuição social da profissão, está diretamente implicada nas dimensões psicológica e pedagógica envolvidas na sua aquisição. Para além do caráter pessoal de produção da existência humana, possui um sentido social, na medida em que

(...) o sujeito desenvolve em si um sentimento de pertencimento a uma organização profissional, cuja identidade coletiva configura-se pelo compartilhamento de parâmetros classificatórios comuns e realidades de trabalho equivalentes, configurando uma estrutura corporativa. Portanto, a profissão tem uma dimensão sociológica, caracterizada pela construção histórica de laços corporativos de autorregulação e proteção

coletiva, bem como de regulação do mercado de prestação de serviços, cujo acesso costuma estar determinado pelo credenciamento educativo.

Assim, uma profissão pressupõe a existência de organizações responsáveis pela criação e manutenção de “normas, processos, valores, regras e acordos, quais sejam, os conselhos profissionais, os sindicatos e associações” (Ramos, 2001: 239), como também um sentido de coletividade, em que a relativa estabilidade identitária é fundada no compartilhamento de práticas, conhecimentos, técnicas e linguagens. Este parece ser um dos pontos de maior fragilidade da área de vigilância: a histórica fragmentação institucional e das práticas não favorece o surgimento de um sentido de coletividade, uma vez que os vocabulários técnicos ainda encontram-se vinculados à especificidade de cada estrutura operacional. Assim, as formas de organização dos processos de trabalho acentuam o distanciamento e a diferenciação entre os trabalhadores. O gerenciamento por áreas (vigilância de produtos, de serviços, de portos/aeroportos/fronteiras), muito comum na vigilância sanitária em municípios de maior porte, torna ainda mais complexa essa identificação.

Ao analisar especificamente os trabalhadores da vigilância sanitária, Costa (2008: 81) destaca a dimensão política de sua atuação, uma vez que

controlar riscos, originados fundamentalmente de processos resultantes da intervenção humana, confere à vigilância sanitária uma função mediadora de um conjunto de interações complexas no universo das relações produção-consumo – o *locus* privilegiado de atuação – em que interesses econômicos e sanitários no mais das vezes se encontram em confronto com as forças do mercado.

Prossegue a autora: como agente público, o trabalhador da vigilância sanitária é investido do poder de polícia, uma vez que suas práticas são de competência exclusiva do Estado: “a competência do Estado para impor condicionamentos se faz acompanhar da necessária competência para fiscalizar a sua observância”. Do mesmo modo, a complexidade da área impede a atuação exclusiva de uma única categoria profissional:

a diversidade de objetos (alimentos, agrotóxicos, saneantes, cosméticos, medicamentos, múltiplos serviços de saúde, meios diagnósticos, equipamentos, derivados do tabaco e tantos outros) e de práticas (normatização, autorização de funcionamento de empresas, licença de estabelecimentos, registro de produtos, inspeções, fiscalização, monitoramento de qualidade e outros atributos, de efeitos adversos, controle de propaganda, rótulos, bulas e embalagens, entre outras) requer multiprofissionalidade de seu corpo técnico, informação e conhecimento científico amplo, aprimorado e permanentemente atualizado (...); (Costa, 2008: 82-83)

O paradoxo envolvido na questão identitária dos trabalhadores da vigilância em saúde assim se configura: de um lado, uma perspectiva integradora que, para além de mera construção conceitual de preocupação acadêmica, apresenta alguns dispositivos e arranjos político-institucionais que nos últimos dez anos vêm reconfigurando as práticas e as relações de trabalho e de formação; de outro, a não existência de movimentos de articulação de demandas capazes de agrupar e organizar esses trabalhadores em torno de reivindicações comuns faz com que permaneçam acentuadas as diferenças internas e outras formas de identificação.

A Formação Profissional dos Técnicos em Vigilância

Essa fragmentação em subáreas também se reflete na organização sindical e associativa dos trabalhadores. As incipientes formas de representação – quando existem – constituem-se em torno das estruturas operacionais da vigilância⁶ (sanitária, controle de endemias) ou são remetidas a organizações que reúnem um amplo conjunto de categorias profissionais lotadas nos estabelecimentos de saúde,⁷ atestando a pouca coesão em torno do significativo ‘vigilância em saúde’. Na vigilância sanitária, grande parte das associações de fiscais sanitários agrega trabalhadores de nível médio e superior, conferindo mais o caráter de aprimoramento técnico e de valorização da categoria do que de reivindicação de direitos. Esse movimento pode ser percebido na história dos

⁶ Por exemplo, Associação dos Agentes de Combate às Endemias de Salvador (AACES-BA), Sindicato Municipal dos Agentes de Combate a Endemias de Maceió (Simacem), Associação Brasileira dos Profissionais em Vigilância Sanitária (ABPVS).

⁷ Por exemplo, Sindicato dos Trabalhadores da Saúde de Tocantins (Sintras-TO).

encontros dos profissionais e na organização dos simpósios brasileiros de vigilância sanitária (Simbravisa). Ultimamente, a perspectiva de integração institucional da área em torno do conceito de vigilância em saúde tem feito surgir uma reação corporativa, caracterizada pela defesa da especificidade e centralidade das ‘vigilâncias’. De modo mais incipiente, os agentes de combate/control de endemias vêm se organizando após a cessão dos servidores da Funasa aos estados e municípios em 1999 (Brasil/MS, 1999). Esse movimento se intensifica após a publicação da lei n. 11.350, que regulamenta as atividades dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de endemias (Brasil/Presidência da República, 2006). A luta pela defesa de um piso nacional vem sendo recentemente acompanhada por reivindicações de adicional de insalubridade, de aposentadoria especial e de melhoria das condições de trabalho. Em alguns estados, em função do tratamento comum conferido às duas categorias pela lei, os agentes de endemias estão organizados em associação junto aos agentes comunitários de saúde.

Apesar do reconhecimento da importância estratégica da área de vigilância em saúde para o fortalecimento da atenção básica, até o final da década de 1990 eram poucas as instituições públicas e privadas que ofertavam esta formação. Quase que invariavelmente, os trabalhadores recebiam treinamentos em serviço, baseados em geral nos requisitos técnicos necessários para o desempenho de tarefas relativas ao controle de doenças ou à realização de procedimentos padronizados. Esses cursos estavam sob a responsabilidade das coordenações regionais da Funasa ou dos departamentos e coordenações estaduais e municipais diretamente envolvidos nas ações de vigilância. De curta duração, os cursos eram baseados nos manuais técnicos editados pelo Ministério da Saúde.

A partir da criação da Funasa, na década de 1990, foram organizados e ofertados cursos com maior preocupação com a formação de uma base interdisciplinar de conhecimentos para a atuação na área. O curso básico de vigilância epidemiológica (CBVE) e, posteriormente, o curso básico de vigilância ambiental em saúde (CBVA) foram marcos nesse sentido. Com carga horária maior, apresentavam uma seleção de conteúdos e um desenho metodológico que demonstravam maior preocupação com a aprendizagem dos estudantes e com a articulação de conhecimentos de diferentes áreas (história, bioestatística, epidemiologia, gestão dos serviços, políticas de saúde, meio ambiente, entre outras).

O Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar) (Brasil/MS, 2003) também merece destaque no cenário do início da década de 2000. Ainda que não apresentasse uma carga horária suficiente para conferir a habilitação técnica, o caráter nacional de sua oferta – presente em 26 dos 27 estados da federação –, o alcance massivo de matrículas – cerca de 30.000 egressos entre os anos de 2004 a 2007 – e a grande mobilização institucional que representou⁸ fizeram com que este projeto tenha sido considerado estratégico para sedimentar a importância do prosseguimento da formação para a habilitação técnica.

Em estudo que analisou os documentos referentes à proposta – incluindo seu material didático –, Batistella destaca três eixos em torno dos quais o currículo do Proformar projeta a identidade do agente local de vigilância em saúde: a identidade com o SUS, com a comunidade e com a própria área de atuação. Da mesma forma, o discurso em defesa de uma formação comum – introdutória – para os trabalhadores de nível elementar e médio das diversas funções exercidas na área da vigilância em saúde intenciona “a constituição de uma identidade profissional que possibilite maior capacidade de luta pela qualificação do trabalho, envolvendo formação, relações de trabalho e mudança nas práticas e na organização tecnológica do trabalho em saúde” (Batistella, 2009: 238-239).

A partir dos anos 2000, com o advento do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) e, posteriormente, com a criação da SGTES no Ministério da Saúde, começa a ganhar força a perspectiva de formação de técnicos para o SUS. A criação de uma área responsável pela ordenação da formação técnica junto ao Departamento de Gestão da Educação (Deges/SGTES/MS) se reflete na elaboração de perfis de competências e de referenciais curriculares para a formação de técnicos em saúde bucal e de agentes comunitários de saúde (Brasil/MS, 2004; Brasil/MS/MEC, 2004), sedimentando uma tendência – ainda que permeada de contradições e resistências – de qualificação do trabalho e dos trabalhadores técnicos no SUS.

⁸ Em cada um dos estados em que o programa se desenvolveu, foram criadas comissões de coordenação responsáveis pela organização das demandas formativas dos municípios e pela definição das diretrizes operacionais. Compostas por representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), Funasa, universidades e conselho estadual de saúde, encaminhavam suas propostas para pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), reforçando os espaços democráticos de decisão e os movimentos de regionalização existentes.

Na última década (2001-2011), pode ser observada uma franca expansão de vagas na formação técnica de vigilância em saúde, particularmente alavancada pela prioridade concedida a esta área no Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep), somente nove instituições ofertavam cursos nesta área entre 2001 e 2006, ao passo que no período de 2007 a 2011 esse quadro já era de 31 instituições (Brasil/RET-SUS, 2012). Segundo informações da Rede de Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS (RET-SUS), 11 das 36 escolas técnicas da rede já estão oferecendo a formação, mobilizando a abertura de um número expressivo de turmas. O forte investimento do Deges/SGTES/MS nos últimos dois anos tem contado com recursos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPES) e do próprio Profaps.

A recente publicação das “Diretrizes e orientações para a formação de técnicos de vigilância em saúde” (Brasil/MS/SGTES/Deges, 2011) confirma o redimensionamento de seu papel no cenário de políticas de expansão e qualificação da atenção básica no Brasil (Brasil/MS/SGTES/Deges, 2011). A prioridade concedida à área da vigilância em saúde é explicitada na introdução do documento:

A definição das diretrizes e orientações para a formação do técnico em vigilância em saúde fundamenta-se nos princípios filosóficos e operacionais do SUS e tem como premissa atender às responsabilidades e competências do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SINVS) e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Sinavisa) atreladas aos objetivos do Profaps e à observância das bases políticas e legais da Política Nacional de Educação.

Em contrapartida, regulação dos processos formativos que se observa segue a tendência de reformas educacionais iniciada na década de 1990, no contexto mais amplo das reformas de Estado. Esse esforço normativo e centralizador aparece contraditoriamente associado a um discurso pelo fortalecimento da gestão descentralizada e de uma cultura de desempenho (Ball, 2001; Apple, 2002; Santos, 2004).

No que toca o interesse mais direto deste capítulo, é importante assinalar que, até 2008, a oferta na área de vigilância contemplava cursos

denominados ‘técnico de vigilância sanitária’ ou ‘técnico de vigilância sanitária e saúde ambiental’. A partir da publicação do *Catálogo Nacional de Cursos* (Brasil, 2008b), a denominação passou a ser ‘técnico de vigilância em saúde’. Essa mudança, ainda que aparentemente sutil, pode ser considerada um importante dispositivo para desencadear novos processos de identificação, uma vez que permite uma formação mais ampla, integrando, no plano curricular, as diferentes subáreas e suas especificidades.

A discussão que envolveu a construção do texto da política “Diretrizes e orientações para a formação técnica em vigilância em saúde” exprime as dificuldades encontradas pelo grupo de trabalho (GT) do Ministério da Saúde para sua elaboração: a complexidade da área, que compreende uma gama bastante ampla de práticas do campo da saúde pública; a diversidade de arranjos organizacionais nas secretarias municipais de saúde; a inespecificidade das atividades circunscritas a cada subárea; os conflitos de poder envolvendo as principais instituições e as divergências conceituais são alguns dos elementos que essa dificuldades caracterizam, reafirmando a importância desse debate. Isso já havia sido constatado em um estudo anterior realizado pelo Ministério da Saúde e Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon/UFMG), com a participação da EPSJV/Fiocruz (Nescon/UFMG, 2008), quando foi detectada uma gama bastante ampla de nomenclaturas para os trabalhadores de nível médio que atuam na área. Essa vastidão de nomes reflete, de um lado, a diversidade de práticas e funções desempenhadas; de outro, uma indefinição quanto ao papel desses profissionais, a natureza de suas ações e o pertencimento ou filiação a uma ou mais categorias.

Vale ressaltar que, para além da notável expansão da oferta – de menos de dez turmas/ano em todo país, para mais de oitenta turmas, com uma perspectiva de 2.500 matrículas somente em 2012 –, a formação também passou a ser realizada nas regionais de saúde de vários estados. A descentralização e o alcance massivo da formação, além do esperado impacto nas ações de vigilância em saúde na atenção básica, representam uma mudança significativa no cenário de qualificação dos trabalhadores da área: a expressiva expansão da formação pode significar um importante movimento no que diz respeito à inserção e permanência destes profissionais nos quadros municipais, cuja dificuldade de fixação tem sido em parte associada à proliferação de contratos precários e à terceirização via organizações sociais – formas alternativas cada

vez mais comuns nas gestões municipais para contornar as limitações da Lei de Responsabilidade Fiscal. À medida que o contingente de técnicos formados busque o reconhecimento e a valorização de seus diplomas, acena-se para a possibilidade de organização da categoria em associações, sindicatos e confederações, de luta por cargos nos concursos junto à gestão pública e, conseqüentemente, de fortalecimento da profissionalização.

De fato, conforme já se indicou, os trabalhadores da área da vigilância em saúde representam um grupo bastante heterogêneo, com diferenças substantivas quanto à natureza das práticas, formação, vínculos institucionais, locais de atuação, salários e formas de contratação. Estão genericamente distribuídos nas estruturas operacionais da vigilância das secretarias municipais e estaduais de saúde, compondo as equipes de vigilância epidemiológica, sanitária, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador. Estes segmentos profissionais, dada a pouca coesão e a dificuldade de estabelecimento de vínculos identitários, não logram o reconhecimento e a constituição de uma profissão, caracterizando-se pela ausência de regulamentação profissional específica para o exercício das atividades correspondentes.

A designação ‘técnico de vigilância em saúde’ não integra a *Classificação Brasileira de Ocupações* (CBO), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), sendo possível, no entanto, encontrar afinidades com a família dos ‘agentes da saúde e do meio ambiente’ (código 3522), cuja descrição sumária indica que “orientam e fiscalizam as atividades e obras para prevenção/preservação ambiental e da saúde, por meio de vistorias, inspeções e análises técnicas de locais, atividades, obras, projetos e processos, visando o [sic] cumprimento da legislação ambiental e sanitária; promovem educação sanitária e ambiental” (Brasil/MTE, 2002) e também com a família dos ‘trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde’, que, de acordo com a descrição

visitam domicílios periodicamente; orientam a comunidade para promoção da saúde; assistem pacientes, dispensando-lhes cuidados simples de saúde, sob orientação e supervisão de profissionais da saúde; rastreiam focos de doenças específicas; realizam partos; promovem educação sanitária e ambiental; participam de campanhas preventivas; incentivam atividades comunitárias; promovem comunicação entre unidade de

saúde, autoridades e comunidade; realizam manutenção dos sistemas de abastecimento de água; executam tarefas administrativas; verificam a cinemática da cena da emergência e socorrem as vítimas. (Brasil, 2002)

A inespecificidade das descrições encontradas na CBO contrasta com o texto de apresentação do técnico de vigilância em saúde encontrado no *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos*, cuja indicação informa que este profissional

desenvolve ações de inspeção e fiscalização sanitárias. Aplica normatização relacionada a produtos, processos, ambientes, inclusive do trabalho, e serviços de interesse da saúde. Investiga, monitora e avalia riscos e os determinantes dos agravos e danos à saúde e ao meio ambiente. Compõe equipes multidisciplinares de planejamento, execução e avaliação do processo de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador. Atua no controle do fluxo de pessoas, animais, plantas e produtos em portos, aeroportos e fronteiras. Desenvolve ações de controle e monitoramento de doenças, endemias e de vetores. (Brasil/MEC, 2008b: 37)

Em contrapartida, de acordo com as ‘diretrizes e orientações para a formação do técnico de vigilância em saúde’, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2011 para orientar as construções curriculares pelas instituições formadoras

a lógica da regulação desse profissional difere da que se aplica para os demais técnicos da área da saúde, a saber: é um exercício profissional regulado e fiscalizado diretamente por organismos de Estado, dos quais se destaca o SUS, especificamente o Sistema Nacional de Vigilância na Saúde (SNVS) e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Sinavisa). (Brasil/MS/SGTES/DeGES, 2011: 25)

No entanto, embora constituindo apenas um segmento dos trabalhadores técnicos que atuam nesta área, os agentes de combate às endemias, em decorrência do processo de descentralização em curso no país, têm suas atribuições definidas através da lei n. 11.350/2006: “o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e

sob supervisão do gestor de cada ente federado” (Brasil/Presidência da República, 2006). De acordo com o artigo 7º,

o agente de combate às endemias deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade: I - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e II - haver concluído o Ensino Fundamental. Parágrafo único. Não se aplica a exigência a que se refere o inciso II aos que, na data de publicação desta lei, estejam exercendo atividades próprias de agente de combate às endemias. (Brasil/Presidência da República, 2006)

Nesta mesma lei, no artigo 9º, são definidas novas regras para sua contratação:

A contratação de agentes comunitários de saúde e de agentes de combate às endemias deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. (Brasil/Presidência da República, 2006)

Assim, dentre os múltiplos processos de identificação que vêm se configurando a partir das políticas de educação e trabalho na área da vigilância em saúde, ao menos quatro merecem destaque: para um conjunto significativo de trabalhadores mais antigos, cujo vínculo de pertencimento à Funasa foi desfeito após sua cessão às gestões municipais em 1999, e para os quais prevalece a sensação de abandono, podemos falar em uma identidade em ruínas; para outro grupo, no qual os atritos decorrentes dos conflitos de poder e de atribuições entre as subáreas da vigilância denotam um campo de delimitação de fronteiras, as formas identitárias apresentam-se provisórias e contingentes. Por sua vez, aos trabalhadores ligados à vigilância sanitária, afirma-se um discurso de redefinição identitária, cuja desfiliação de uma identidade policialesca, “cartorial, fiscalizadora e normativa” (Costa, Fernandes & Pimenta, 2008) daria lugar a uma postura mais crítica, voltada para o desenvolvimento de ações de controle de riscos no campo da saúde coletiva. Por fim, quando analisados os movimentos de integração que vêm se fazendo notar através dos mecanismos de regulação da formação

(catálogo nacional de cursos e diretrizes curriculares nacionais), abre-se a possibilidade de constituição de novos processos de identificação. De um modo ou de outro, as formas identitárias passam a ser vistas como em permanente processo de desestruturação e reestruturação, sendo, portanto, produto de sucessivas socializações (Dubar, 2005).

Considerações Finais

Diante da dificuldade de análise do trabalho em vigilância em saúde – caracterizado pela interdisciplinaridade e multiprofissionalidade – e em face da inexistência de uma profissão de nível superior que contemple a sua complexidade, é bem-vinda a noção elaborada pelo professor Jairnilson Paim, pesquisador do ISC/Ufba, que a concebe como

uma proposta de ação que rearticula saberes e práticas, ou seja, uma área de práticas com as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações. (Paim, 2004)

De forma diferente do que ocorreu com outras categorias da saúde, a vigilância não logrou a constituição de uma identidade profissional capaz de aglutinar um contingente significativo de trabalhadores que atuam em diferentes funções de sua estrutura. Uma aproximação à compreensão deste cenário requer, para além do exame da história de desenvolvimento das práticas e das instituições que lhe compõem, identificar as especificidades de uma área inerentemente interdisciplinar, cujos saberes e práticas não estão sob domínio restrito de nenhuma profissão (família profissional) de nível superior. Da mesma forma, é impossível situá-la (em sua totalidade) nos contornos de uma política fundante ou de referência, como ocorre, por exemplo, com as áreas da saúde bucal e da atenção básica. Em outras palavras, até o momento, a vigilância em saúde parece não apresentar dispositivos históricos, institucionais, políticos ou mesmo técnico-profissionais capazes de erigir um processo mais amplo de identificação por seus trabalhadores.

Referências

- APPLE, M. W. Podem as pedagogias críticas sustar as políticas de direita? *Cadernos de Pesquisa*, 116: 107-142, jul. 2002.
- AUGUSTO, L. G. da S. & FREITAS, C. M. O princípio da precaução no uso de indicadores de riscos químicos ambientais em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(2): 85-95, 1998.
- BALL, S. Diretrizes políticas globais e relações políticas locais em educação. *Currículo Sem Fronteiras*, 1(2): 99-116, jul.-dez. 2001.
- BATISTELLA, C. E. C. *Tensões na Constituição de Identidades Profissionais a partir do Currículo: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde*, 2009. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BAUMAN, Z. *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei Federal n. 8.080, 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- BRASIL. Presidência da República. Lei n. 11.350, de 5 out. 2006. Regulamenta as atividades e formas de contratação dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 6 out. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.399, de 15 dez. 1999. Estabelece procedimentos para elaboração, implementação e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada de Vigilância em Saúde – PPI-VS. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SVS-SEGETS/MS n. 01/2003, de 8 set. 2003. Institui a Comissão de Coordenação Geral do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Perfil de Competências Profissionais do Técnico em Higiene Dental e do Auxiliar de Consultório Dentário*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série A – Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.252, 22 dez. 2009. Aprova as diretrizes para a execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.007, 4 maio. 2010. Define critérios para regulamentar a incorporação do agente de combate às endemias (ACE), ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de saúde da família.

BRASIL. 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)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Código Brasileiro de Ocupações*. Brasília: MTE, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série A – Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1172/GM 15 jun. 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de vigilância em saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução CNE/CEB 03/2008. Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio*. Brasília: MEC, 2008a.

BRASIL. Ministério da Educação. *Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio*. Brasília: MEC, 2008b.

BRASIL. Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. *Vigilância em Saúde: a formação profissional nas escolas técnicas do SUS e a trajetória de um dos campos mais antigos da Saúde Pública*. Rio de Janeiro: RET-SUS, Ano VI, n. 53, maio. 2012.

CASTRO, N. A. Qualificação, qualidades e classificações. *Educação e Sociedade*, 45: 211-224, ago. 1993.

CHALHOUB, S. *Cidade Febril*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

COSTA, E. A. O trabalhador de vigilância sanitária e a construção de uma nova vigilância: fiscal ou profissional de saúde? In: COSTA, E. A. (Org.). *Vigilância Sanitária: desvendando o enigma*. Salvador: Edufba, 2008.

COSTA, E. A.; FERNANDES, T. M. & PIMENTA, T. S. A vigilância sanitária nas políticas de saúde no Brasil e a construção da identidade de seus trabalhadores (1976-1999). *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3): 995-1.004, jun. 2008.

DIAS, R. E. & LÓPEZ, S. B. Conhecimento, interesse e poder na produção de políticas curriculares. *Currículo sem Fronteiras*, 6(2): 53-66, jul.-dez. 2006.

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

FEVERET FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J. A. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, 3: 139-182, 1990.

FLEURY, S. Brasil: uma agenda de reformas. *RAP – Revista Brasileira de Administração Pública*, 38: 1.085-1.094, 2004.

FOUCAULT, M. *A Microfísica do Poder*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FRIGOTTO, G. Trabalho. In: EPSJV/FIOCRUZ. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

GONDIM, G. M. de M. & MONKEN, M. Saúde, educação, cidadania e participação: desafios para o século XXI – a experiência do Proformar. *Revista Trabalho Educação e Saúde*, 1(2): 35-39, 2003.

GONDIM, G. M. de M. *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. de C. *et al.* (Orgs.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MACHADO, L. R. S. Qualificação do trabalho e relações sociais. In: FIDALGO, F. S. (Org.). *Gestão do Trabalho e Formação do Trabalhador*. Belo Horizonte: Movimento de Cultura Marxista, 1996.

MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. de S. & MIRANDA, A. C. de. (Orgs.). *Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MONKEN, M. *Desenvolvimento de Tecnologia Educacional a partir de uma Abordagem Geográfica para a Aprendizagem da Territorialização em Vigilância em Saúde*, 2003. Tese Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3): 898-906, maio-jun. 2005.

MOREIRA, A. F. B. & MACEDO, E. F. de. Currículo, identidade e diferença. In: MOREIRA, A. F. B. & MACEDO, E. F. de (Orgs.). *Currículo, Práticas Pedagógicas e Identidades*. Porto: Porto Editora, 2002.

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

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

PAIM, J. S. Vigilância em saúde. Parecer ao termo de referência do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde – LAVSA/ EPSJV. Rio de Janeiro, 2004. (Mimeo.)

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

RAMOS, M. N. Conceitos básicos sobre o trabalho. In: FONSECA, A. F. & STAUFFER, A. de B. (Orgs.). *O Processo Histórico do Trabalho em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

SANTOS, L. de C. P. Formação de professores na cultura do desempenho. *Educação e Sociedade*, 25(89): 1.145-1.157, set.-dez. 2004.

SENNETT, R. *A Corrosão do Caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

SOUZA, A. M. A. de F. Bases para definição do perfil de competências (Apresentação Oficina de Trabalho). Brasília, 2009 (Mimeo.)

TEIXEIRA, M. da G. & RISI JUNIOR, J. B. Vigilância epidemiológica. *In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. de. (Orgs.). Epidemiologia e Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

WALDMAN, E. A. *Vigilância em Saúde Pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania)