

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

Virginia Sequeira Moreira

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

Rio de Janeiro

2012

Virginia Sequeira Moreira

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

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestra em educação profissional em saúde.

Orientador: Maurício Monken

Rio de Janeiro
2012

M838c

Moreira, Virginia Sequeira

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. / Virginia Sequeira Moreira. - 2012.

97 f. : il.

Orientador: Maurício Monken

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

1. Educação Profissional. 2. Vigilância em Saúde . 3. Territorialização I. Monken, Mauricio. II. Título

CDD 370.113

Virginia Sequeira Moreira

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

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestra em educação profissional em saúde

Aprovado em: 19/06/2012

Orientador:

Prof. Maurício Monken – EPSJV/Fiocruz

BANCA EXAMINADORA

Profa. Grácia Maria de Miranda Gondim - EPSJV/ Fiocruz

Profa. Simone Maria Santos - ENSP/ Fiocruz

*Dedico este trabalho
aos profissionais de
vigilância em saúde, em especial,
para os que executam ações nos
municípios que compõem a região
metropolitana I do Rio de Janeiro.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Mauricio Monken pela paciência e apoio na orientação deste trabalho, com indicação de autores, de livros e textos que permitiram uma melhor apropriação dos conceitos da categoria território, bem como análise de conteúdo.

Ao Mestre Carlos Batistella pelos inúmeros insights durante as aulas de Currículo e nas nossas conversas sobre a formação e os profissionais de vigilância em saúde.

Aos professores do curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz pelos constantes processos de desconstrução e reconstrução por que passei durante o curso que propiciaram uma leitura de mundo diferente, um olhar crítico e dialético.

A coordenação do curso de pós-graduação que nortearam o melhor caminho a ser seguindo durante o curso, e de seus administrativos sempre solícitos e prontos a ajudar.

Aos profissionais da Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu, em especial a Coordenação de Vigilância Ambiental pelo apoio durante a realização das entrevistas.

Aos técnicos da epidemiologia dos Municípios de São João de Meriti e Nova Iguaçu pelo apoio e compreensão das vezes em que estive ausente nas minhas atividades cotidianas para realização do mestrado.

A minha família, Luis Carlos companheiro de luta e as minhas meninas Mariana e Elisa pela compreensão e amor durante o processo de realização e escrita deste trabalho.

A minha mãe que partiu durante a realização desta pesquisa, e será sempre uma incentivadora das minhas escolhas.

*“ Desaprender para aprender.
Deletar para escrever em cima.
Houve um tempo em que eu pensava que,
para isso, seria preciso nascer de novo,
mas hoje sei que dá pra renascer
várias vezes nesta mesma vida.
Basta desaprender o receio de mudar”.*
(Martha Medeiros)

RESUMO

A demanda de profissionais de vigilância em saúde associada à municipalização dos guardas de endemia oriundos da Funasa, foi o ponto de partida para realização do curso de formação de agentes locais de vigilância em saúde (Proformar), proposta formativa de abrangência nacional, articulado com a política de educação nacional de educação permanente em saúde, que tinha a perspectiva de ampliar o olhar dos profissionais nas diferentes atribuições da vigilância em saúde, tendo como base estruturante o território.

No município de Nova Iguaçu, o Proformar foi estruturado em 02 núcleos de apoio aos discentes (NAD 12 e NAD 13) que juntos formaram 1477 alunos.

O estudo propõe avaliar como a categoria território foi incorporada no trabalho cotidiano dos alunos egressos do Proformar. Foram selecionados para a pesquisa os alunos com atividades no controle da dengue na Coordenação de Vigilância Ambiental do município. Deste grupo, foi selecionada uma amostra que tivesse representatividade, geográfica e gerencial, por conseguinte foram utilizados na pesquisa os supervisores gerais e supervisores de campo, aproximadamente 100 profissionais.

Foi aplicado um questionário semiestruturado, dividido em quatro partes: identificação do profissional no grupo estudado, os motivos e facilidades para realização do curso, o grau de satisfação do aluno com o curso e a territorialização em suas duas dimensões: organizacional/gerencial e técnica.

Para orientar o processo de discussão e subsidiar a análise dos questionários a pesquisa trouxe elementos dos eixos trabalho, educação e saúde. No eixo trabalho, a contextualização do trabalhador objeto do estudo. No eixo da educação, a política de educação permanente do SUS e a descrição do projeto político pedagógico do Proformar. No eixo saúde, a vigilância em Saúde e seus fundamentos, com destaque para a categoria território.

Os dados foram tabulados estatisticamente e analisados de acordo com referencial teórico adotado e o quadro de usos e propósitos construído para as questões formuladas no questionário.

O estudo conclui que o aluno egresso do curso Proformar em Nova Iguaçu se apropriou da categoria território, na realização do trabalho cotidiano somente nas questões relacionadas à dengue, porém ampliadas neste aspecto. Recomenda ainda, investir em outros processos formativos dentro da perspectiva da vigilância em saúde e sua integração com a atenção básica.

Palavras chave: Educação Profissional em Saúde, Vigilância em Saúde, Territorialização

ABSTRACT

The demand of professionals for health surveillance associated with the decentralization of guards endemic coming from Funasa, was the starting point for accomplishment of the course of formation of local agents health surveillance (Proformar), nationwide formative proposal, articulated with the national education policy of continuing education in health, which had the prospect of expanding the look of professionals in the different attributions of health surveillance, based on structuring the territory.

In the municipality of Nova Iguaçu, the Proformar was structured in 02 units of support for students (NAD 12 and NAD 13), which together formed 1477 students.

The study proposes to evaluate the category as the territory was incorporated into the daily work of students who completed the Proformar. Were selected for the study the students with activity in dengue control in Coordination of environmental surveillance of the municipality. Of this group, we selected a sample that had representation, geographic, and management therefore were used in the study the general supervisors and field supervisors, approximately 100 professionals.

It was applied a semi-structured questionnaire, divided into four parts: professional identification in the study group, the reasons and facilities for realization the course, the degree of student satisfaction with the course and territorialization in its two dimensions: organizational / managerial and technique.

To guide the process of discussion and help analyze the survey questionnaires the research has elements of the axes work, education and health. In the axis of the work context of the worker object of study. In the axis of education policy of education of the SUS and project description of the political pedagogical Proformar Axis health, health vigilance and its foundations, especially the category territory

Data were tabulated and analyzed statistically according to theoretical reference and the table of uses and purposes built to the questions formulated in the questionnaire.

The study concludes that the students who completed the Proformar in Nova Iguaçu had appropriated the territory category in the accomplishment of daily work only in questions related to dengue, however extended in this aspect. It recommends also to invest in other formative processes from the perspective of health vigilance and integration with primary care.

Key Words: Health Professional Education, Health Vigilance, Territorialization.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância em Saúde
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
CEV	Campanha de Erradicação da Varíola
CEM	Campanha de Erradicação da Malária
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CVA	Coordenação de Vigilância Ambiental
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DENERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
FSESP	Fundação de Serviços de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NAD	Núcleo de Apoio ao Discente
NOB	Norma Operacional Básica
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PAM	Posto de Assistência Médica
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PROFORMAR	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
SEMUG	Secretaria Municipal de Governo
SEMAD	Secretaria Municipal de Administração
SEMDEP	Secretaria Municipal Despesa e Planejamento
SEMCONGE	Secretaria Municipal de Controle Geral
SEMEF	Secretaria Municipal de Economia e Finanças
SEMTE	Secretaria Municipal de Trabalho e Emprego
SEMUSDEC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SEMAM	Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Agricultura
SEMED	Secretaria Municipal de Educação
SEMDPDEF	Secretaria Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência

SEMASPV	Secretaria Municipal de Assistência Social e Prevenção à Violência
SEMEL	Secretaria Municipal de Esporte e Lazer
SEMCTUR	Secretaria Municipal de Cultura e Turismo
SEMTESP	Secretaria Municipal de Trânsito e Serviços Públicos
SEMTRAN	Secretaria Municipal de Transportes
SEMCOPI	Secretaria Municipal de Coordenação Política e Institucional
SEMCOM	Secretaria Municipal de Comunicação Social
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SNABS	Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde
SNPES	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
URG	Unidade Regional de Governo
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
VISAU	Vigilância em Saúde

LISTA DE QUADROS

QUADRO I Usos / propósitos das categorias analíticas do questionário:	15
QUADRO II Usos / propósitos relacionadas às categorias operacionais do questionário.....	17
QUADRO III Alunos que concluíram o curso de formação de agentes de vigilância em Saúde com respectivos tutores e turmas - Município de Nova Iguaçu – NAD12.....	19
QUADRO IV Alunos que concluíram o curso de formação de agentes de vigilância em Saúde com respectivos tutores e turmas - Município de Nova Iguaçu – NAD 13.....	19
QUADROS V IDENTIFICAÇÃO.....	53
1- Sexo.....	53
2-Idade	53
3-Nome do tutor da turma do Proformar.....	53
4- Vínculo.....	54
5-Tempo de trabalho na Instituição (em anos).....	54
6-Tempo que atua como Supervisor Geral ou Supervisor de Campo.....	54
7-Número de localidades que exerce(u) atividades nos últimos 12 meses.....	55
QUADROS VI POR QUE DECIDIU FAZER O PROFORMAR?.....	55
1-Capacitação profissional:	55
2-Exigência formal de titulação:.....	55
3-Gratuidade do curso:.....	55
4-Proximidade do local de trabalho:	56
5-Liberação do setor de trabalho:.....	56
6- O curso está relacionado com atividade exercida na instituição:	56
7- Realizou outros cursos na área de saúde e/ou outras áreas de conhecimento após o termino do Proformar:.....	56
8- Você gostaria de participar de outros processos formativos nos moldes do Proformar:....	57
QUADROS VII - GRAU DE SATISFAÇÃO COM O CURSO	
1-O curso de modo geral:.....	57

2-O relacionamento com os colegas de profissão:	57
3-O relacionamento com o Tutor:.....	57
4-As discussões realizadas nos momentos presenciais:	57
5-A realização do trabalho de campo:.....	57
6-O material didático:.....	58

QUADROS VIII – TERRITORIALIZAÇÃO

1-Localiza na sua área de atuação as unidades de saúde no cotidiano do trabalho.....	58
2-A população da sua área tem acesso aos serviços e programas de Saúde.....	58
3-Conhece/reconhece como se organizam as ações de saúde (das mais simples às mais complexas) no município e no seu território de atuação:.....	58
4-Sabe quais são as doenças mais comuns na sua área de atuação:	59
5-Trabalha articulado com as equipes de saúde da atenção básica (PSF, Postos de Saúde) no seu território de atuação:	59
6-Conhece/reconhece no trabalho cotidiano a inter-relação com outros setores no território em que atua (saneamento, educação, cultura etc.):	59
7-Conhece/reconhece as principais características sócio-demográficas em sua área de atuação:.....	59
8-Identifica problemas e necessidades a serem enfrentados no território?	60
9-Estabelece relação entre as condições de vida e a situação de saúde da população no território em que atua?	60
10-Correlaciona a informação epidemiológica aos problemas detectados no seu território no trabalho cotidiano?	60
11-Utiliza rotineiramente entrevistas com a população para elaboração de diagnóstico dos problemas de saúde e condições de vida da população do seu território:	60
12-Utiliza o mapa do território:.....	61
12.1 para identificar os problemas de saúde do território?	61
12.2 para identificar as potencialidades que podem ser utilizadas nos processos de intervenção no território?.....	61
13-Realiza ou realizou projetos de vigilância e promoção da saúde no seu território:.....	61

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA	12
2.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS.....	12
2.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	13
3- O TRABALHADOR: herdeiro do sanitarismo campanhista	22
3.1 ATRIBUIÇÕES E PROCESSOS DE TRABALHO.....	23
3.1.1 O agente.....	24
3.1.2 Supervisor de Campo.....	25
3.1.3 Supervisor Geral.....	26
3.2 O CAMINHO PERCORRIDO ATÉ A MUNICIPALIZAÇÃO DE SUAS AÇÕES.....	27
3.3 RESIGNIFICAR OS PROCESSOS DE TRABALHO.....	28
4 EDUCAÇÃO: políticas de educação profissional e o Proformar	30
4.1 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE.....	31
4.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	32
4.3 PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE AGENTES LOCAIS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PROFORMAR).....	33
5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE	41
5.1 CONHECIMENTOS INTER/TRANSDISCIPLINARES NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS.....	43
5.2 TERRITÓRIO: BASE ESTRUTURANTE PARA CONSTRUÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DE PROJETOS DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....	45
5.2.1 Município de Nova Iguaçu – base territorial utilizada no processo pedagógico do trabalho de campo dos alunos.....	49
6 RESULTADOS	53
6.1 DADOS ESTATÍSTICOS.....	53
6.1.1 Categorias analíticas.....	53
6.1.2 Categorias Operacionais.....	58
6.2 ANÁLISES DOS RESULTADOS.....	62
6.2.1 Identificação.....	62
6.2.2 Por que decidiu fazer o Proformar?.....	63

6.2.3 Grau de satisfação com o curso.....	64
6.2.4 Territorialização.....	65
6.2.4.1 <i>Análise das variáveis: Territorialização em sua dimensão organizacional</i>	68
6.2.4.2 <i>Análise das variáveis: Territorialização em sua dimensão técnica</i>	69
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	78
ANEXO 1 QUESTIONÁRIO DO ALUNO	83
ANEXO 2 TERMO DE CONSENTIMENTO	88
ANEXO 3 RELAÇÃO DOS COORDENADORES DE CAMPO E COORDENADORES GERAIS DO CENTRO DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL – MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU – RIO DE JANEIRO	90
ANEXO 4 QUADRO DE USOS E PROPÓSITOS COM ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DAS CATEGORIAS ANALÍTICAS DO QUESTIONÁRIO	93
ANEXO 5 QUADRO DE USOS E PROPÓSITOS COM ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DAS CATEGORIAS OPERACIONAIS DO QUESTIONÁRIO	96

APRESENTAÇÃO

A escolha deste objeto reflete a experiência como profissional de saúde que se construiu na prática dos serviços em um período rico de discussões que procederam à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) até os dias de hoje.

Iniciei a vida profissional como médica veterinária no serviço de saúde pública no município de Nova Iguaçu no ano de 1985, no programa de controle da raiva animal e posteriormente no serviço de vigilância epidemiológica.

Período rico em discussão sobre os rumos da saúde pública no Brasil e consequentemente em nosso município, com intensa participação da sociedade civil, representada pelas associações de moradores, com quem os técnicos tinham contato em diversos momentos.

Um momento especial, onde diversos técnicos de diferentes instituições sentavam em uma mesa, muitas vezes de um bar, e discutiam seu papel dentro do sistema de saúde e formulavam propostas referentes à reorganização da rede de assistências para o cumprimento da missão de atender a população residente.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com muitas mudanças, a Secretaria Municipal de Saúde passa a ser gestora de todo o sistema, e seus técnicos, junto com técnicos incorporados do Estado e da União, tinham a missão de traçar estratégias para a execução das ações de saúde (BRASIL, 1990).

Neste período não ocorreu nenhum processo formativo, somente treinamentos focais, onde o aprendizado era realizado principalmente na prática do serviço, sem nenhuma discussão de seus fundamentos.

Inicialmente e em primeiro plano, o município organizou o atendimento médico à população com a rede existente e a recém-incorporada advinda do Estado e da União. A vigilância epidemiológica ficou em segundo plano, problema parcialmente sanado com a implantação da Norma Operacional Básica (NOB) em 1996 com a definição do financiamento, atribuições e metas pactuadas entre o Município, o Estado e o Ministério da Saúde referente às ações de vigilância epidemiológica (BRASIL, 1996).

Por último, a incorporação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), com um grande número de técnicos de nível médio cedidos para o nível local para atender a demanda de controle de vetores. Este processo vem acompanhado de um curso de formação de agentes de vigilância em saúde: Proformar, que tinha a finalidade de facilitar a transição destes técnicos para o nível local e sua interação com o processo de municipalização das ações de saúde.

A dificuldade encontrada neste início da vida profissional com as mudanças do setor saúde após a implantação/implementação do SUS, sem nenhum curso de formação, foi a motivação para participar ativamente deste processo formativo.

Em Nova Iguaçu foram estruturados dois Núcleos de Apoio ao Discente (NAD12 e NAD 13) para operacionalização do referido curso, realizado no período de 2004 até 2007. Fui tutora no NAD 13 com 03 turmas, com alunos de diferentes municípios da região. Motivo pelo qual, escolhi como meu objeto de estudo do curso de pós-graduação de Educação Profissional em Saúde, avaliar os alunos egressos dos Núcleos de Apoio ao Discente de Nova Iguaçu, que exercem atividade no município de Nova Iguaçu, do processo formativo do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR).

Hoje me sinto instigada a investigar o que foi efetivamente incorporado na prática no trabalho cotidiano destes trabalhadores oriundos deste processo formativo, buscando avaliar se o curso atingiu os objetivos propostos e: em que medida o aluno se sente integrante do sistema único de saúde e do território? Como a categoria território, base para projetos de vigilância em saúde, foi apropriada pelos alunos e utilizada nas suas práticas cotidianas? O aluno utiliza e compreende a importância da utilização dos elementos organizacionais e técnicos do trabalho de territorialização na vigilância e promoção da saúde? Como estes alunos estão desenvolvendo suas atividades na área de promoção, vigilância e controle de riscos e agravos à saúde? O aluno compreende o papel da estrutura social na produção nos processos de saúde e doença? Ocorreu por parte dos alunos a percepção das mudanças ocorridas no conceito da saúde, de humanização, de cidadania e da gestão participativa? Foi possível aos trabalhadores em saúde de nível médio - público alvo do curso – a partir da utilização da categoria território, transformar suas práticas de saúde e a realidade sócio-sanitária local, se no dia a dia se depararem com problemas que, na maioria das vezes, estão acima do poder decisório que possuem?

São questionamentos que esperamos encontrar respostas ou, pelo menos, indicativos ao final desta pesquisa de dissertação do Mestrado.

1 INTRODUÇÃO

O SUS é fruto de um longo processo de construção política e institucional nomeado REFORMA SANITÁRIA. Em 1988, a Constituição reflete o movimento da Reforma Sanitária, legitima os princípios do SUS sistematizados na VIII Conferência e inclui em seus capítulos uma seção sobre saúde, sendo reconhecida como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Em 1991, o município de Nova Iguaçu inicia o processo de municipalização com a cessão de prédios, equipamentos e servidores dos Postos de Assistência Médica (PAM) do Ministério da Saúde e dos Centros e Postos de Saúde do Estado para a Gestão Municipal.

O município passa a planejar, executar e avaliar ações voltadas para o atendimento e prevenção de doenças e agravos¹ à população residente. Durante este processo, não ocorreu nenhum processo formativo sobre a realidade posta aos servidores, sendo realizados inúmeros treinamentos desarticulados e de caráter focal.

Por último foram municipalizados os servidores da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) colocados à disposição dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, nos termos do artigo 20 da Lei n.º 8.270/91 (BRASIL, 1991) para execução das ações previstas na portaria nº 1399/99 (BRASIL, 1999). O processo de descentralização das ações da Funasa para os estados e municípios implicou na cessão de aproximadamente 24.000 trabalhadores (guardas de endemias) e na necessidade imediata de sua qualificação junto com os 38.000 trabalhadores dos estados e municípios que vinham desempenhando as mesmas funções, para favorecer a estruturação dos Sistemas de Vigilância em Saúde Locais (PROFORMAR, 2004).

Com a incorporação dos guardas de endemia e agentes de saúde pública à gestão local associada à Portaria de regulamentação da NOB SUS 01/96 (BRASIL, 1996) sobre as competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de epidemiologia, foi proposta a elaboração de um curso de formação, o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), através do convênio da Funasa e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) para apoiar estes profissionais na inserção junto às prefeituras (PROFORMAR, 2004).

1 A Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 considera: I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos; II - Agravado: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas. (BRASIL, 2011)

A demanda de profissionais de vigilância em saúde associada à cessão dos guardas de endemia oriundos da Funasa para os municípios foi o ponto de partida para a realização do Proformar, curso no qual, foram utilizados os conceitos propostos na vigilância em saúde em um processo que integra o processo ensino-aprendizagem ao processo de trabalho e promove um diálogo crítico entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, em consonância com a política de educação permanente em saúde do SUS (PEREIRA; RAMOS, 2006).

A proposta do curso foi ampliar o olhar destes profissionais nas diferentes atribuições da Vigilância em Saúde, a saber: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental (PROFORMAR, 2004).

O Proformar foi coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)², Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O projeto começou a ser desenhado em 1999. Em 2001, o convênio foi assinado e as primeiras turmas começaram em 2003 (REIS, 2005).

A SGTES publicou a portaria nº 1, em 8 de setembro de 2003 que “Institui a Comissão de Coordenação Geral do Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância à Saúde, com o objetivo de coordenar as ações de capacitação e formação profissional de trabalhadores de nível médio do SUS, dos três entes federados, envolvidos com operações de campo no controle de doenças, em epidemiologia e ações de vigilância em saúde” (BRASIL, 2003), republicada, por mudança de seus membros, através da portaria conjunta nº 1 de 3 de novembro de 2005.

Uma proposta de ensino e de aprendizagem dirigida aos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), com processo formativo de abrangência nacional e articulava-se com a estratégia da Educação Permanente, diretriz fundamental da nova Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS.

2 A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil. Maiores informações podem ser obtidas através do site: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=382>. (BRASIL, 2003).

O curso formativo tinha como meta capacitar os trabalhadores de nível médio do SUS, para desenvolverem ações de promoção e de proteção à saúde, como uma estratégia de transformação das práticas sanitárias em cada local (PROFORMAR, 2004).

Um dos desafios deste processo era o de resgatar a autoestima e a importância do trabalho destes profissionais, que durante meio século foram considerados meros operadores de erradicação e controle de doenças como dengue e malária (PROFORMAR, 2004).

No curso, os alunos eram estimulados a se tornarem interlocutores entre o Sistema Único de Saúde e a comunidade, capazes de articular práticas educativas e executar ações de promoção, vigilância e controle de riscos e agravos à saúde. Nele, além do aprendizado teórico, havia a realização de um trabalho de campo, etapa do curso em que os alunos eram levados a realizar um diagnóstico das condições de vida e situação de saúde de territórios por eles selecionados, articulados com a população local (PROFORMAR, 2004).

A concepção pedagógica adotada e a metodologia, com uma avaliação do processo ensino-aprendizagem (de caráter formativo e somativo), foram realizadas a partir das tarefas desenvolvidas pelo aluno no trabalho de campo e do acompanhamento do estudo pelo sistema de tutoria, nos momentos presenciais e à distância. Ao término do curso de desenvolvimento profissional o aluno recebeu um certificado de qualificação profissional em Vigilância em Saúde (PROFORMAR, 2004).

O caminho percorrido pelo aluno, com a realização da pesquisa de campo considerando todos os aspectos elencados na abordagem da produção social da saúde e da doença, a historicidade de formação do território, as singularidades da vida social, seus contextos, o diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde do seu local de atuação resultando na construção de processos de intervenção.

O curso busca ampliar o conteúdo do trabalho destes profissionais, de forma que durante a realização do trabalho de campo, eles possam avançar na compreensão dos problemas de saúde das famílias e das populações dentro do território de atuação, em articulação permanente com os demais técnicos da vigilância em saúde e da assistência, bem como, promover a participação das comunidades na discussão dos problemas de saúde de nível local, estabelecendo parcerias com outros órgãos que tenham relação direta ou indireta na resolução dos problemas elencados. Deste modo a categoria território serve para operacionalizar práticas sanitárias efetivas, que possam auxiliar na melhoria das condições de vida da população e na produção de saúde (GONDIM et al., 2008).

Para a realização do trabalho de campo proposto, o aluno deveria considerar os elementos organizacionais e técnicos do trabalho de territorialização na vigilância e promoção da saúde tais como:

Na dimensão organizacional, considerar a distribuição e localização no espaço das unidades de saúde, considerando acessibilidade e resolutividade a serviços e produtos de saúde, entendendo que o gestor local de posse destas informações possa planejar e alocar recursos (políticos, físicos, financeiros e tecnológicos) para atender as necessidades específicas da população do território (GONDIM et al., 2008).

Na dimensão técnica, a importância de compreender e analisar o processo saúde-doença na abordagem territorial, com identificação e espacialização dos fatores determinantes e condicionantes em suas múltiplas dimensões (social, econômica, política, ecológica e cultural), para que fosse possível identificar, circunscrever e localizar riscos e vulnerabilidades à saúde e ao ambiente de populações específicas em que atuavam para as intervenções em saúde (GONDIM et al., 2008).

Para análise territorial, a necessidade de coleta sistemática de dados para identificação de situações problema e necessidades em saúde de uma população específica e relacionar tecnicamente ao trinômio estratégico “informação-decisão-ação” da vigilância em saúde (GONDIM et al., 2008).

Ao se utilizar da categoria território como elemento estruturante de ação da vigilância em saúde desloca a significação do termo vigilância - de vigiar pessoas e lugares - para compreender e analisar contextos e produzir saúde, materializando-se em relação aos serviços de saúde oferecidos adequadamente as singularidades de pessoas e lugares (GONDIM et al., 2008).

O Proformar foi um curso de formação de nível médio para os trabalhadores de saúde, que pode ser considerado ponto de partida para ampliar o olhar de forma crítica e contextualizada, sobre o cotidiano do trabalho e as relações existentes entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, nos territórios de atuação dos profissionais alunos do curso (MONKEN; GONDIM, 2003).

A formação de um trabalhador coletivo que exerce atividades em favor da saúde e da vida com a utilização de instrumentos como o planejamento e a programação de ações desenvolvidas em consenso com a população, sendo um dos pilares de sustentação da vigilância em saúde (MONKEN; GONDIM, 2003).

Para orientar o processo de discussão e subsidiar a análise das perguntas formuladas no questionário proposto na metodologia se fez necessário trazer elementos dos eixos trabalho, educação e saúde, eixos transversais e utilizados no processo formativo.

No eixo trabalho, contextualizar o trabalhador objeto do estudo: quem são os guardas de endemia da Funasa? Qual o cotidiano do trabalho? Como se deu a municipalização destes profissionais?

No eixo educação, trazer elementos sobre educação profissional em saúde e a política de educação permanente do SUS. Outro ponto destacado refere-se à descrição do projeto político-pedagógico do Proformar.

No eixo saúde, discutir a vigilância em saúde e sua fundamentação, com destaque para a discussão do território considerado a base estruturante para construção e operacionalização dos projetos de intervenção nesta área.

Finalizando, trazer elementos da base territorial utilizada pelos alunos no processo pedagógico do trabalho de campo dos alunos: O município de Nova Iguaçu.

2 METODOLOGIA

Este estudo parte da necessidade de avaliar os alunos egressos do curso Proformar no município de Nova Iguaçu, realizado no período de 2004 até 2007, que exercem suas atividades no município.

Um curso de educação profissional dentro da política de educação permanente do SUS voltado para os guardas de endemia recém-municipalizados. Proposta formativa que tinha como produto final: ampliar o olhar dos profissionais nas diferentes atribuições da vigilância em saúde tendo como base estruturante o território.

2.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS.

A pesquisa terá como método o materialismo histórico dialético, onde o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica real na efervescência de uma sociedade, e a dialética como estratégia metodológica, um método de abordagem da realidade, em seu peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação (MINAYO, 2010).

No curso Proformar foram utilizados dois conceitos fundamentais no materialismo dialético, o *modo de produção* e a *formação social*.

No conceito referente aos modos de produção, a realização do trabalho de campo pelos alunos, o conhecimento/ reconhecimento das estruturas loco-regionais no âmbito econômico, jurídico-político e ideológico, bem como, análises do modo de produção e identificação da divisão do trabalho, as formas de produção, a circulação e consumo de bens, a população e os fluxos.

No conceito referente à formação social, a pesquisa realizada buscou compreender a formação social dentro de um território como uma forma de tomada de consciência do real, do concreto no cotidiano da vida que existe dentro do território (MINAYO, 2010).

O princípio da totalidade na interpretação dos resultados, visto que, para um melhor entendimento das relações reais se fazem necessárias a compreensão e a análise das partes de um todo, mediações e correlações concretas, seus determinantes e condicionantes. O princípio de que não existem certezas absolutas, nem verdades estabelecidas (MINAYO, 2010).

A utilização do referencial gramsciano para análise, sobretudo em estudos de educação em saúde, valoriza o campo ideológico não apenas como forma de dominação, mas também de conhecimento, identificando o dinamismo, o concreto e a historicidade das visões diferenciadas de mundo. Na análise, a importância da cultura, que confere ao sujeito singular

uma forma peculiar de perceber e de reagir diante de fenômenos que dizem respeito a sua visão de mundo (MINAYO, 2010).

2.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa se dará através da interação entre o método qualitativo e quantitativo, que de acordo com Minayo (2010, p.75) “A interação entre eles constitui um avanço para a compreensão dos problemas de saúde”, cada qual a sua maneira traduz as articulações presentes nos processos de saúde-doença considerando a singularidade das pessoas e da população.

Em síntese abordagens quantitativas e qualitativas não são incompatíveis e podem ser utilizadas num mesmo projeto de pesquisa, o estudo qualitativo pode responder questões levantadas em estudos quantitativos. O estudo qualitativo se aplica melhor ao estudo de situações particulares, grupos específicos. Ambos os métodos serão sempre um recorte, uma redução, uma aproximação do real, porém quando feito em conjunto promovem uma mais elaborada e completa construção da realidade (MINAYO, 2010).

Uma boa análise considera que existe uma relação inseparável entre o mundo natural e o social; entre o pensamento e a base material; entre objeto e suas questões; entre a ação do ser humano enquanto sujeito histórico e as determinações que a condicionam (MINAYO, 2010).

A escolha de um estudo de caso, considerado como um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado. Estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções.

A pesquisa ao utilizar entrevistas busca compreender o que foi apropriado da categoria território na qualificação profissional dos VISAU no município de Nova Iguaçu-RJ após o processo formativo Proformar, compreender o impacto dos conceitos trabalhados no decorrer do curso na realidade concreta dos alunos (MINAYO, 2010).

Para uma melhor compreensão dos problemas atinentes ao âmbito da saúde se faz necessária a utilização de categorias classificatórias que contemplem as diversidades e as diferenças, expressando as condições de vida e de trabalho, em espaços e tempos sociodemográficos e culturais específicos, categorias estas, explicitadas em uma tabela de usos e propósitos (MINAYO, 2010).

Categorias são conceitos classificatórios, constituem como termos carregados de significação, dentro do pensamento dialético, não são entidades, são construções históricas que atravessam o desenvolvimento do conhecimento e da prática social.

O curso Proformar foi construído baseado em diferentes categorias, que foram trabalhadas em unidades/módulos de aprendizagem em permanente interação com o cotidiano dos processos de trabalho dos alunos, a saber:

- 1- A vigilância em saúde e as novas práticas locais (unidade de aprendizagem I) discutidos no curso com os alunos nos módulos sobre: O SUS e a vigilância em saúde, o processo de trabalho da vigilância em saúde e o território e a vigilância em saúde;
- 2- Trabalho, condições de vida e situação de saúde (unidade de aprendizagem II) discutidos no curso com os alunos nos módulos sobre: O trabalho e ambientes saudáveis e informação e diagnóstico de situação;
- 3- Promoção e proteção da saúde (Unidade III) que faz a relação/inter-relação das unidades anteriores com a discussão sobre o planejamento em saúde e práticas locais e a educação e ação comunicativa.

Este estudo busca analisar especificamente a categoria território, se os alunos egressos do Proformar estão utilizando os conceitos discutidos durante o curso do seu cotidiano de trabalho.

Para realização da pesquisa optou-se pela construção de um questionário semiestruturado, visto que traz elementos de um questionário fechado para se captar aspectos gerais considerados relevantes, e aberto com a possibilidade do entrevistado explicitar as respostas.

Foi feita uma seleção prévia de perguntas baseadas na organização do sistema de saúde e a territorialização, amplamente discutidas no processo formativo, de como as ferramentas de espacialização estão sendo utilizadas nos processos de trabalho cotidianos destes trabalhadores.

Em suma, a primeira parte do questionário foi elaborada com categorias analíticas de modo a contextualizar o aluno no grupo estudado, bem como, os motivos, as facilidades e o grau de satisfação com o curso. Na segunda parte, as categorias operacionais, base da pesquisa de campo.

Para melhor análise de conteúdo foi construído o Quadro I de usos/propósitos, para cada item das perguntas formuladas referente à primeira parte do questionário:

QUADRO I Uso/Propósitos das categorias analíticas do questionário

I Identificação		
Pergunta descrição		Usos / Propósitos
Itens	Nome	Identificar o entrevistado no grupo estudado
	Idade	Verificar se o grupo estudado está em estratos etários iguais ou próximos
	Nome do tutor do Proformar	Verificar no grupo estudado o número de profissionais envolvidos na capacitação, e se este número interfere na análise dos resultados
	Vínculo	Conhecer o regime jurídico em que o trabalhador se enquadra e verificar os servidores em situações diferenciadas (com ou sem o direito de estabilidade). Verificar se essa diferença de vínculo interfere na análise dos resultados
	Tempo que trabalha na instituição	Indicar o tempo que o entrevistado atua na instituição. Verificar se entre os entrevistados a diferença de tempo de instituição interfere na análise dos resultados
	Tempo que atua como Coordenador de Campo	Indicar o tempo que o entrevistado atua na função. Verificar se entre os entrevistados a diferença de tempo na função interfere na análise dos resultados
	Locais em que atua/ou nos últimos 12 meses	Indicar o tempo que o entrevistado atua no lugar. Verificar a relação entre o tempo e a integração ao território
II Decisão de realizar o Proformar		
Pergunta descrição		Usos / Propósitos
Itens	Capacitação profissional	Indicar possível objetivo do aluno
	Exigência formal de titulação	Indicar conhecimento sobre a inexistência formal da instituição de participação no curso
	Gratuidade	Verificar se estes fatores foram motivacionais para a realização do curso
	Proximidade do trabalho	
	Liberação do trabalho	
	Relação com atividade exercida na instituição	

Itens	Após o término do curso realizou outros processos formativos	Verificar se o curso despertou interesse para outros processos formativos
	Participação em outros cursos assemelhados à proposta do Proformar	Verificar se a metodologia do curso despertou interesse para outros processos formativos com mesmo perfil metodológico
III Grau de satisfação com o curso		
Pergunta descrição		Usos / Propósitos
Itens avaliados com notas de 01 a 10	Curso de modo Geral	Verificar o grau de satisfação do curso em todos os seus aspectos na análise do aluno
	Relacionamento com colegas	Verificar se houve integração entre os profissionais durante a realização do curso
	Relacionamento com tutor	Verificar se houve integração entre os profissionais e o tutor durante a realização do curso
	Discussões realizadas em sala de aula	Verificar se a dinâmica utilizada em sala de aula proposta na metodologia foi bem aceita pelos alunos
	Realização do trabalho de campo	Verificar se a realização do trabalho de campo, base do processo formativo, foi bem aceita pelos alunos
	O material didático	Verificar se o material didático utilizado no curso foi adequado à expectativa do aluno

Na segunda parte do questionário as categorias operacionais, base da pesquisa de campo, separadas em duas concepções, que, embora não sejam divergentes, enfatizam aspectos distintos. A dimensão organizacional/gerencial se refere aos métodos, às técnicas e aos instrumentos gerenciais necessários para a operacionalização das práticas de vigilância em saúde. A dimensão técnica na perspectiva entre os modos de vida dos distintos grupos populacionais e as diversas expressões do processo saúde-doença (TEIXEIRA, 2001).

Para melhor análise de conteúdo das questões formuladas no questionário na parte IV sobre territorialização, foi construído o Quadro II de Usos / Propósitos, separados nas dimensões organizacional/gerencial e técnica.

QUADRO II Usos / Propósitos relacionados às categorias operacionais do questionário

IV Territorialização		
Dimensão Organizacional/Gerencial		
Pergunta descrição		Usos / Propósitos
Espacialização da rede de assistência e o acesso a serviços e programas de saúde	Localizar Unidades de saúde no território	Demonstrar conhecimento do aluno sobre a rede de assistência do território
	Acessibilidade da população a programas e serviços	Demonstrar conhecimento do aluno sobre a oferta de serviços e programas de saúde no território, considerando acessibilidade e resolutividade
	Organização da rede de assistência	Demonstrar conhecimento do aluno sobre a organização dos serviços de saúde no município, ao considerar distribuição e localização das unidades. Identificar se o aluno conhece no território a referência para os diferentes níveis de atenção
Espacializa no território Órgãos Governamentais e Órgãos não Governamentais	Se inter-relaciona no território com outros setores	Demonstrar se o aluno incorporou no cotidiano do trabalho a intersectorialidade
	Identificar potencialidades que podem ser utilizados no território para projetos de intervenção	Identificar se o aluno identifica no território as estruturas existentes para estabelecimento de parcerias nas ações de saúde
Dimensão Técnica		
Pergunta descrição		Usos / Propósitos
Processo saúde doença numa abordagem territorial	Doenças comuns no território	Identificar se o aluno conhece os problemas de saúde prioritários no território.
	Articulação com atenção básica	Identificar se o entrevistado trabalha articulado aos profissionais da atenção básica no território
	Relação entre condições de vida e problemas de saúde da população no território	Identificar se o entrevistado relaciona a prevalência de doenças com as vulnerabilidades socioambientais, políticas e culturais no território

Processo saúde doença numa abordagem territorial	Utilização de entrevistas	Verificar se o entrevistado se utiliza de entrevistas para identificar os problemas no território, na percepção da população
Circunscreve e espacializa problemas de saúde e população específicos para intervenções em saúde	Utiliza mapa para identificar problemas de saúde no território	Identificar se o entrevistado espacializa no mapa os problemas de saúde no território e correlaciona com os riscos e vulnerabilidades à saúde e ao ambiente
Circunscreve e espacializa riscos e vulnerabilidades à saúde e ao ambiente	Relação entre condições de vida e problemas de saúde	O entrevistado compreende e analisa os contextos para identificar os fatores de risco e vulnerabilidades à saúde e ao meio ambiente e os correlaciona com os problemas de saúde prevalentes no território
	Necessidades do território	
Utilização da Epidemiologia	Correlaciona epidemiologia aos problemas de saúde no território	O aluno identifica a importância da coleta sistemática de dados para identificação de situações problema e necessidades em saúde no território. O entrevistado correlaciona à informação epidemiológica e utiliza as informações para o planejamento das ações
Ações de promoção e vigilância em saúde	Projetos de promoção e vigilância em saúde	Identificar se o aluno participa de eventos de promoção e vigilância e as relacionam ao trinômio informação-decisão-ação da vigilância em saúde

Para localização dos alunos, foi feito um levantamento de todos os alunos egressos do curso Proformar em Nova Iguaçu, junto aos setores administrativos do NAD 12 e do NAD 13 e a listagem nominal dos tutores com respectivas turmas e número de alunos, os dados foram organizados nos Quadros III e IV.

QUADRO III Alunos que concluíram o curso de formação de agentes de vigilância em Saúde com respectivos tutores e turmas - Município de Nova Iguaçu – NAD12

Tutor	Turmas	Alunos
Alzeli B. Santos	2	55
Ayton C. Garcia	3	85
Benjamim C. Neto	3	72
Giseli M.S. Leão	3	74
Jose do Carmo N. Margarida	2	52
Marco Antonio P. Nascimento	3	88
Mario Sergio Ribeiro Nilton F. Silva	2	55
Rosana G. Coelho	2	54
Virginia S. Moreira	3	88
Nilton Fernando	2	54
Total	25	677

Fonte: NAD 12

QUADRO IV Alunos que concluíram o curso de formação de agentes de vigilância em Saúde com respectivos tutores e turmas - Município de Nova Iguaçu – NAD 13

Tutor	Turmas	Alunos
Ezequias Fagundes	03	85
Antonio Luis F. de Santana	02	44
Wellington	03	79
Leila	04	94
Cristiane Barbosa Benevides	03	71
Cleber Sena	01	21
Clodoaldo	01	27
Denerval Bastos	03	77
Flavio Luiz C. da Costa	02	51
Luiz Antonio A. de Paiva	02	41
Marcos V.S. de Barros	02	51
Maria de Fátima	01	52
Renato Maspero	01	26
Gutemberg de Oliveira Gusmão	02	52
Marcos Ramos Silveira	01	29
Total	32	800

Fonte: NAD 13

Juntos o NAD 12 e NAD 13 formaram 1477 alunos lotados nos municípios de Nova Iguaçu, Mesquita, Queimados, Nilópolis e Japeri – Municípios da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. Foram selecionados para pesquisa os profissionais que exerciam atividades no controle da dengue na Coordenação de Vigilância Ambiental do município de Nova Iguaçu.

Desta amostra, foi selecionado um grupo que tivesse representatividade, tanto geográfica, que contemplasse todas as regiões administrativas e suas microáreas, tanto gerencial, por conseguinte foram utilizados na pesquisa os supervisores gerais e supervisores de campo, aproximadamente 100 profissionais, distribuídos em todo o território de Nova Iguaçu.

Entendendo que o supervisor geral é o responsável pelo planejamento, acompanhamento, supervisão e avaliação das atividades operacionais de campo na unidade regional administrativa (URG), sendo o responsável por uma equipe de cinco supervisores de campo.

O supervisor de campo é responsável pelo trabalho realizado pelos agentes de saúde nas residências, sendo elemento de ligação entre os seus agentes, o supervisor geral e a coordenação municipal.

Ao se utilizar na pesquisa estas duas categorias profissionais é possível ter um retrato de todo os alunos formados nos NAD 12 e 13 de Nova Iguaçu, visto que, tanto o supervisor geral como o supervisor de campo possuem grande representatividade gerencial no trabalho realizado em diferentes territórios.

A pesquisa terá o apoio da Coordenação de Vigilância Ambiental, tanto da identificação dos coordenadores gerais e de campo, como na organização da aplicação dos questionários nas diferentes unidades administrativas do município.

A pesquisa se dará em três etapas, sendo a primeira, construção da concepção teórica que vai fundamentar os eixos trabalho, educação e saúde, bem como, a construção dos instrumentos necessários para o seu desenvolvimento.

Na segunda etapa será realizada a atividade de campo, constituída de cinco momentos distintos:

I - Levantamento junto à Coordenação de Vigilância Ambiental (CVA) do nome e lotação dos profissionais que estão atuando como supervisores gerais e supervisores de campo;

II – Os supervisores de campo serão separados de acordo com o setor regional em que atuam, a saber: Centro I, Centro II, Cabuçu, Patrícia Marinho, Posse, Miguel Couto, Vila de Cava, Tingua, Comendador Soares e Austin;

III – Aplicação do questionário para os supervisores de campo, por setor regional, em um dia com duração aproximada de 4 horas, tempo necessário para explicitar a proposta da pesquisa, distribuir o termo de consentimento para sua realização, distribuir e recolher os questionários preenchidos pelos alunos;

IV – A realização da aplicação dos questionários para os Supervisores Gerais se dará em um único momento na Coordenação Geral de Vigilância Ambiental do Município de Nova Iguaçu;

V- Os dados serão digitados e processados em planilhas do Microsoft Office Excel 2003.

Na terceira e última etapa os dados serão analisados criticamente frente ao referencial teórico adotado e ao quadro de usos e propósitos para as partes que compõem o questionário.

3 O TRABALHADOR: herdeiro do sanitarismo campanhista

A Funasa, instituição de lotação dos trabalhadores objeto da pesquisa é oriunda da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), órgão que resultou da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu)³, da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), com grande experiência nas atividades de combate às endemias de transmissão vetorial e grande penetração rural nos país. Sua estrutura operacional estava presente em todos os Estados brasileiros (FUNASA, 2004).

A SUCAM foi legítima herdeira de um dos mais antigos modelos de organização de ações de saúde pública do Brasil, denominado sanitarismo campanhista. O modelo era realizado de forma alienada, altamente normatizada e o profissional não participava ou se apercebia do conjunto de relações sociais envolvidos no trabalho cotidiano (FUNASA, 2004).

Os trabalhadores pesquisados estão enquadrados em regimes jurídicos diferentes, um grupo de profissionais são servidores públicos, regidos pelo regime estatutário e outro grupo são empregados públicos regidos pelo regime celetista.

Após a Constituição Federal de 1988 a administração pública passou a ter dois regimes – o estatutário e o da CLT. A Emenda Constitucional nº 19/98 em seu artigo 33 considera como não estáveis (regime CLT) aqueles admitidos na administração direta, autárquica e fundacional sem concurso público de provas ou de provas e títulos após o dia 5 de outubro de 1983.

[...] Atualmente, dentre esses servidores não estáveis, há pessoas que contam com até vinte e três anos de serviço público, mas não são estáveis. A promulgação da Carta Constitucional tem vinte e dois anos e, a despeito de terem sido realizadas muitas reformas no texto original, ainda vige a regra que lançou tais servidores nessa situação diferenciada. Essa regra da não estabilidade a determinado grupo de servidores públicos lesa os princípios constitucionais da igualdade, da dignidade da pessoa humana, da segurança das relações jurídicas, do valor social do trabalho, assim como os princípios da Administração Pública da moralidade e da eficiência. A estabilidade além de direito do servidor é instrumento com finalidade importantíssima para a Administração Pública, e suprimi-la causa prejuízo à atividade pública (MELO, 2011, p 27).

3-Em 1956 foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), que incorporou os programas existentes, sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (febre amarela, malária e peste) e da Divisão de Organização Sanitária (bouba, esquistossomose e tracoma), Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956.(BRASIL,1956),Seu regimento foi aprovado em 1957 através do decreto nº 40.870 (BRASIL,1957). <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=172076>

O trabalhador celetista foi demitido em junho de 1999 em obediência à política de corte de gastos públicos pelo então ministro da saúde José Serra. Estes iniciaram uma luta descrita no livro de Sergio Luís Reis “A resistência dos mata-mosquitos” e após 04 anos os funcionários foram reintegrados ao serviço público (REIS, 2005).

O grupo estudado traz a herança do sanitarismo campanhista da instituição, que segue até a atualidade e a história de luta de uma classe trabalhadora que se organizou e com apoio da justiça foi reintegrada em suas funções.

O curso, um processo de formação que resgata a trajetória destes profissionais, de suas lutas, seus saberes e os amplia sob a ótica da vigilância em saúde e da sua efetiva participação nos processos de trabalho, principalmente aqueles que se relacionam à territorialização.

[...] acumulação desses conhecimentos, especialmente aqueles que tomam como objeto a evolução histórica dos saberes e das práticas de saúde, permite hoje lançar-se um olhar sobre o passado, examinar o presente e explorar o futuro, tomando como eixo as concepções acerca da saúde e da doença, vigentes em determinados momentos, e as políticas e práticas de saúde que tais concepções embasaram. [...] (TEIXEIRA, 2001, p.78)

3.1 ATRIBUIÇÕES E PROCESSOS DE TRABALHO

No município, o trabalho destes profissionais, alunos do curso Proformar, ocorre principalmente no controle da dengue, e se dá através da visitação periódica a um número limitado de imóveis, onde são realizados a busca e o tratamento de focos do vetor responsável bem como ações de educação em saúde específica para atuação da população no controle de possíveis criadouros deste vetor (GONDIM et al., 2008).

De acordo com o manual de normas técnicas, as atividades operacionais de campo são desenvolvidas em uma área de abrangência restrita, denominada zona (área de zoneamento), que corresponderá à área de atuação e responsabilidade de um agente de saúde. Cada zona deverá ter de 800 a 1.000 imóveis. Assim, deverão existir maior vínculo e identificação do agente de saúde pública com a comunidade, onde ele desenvolve o seu trabalho (MS/FUNASA, 2001).

Em Nova Iguaçu, o Centro de Vigilância Ambiental (CVA) responsável pelo trabalho de controle do vetor da dengue, se estrutura administrativamente de forma descentralizada nas unidades regionais de governo (URG), onde em cada uma delas, existe a figura do

Coordenador Geral responsável pelas diferentes microáreas da região, sendo que, em cada uma delas existe um Supervisor de Campo que coordena 05 profissionais que realizam o trabalho casa a casa.

O trabalho é prescrito e amplamente divulgado através do manual de normas técnicas sobre dengue com instruções para o pessoal de combate ao vetor, neste encontramos enumeradas as atribuições em todos os níveis de hierarquia do trabalho realizado por estes profissionais (MS/FUNASA, 2001).

Dentro da hierarquização das atividades encontramos no manual orientação sobre o papel de cada profissional previsto no Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), desde o agente de saúde que tem atribuição da visita casa/casa, até o dos coordenadores de campo e gerais como se segue (MS/FUNASA, 2001):

3.1.1 O Agente

O agente é o responsável por uma zona fixa de 800 a 1.000 imóveis, visitados em ciclos bimensais nos municípios infestados por *Aedes aegypti*. Ele tem como 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.

3.1.2 Supervisor de Campo

Cabe ao supervisor de campo ser 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, em Nova Iguaçu localizada na Coordenação de Vigilância Ambiental.

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.

3.1.3 Supervisor Geral

O Supervisor Geral, segundo o manual, 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.

3.2 O CAMINHO PERCORRIDO ATÉ A MUNICIPALIZAÇÃO DE SUAS AÇÕES

Em 1991 o Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991, instituiu a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) com a incorporação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) e da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP). Absorveu, também, atividades das extintas Secretarias Nacionais de Ações Básicas de Saúde (SNABS) e de Programas Especiais de Saúde (SNPES), do Ministério da Saúde, além daquelas relacionadas à área de informática do SUS, até então desenvolvidas pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), (BRASIL, 1991).

Em dezembro de 1999 é publicada a Portaria nº 1.399, que regulamenta a NOB SUS 01/96 (BRASIL, 1996) no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal na área de epidemiologia e controle de doenças. As ações passam a ser executadas em conjunto, pelos servidores estaduais, municipais e do Distrito Federal, entre eles os servidores do quadro de pessoal da Funasa nos termos do artigo 20 da Lei n.º 8.270/91 (BRASIL, 1991).

Até o ano de 2003, a Funasa, trabalhou na estruturação e apoio às secretarias estaduais e municipais de saúde tanto tecnicamente, como financeiramente no intuito de organização da vigilância de fatores biológicos (vetores, hospedeiros, reservatórios, animais peçonhentos) e dos fatores não biológicos (contaminantes ambientais, químicos e físicos) de acordo com art. 2º do Decreto nº 3.450 de maio de 2000 (BRASIL, 2000) que estabeleceu sua competência na “Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde”.

Com a publicação da Portaria n.º 1.172/2004 (BRASIL, 2004) do Ministro da Saúde, a gestão do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, em âmbito nacional, passou a ser de competência da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde. Esta competência pertencia, anteriormente, à Funasa que passa a atuar em duas áreas finalísticas: Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas e Saneamento Ambiental. Alterado pelo Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010 que passa a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde para o Ministério da Saúde.

É importante destacar que por vários anos, a Funasa atuou na contramão da consolidação do SUS, com a justificativa que os municípios não estavam preparados para absorver técnica e politicamente atribuições que ultrapassam os limites municipais para o

combate de vetores (febre amarela e dengue, malária, doença de chagas, esquistossomose e outras endemias focais), como observamos no tempo entre a cessão e a efetiva consolidação do processo de execução das atividades na gestão municipal.

As constantes mudanças aliadas à demora de adesão ao SUS da instituição trouxeram insegurança e dificuldade para os trabalhadores se aperceberem das propostas da Reforma Sanitária, das modificações ocorridas no decorrer do processo no olhar da saúde, bem como, a inexistência de qualquer processo formativo até então que discutisse esses novos paradigmas.

2.3 RESIGNIFICAR OS PROCESSOS DE TRABALHO

Com processos de trabalho específicos para o controle do vetor da dengue e febre amarela. O Proformar busca ampliar o conteúdo do trabalho destes profissionais, de forma que eles possam avançar na compreensão dos problemas de saúde dentro do território de atuação em articulação permanente com os demais atores envolvidos no processo (GONDIM et al., 2008).

A necessidade de construir processos formativos em educação profissional em saúde que considerem a dinâmica societária geral, não como determinante, mas no entendimento que estes trabalhadores são sujeitos históricos, ativos e inseridos no processo. Contextualizar no trabalho e para o trabalho os dilemas, os conflitos e as contradições existentes numa perspectiva de questionamentos e análise do trabalho cotidiano revendo concepções, práticas e compromissos na perspectiva de intervir na realidade sanitária local (BAGNATO, 1999).

Oferecer a estes trabalhadores oportunidades efetivas de desenvolvimento integral, que venham de encontro com as necessidades e desejos dos trabalhadores lotados na coordenação de vigilância ambiental, responsáveis pelo controle da dengue, que apesar das dificuldades cotidianas, ainda veem os processos formativos com o olhar de esperança, de crescimento profissional e ampliação de conhecimento.

Estes trabalhadores ao retornarem aos bancos escolares, para discutir o cotidiano, realizar leituras em grupo com discussão dos textos, finalizando com a elaboração de diagnóstico ampliado do local em que exercem suas atividades e projetos de intervenção, foram capazes de dar uma significação social às suas práticas, suas vivências e seus saberes (RUMMERT, 2010).

Especificamente na área de vigilância em saúde que desde sua implantação no município passou por inúmeros treinamentos simplificados, reducionistas e aligeirados, investir em processos formativos para este trabalhador, resgatar sua importância na história da

saúde pública brasileira, propiciar voltar a si mesmo e aos outros, um olhar diferente (RUMMERT, 2010).

A vigilância em saúde propõe a formação de novos sujeitos, com ampliação do objeto de intervenção, que além dos determinantes clínico e epidemiológico, considera as determinações sociais. A intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e das tecnologias médico-sanitárias e inclui tecnologias de comunicação social, estimulando a população a se mobilizar e organizar-se em defesa de melhores condições de vida e saúde (TEIXEIRA, 2001).

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 (CAMPOS, 2007).

O saber e fazer, a teoria e a prática voltadas para a defesa da vida na dimensão quantitativa (anos de vida ganhos) e qualitativa (o prazer de viver) definidos pelos sujeitos do território (com capacidade de análise e de cogestão das próprias vidas). O entendimento que a vida no território é o resultado de aspectos históricos, socioeconômicos e políticos, local onde o agente não somente atua, mas é parte integrante (CAMPOS, 2007).

4 EDUCAÇÃO: políticas de educação profissional e o Proformar

No Brasil colonial o aprendizado relacional, é a vivência na realidade que se constrói na informalidade dos exemplos, os saberes e habilidades dos mais experientes. No colégio dos Jesuítas, uma primeira formalização de educação nos ofícios, uma formação necessária às tarefas do cotidiano das comunidades. Aprendizagem profissional destinada a órfãos e desvalidos, uma formação de caridade (CAMPELLO; LIMA FILHO, 2009).

A educação nesta concepção persistiu mesmo com a instauração da República, período em que as escolas de aprendizes artífices são criadas como política compensatória aos deserdados de fortuna.

No contexto da industrialização, início do ensino profissionalizante voltado para o atendimento das demandas (mercado). Um ensino dual (escola do pensar e a escola do fazer), estratégias diferenciadas para cada classe social: a escola primária e a profissional para a classe popular e, a escola secundária e superior para a burguesia.

Com a formação de uma nova sociedade: a sociedade industrial, uma nova concepção do ensino profissional, deixa de ser uma aprendizagem mais próxima do ofício e passa a uma aprendizagem mais adequada a organização fabril (CAMPELLO; LIMA FILHO, 2009).

A industrialização traz a necessidade de formar mão de obra adequada às necessidades do capital. Neste contexto a escola, dá ênfase na formação de profissionais que possam contribuir com a produtividade e conseqüentemente o aumento da riqueza nacional.

Em 1971(Lei nº 5.692/71), a educação profissional deixa de ser limitada a estabelecimentos especializados e passa a ser compulsória para o ensino do 2º grau, voltando a ser restrita a estes estabelecimentos em 1982 (Lei nº 7.044/82). Somente em 1996 (Lei 9.394/96) que pela primeira vez, uma lei geral da educação brasileira consta de um capítulo específico para a educação profissional, capítulo regulamentado através do decreto nº 2.208 com definição de três níveis: o básico, o técnico e o tecnológico (CAMPELLO; LIMA FILHO, 2009).

Nos anos noventa com as mudanças do mundo do trabalho e, em resposta às novas exigências de competitividade, produtividade e de inovação do sistema produtivo, a educação promove uma reformulação nos sistemas educacionais de formação profissional. Ressaltamos que essas reformas baseavam-se no conceito de competências e tinham apoio financeiro e orientação de organismos internacionais como o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), a Organização

das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e a Organização Internacional do trabalho (OIT).

A manutenção histórica da dualidade estrutural da educação brasileira, que apesar da revogação do decreto 2.208, que abre a possibilidade de articulação entre o ensino médio e a educação profissional, é mantida a alternativa do ensino profissional separado do ensino médio - a separação do agir e pensar - uma educação profissional aligeirada, voltada para o mercado e uma determinada classe social (CAMPELLO; LIMA FILHO, 2009).

4.1 EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

A formação profissional é recente e refere à capacitação para e no trabalho, uma relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Formada por projetos contraditórios, uma concebe a política de educação profissional como forma de adaptação dos trabalhadores ao existente, a idéia do trabalhador disciplinado, adestrado e aliado à organização do trabalho de forma fragmentada com parcelarização das tarefas, a “racionalidade” mecânica taylorista, a outra contra-hegemônica, concebe a formação dos trabalhadores no seu viés de transformação, a partir do entendimento das condições históricas que produzem e reproduzem o próprio capitalismo periférico dependente, apontando formas de luta e superação de uma sociedade injusta e desigual, ou seja, uma sociedade solidária, onde trabalho e o cuidado não sejam tratados como mercadoria (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Uma luta entre projetos, de um lado o conhecimento se converte em força produtiva, realizado de forma sistemática e parcelado atendendo ao mundo regido sob o capital e passa a ser propriedade privada dos meios de produção, que com a mudança dos novos modelos produtivos apresenta novas tendências, como a flexibilização, multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores, que na maioria das vezes, leva a qualificação profissional a se reduzir a meros treinamentos (PEREIRA; RAMOS, 2006).

De outro lado concorre o projeto de uma educação que trás a noção de politecnia implica que, se aprende praticando, mas ao praticar, são compreendidos princípios científicos em que se baseiam a forma de organização da sociedade. “O Trabalho como princípio educativo” uma formação ética, política e técnica, uma educação que dialoga com as circunstâncias societárias atuais. Formar trabalhadores para serem dirigentes comprometidos com um projeto de saúde pública ampliado, com humanização dos serviços e construção de uma sociedade justa e igualitária (PEREIRA; RAMOS, 2006).

O resgate da educação profissional plenamente pública, como formação humana e como práxis transformadora das relações trabalho-tecnologia-profissão-educação com uma proposta política pedagógica concreta e coerente. Sua aplicação exige pesquisa e reflexão no campo dos currículos, livros de textos, capacitação de professores e metodologias. Hoje apesar do insucesso da proposta da politecnia como formulação normativa do texto legal, não significa sua proibição, nem a inviabiliza. A própria discussão da educação profissional como formação humana, já inicia o caminho de recuperação da educação profissional como práxis transformadora (LOBO NETO, 2009).

Do ponto de vista legal - a atual Legislação Educacional, conforme prevista no art. 39 da Lei 9.394 e no Decreto 5.154, de 23 de julho de 2004 -, a educação profissional em saúde compreende a formação inicial ou continuada, a formação técnica média e a formação tecnológica superior. Ela pode ser realizada em serviços de saúde (formação inicial ou continuada) e em instituições de ensino (formação inicial ou continuada, formação técnica e tecnológica). A formação técnica compreende as formas de ensino integrado, concomitante ou subsequente ao ensino médio [...]. (PEREIRA; LIMA, 2009.p.187)

Com o propósito de promover transformações nas práticas de saúde, o governo Lula adotou do eixo da política de educação profissional em saúde, a educação permanente, onde a reflexão crítica das práticas reais de profissionais em ação na rede de serviços se dá com a construção de estratégias contextualizadas de educação que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas (PEREIRA; RAMOS, 2006).

4.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004 Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004).

A Portaria foi publicada levando em consideração a aprovação da proposta do Ministério da Saúde de “Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 04 de setembro de 2003 e tinha como proposta a execução de políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor saúde (BRASIL, 2004).

A legislação considera a integração entre o ensino da saúde, e o exercício das ações e serviços. Conceito pedagógico de “ensino problematizador” (inserido na realidade do educando) e da “aprendizagem significativa” (interessada nas práticas cotidianas do educando). Um ensino baseado em responder perguntas do universo concreto do aluno e gerando perguntas sobre o ser e o atuar no mundo, não de forma mecânica, mas participativa, uma “prática de ensino-aprendizagem” (CECCIM; FERLA, 2009).

A educação permanente em saúde pode ser considerada como uma opção político-pedagógica (CECCIM; FERLA, 2009), que traz a responsabilidade do Ministério da Saúde na consolidação da reforma sanitária brasileira, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva, de ordenar a formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e de articular os componentes de gestão, atenção e participação popular com o componente de educação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2004).

Segundo o texto legal, a Educação Permanente, é o conceito pedagógico no setor da saúde que efetiva as relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde e realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva. (BRASIL, 2004), sendo a estratégia adotada pelo SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a Saúde.

[...] a lógica da integração ensino-serviço apresenta limites enquanto estiver circunscrita aos aspectos metodológicos e não avançar para a construção de referenciais políticos e epistemológicos da educação profissional em saúde. [...] a formação do trabalhador em saúde, muito além de ser orientada pelo e para os serviços de saúde, estando a eles integrados, deve ser orientado pela e para a emancipação humana, devendo se integrar a totalidade contraditória da realidade social. (PEREIRA, RAMOS, 2006, p.109)

4.3 PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE AGENTES LOCAIS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PROFORMAR)

O avanço na descentralização do SUS indicou uma série de novas atribuições e responsabilidades aos gestores e a necessidade de formar milhares de profissionais para

garantir a qualidade da atenção à saúde. Ao mesmo tempo, novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da saúde passaram a exigir novos perfis profissionais (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

O Proformar é um projeto político-pedagógico no setor saúde comprometido com as novas práticas em saúde e com os avanços tecnológicos do SUS, uma proposta de ensino e de aprendizagem dirigida aos trabalhadores, processo este formativo e de abrangência nacional. Articula-se com a estratégia da educação permanente, diretriz fundamental da nova Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

O Proformar integra o processo ensino-aprendizagem ao processo de trabalho, desenvolvendo novos instrumentos para a organização tecnológica das práticas de saúde, tem o olhar no desenvolvimento do cidadão e não apenas do técnico, valoriza o conhecimento e a realidade dos alunos na busca de transformar suas práticas de saúde e a realidade sócio-sanitária local (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

Todo o plano de curso foi desenvolvido para ter o acompanhamento de um Tutor, em uma relação que privilegiará o diálogo, valorizando o histórico e a compreensão individual de cada aluno (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

A proposta do Programa buscava contribuir para resignificar a noção de competência pautada nas necessidades do mercado, se utilizando do modelo epistemológico em construção o crítico-emancipatório que, de acordo com Deluiz (2001), possui seus fundamentos teóricos no pensamento crítico-dialético, considerando facetas que vão do individual ao sociocultural, situacional (contextual-organizacional) e processual, não devendo ser confundida com mero desempenho. Sua construção é balizada por parâmetros socioculturais e históricos, e deve, em um sentido que atenda aos interesses dos trabalhadores.

Encontramos no material didático do tutor a expressão reconstrutiva para designar a metodologia, construída a partir da matriz crítico-emancipatória, com propósitos de motivar de forma criativa alunos e professores a aprender a aprender, colocando-os diante de situações concretas de vida como parte do aprendizado e avançar no conhecimento a partir do que já se conhece, ou seja, aquela que, diante de novas situações de aprendizagem, reelabora o saber prévio no sentido da construção de um novo saber, procura questionar e compreender tudo o que envolve uma dada realidade existente, ou seja, fatos, eventos e circunstâncias socioculturais, econômicas, ambientais e epidemiológicas, que ocorreram ao longo do tempo (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

No curso, os pressupostos teóricos da concepção pedagógica não se baseavam no ensino como mera transmissão de conteúdos, nem a cultura e a aprendizagem como

acumulação de conhecimentos, a idéia de aprendizagem reconstrutiva, baseada em uma metodologia que parte da cultura experiencial do aluno, privilegiando a investigação e a reelaboração do conhecimento como estratégias para uma aprendizagem significativa (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

Defendemos, porém, que a construção efetiva de conhecimento pressupõe ultrapassar as fronteiras do senso comum enquanto um saber arraigado no cotidiano. Por isso os aprendizados reais, mesmo contextualizando-se em situações concretas, devem buscar suas raízes na ciência. Em outras palavras, a transferência ocorre efetivamente a partir do conhecimento descontextualizado, que se objetiva em contextos diversos, como produto que supõe múltiplas recontextualizações e descontextualizações. (RAMOS, 2002, p.19)

A importância da abordagem histórico-crítica, na valorização dos conteúdos que são sistematizados historicamente pelo conjunto das disciplinas, reconhecendo as condições de sua produção e a noção de politecnia, como forma de superação de uma concepção de profissionalização que tem como pressupostos a fragmentação do trabalho em especialidades autônomas e a divisão do trabalho manual do intelectual. Entendendo o trabalho como princípio educativo, a educação profissional baseada na politecnia estabelece como essencial o domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que caracterizam o processo de trabalho, dos princípios de como a natureza e a sociedade estão constituídas, bem como a capacidade de aplicar esse conhecimento na sua transformação (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

A superação da noção de competências pautada nas necessidades e demandas estritas do mercado, procurando levar em conta a dinâmicas e as contradições do mundo do trabalho (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

Dentro da concepção pedagógica adotada, o curso tinha como objetivos:

Oferecer aos profissionais subsídios teórico-práticos relativos à globalidade do processo de trabalho da Vigilância em Saúde, que contribuam para a adoção de uma prática mais crítica, reflexiva e inovadora;

Promover oportunidades de reconhecimento, análise e discussão sobre o espaço-território de atuação desses profissionais, visando a elaboração de diagnóstico da situação de saúde e condições de vida, a identificação de situações-problema e de propostas de intervenção;

Contribuir para a construção de um projeto político-pedagógico no setor saúde, que tenha como função formar trabalhadores-cidadãos comprometidos com as novas práticas em saúde e com os avanços tecnológicos do SUS;

Auxiliar na estruturação do Sistema Nacional de Informações em Vigilância em Saúde, a partir de dados e informações produzidos por esses profissionais no nível dos Estados e Municípios.

Os diferentes níveis de escolaridade, competências e vínculos dos alunos, aliados a uma proposta de formação articulada com a política de educação permanente do SUS de acordo com Portaria Nº 198/GM/MS (BRASIL, 2004), fez com que a proposta metodológica fosse a de resgatar experiências dos agentes, estabelecendo relações fundamentais entre teoria/prática, ensino/trabalho, de modo a permitir uma reflexão sobre sua atuação no setor saúde. Uma contribuição para a profissionalização e conseqüentemente fortalecer a gestão do trabalho no SUS, no âmbito da desprecarização do trabalho em saúde.

O curso foi desenvolvido em uma modalidade de ensino que conjuga momentos presenciais e momentos à distância, carga horária total de 168 horas, distribuídas em 104 horas de estudos à distância e 64 horas de momentos presenciais (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

Deste modo para viabilizar o processo ensino-aprendizagem foi desenvolvido para o curso sete livros-texto, que se articulam com outros materiais – os vídeos, o Guia do Aluno, o Caderno de Atividades do Trabalho de Campo e o Guia do Tutor, como orientadores na composição de diferentes ambientes de aprendizagem objetivando permitir um diálogo crítico com as diversas propostas operacionais no campo da Vigilância em Saúde (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

Para facilitar articulação dos temas propostos, o curso foi dividido em Unidades que se inter-relacionavam com a atividade de campo, sendo que as Unidades I e II apoiavam o diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde da população no território e a Unidade III auxiliava na elaboração de propostas de intervenção sobre os problemas identificados (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

Os vídeos, utilizados nos 04 momentos presenciais, auxiliavam na introdução dos principais conceitos a serem desenvolvidos na Unidade de Aprendizagem sensibilizando os trabalhadores como sujeitos ativos na construção da qualidade da atenção no SUS. Todo o processo acompanhado por um professor-tutor, orientador de todo o processo de aprendizagem (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

De acordo com o exposto na organização metodológica e material didático do curso, o total da carga horária prevista foi distribuída nas três Unidades de Aprendizagem da seguinte maneira:

UNIDADE DE APRENDIZAGEM I - 1º momento presencial: 16 horas - Vigilância em Saúde e as Novas Práticas Locais

Módulo I – O SUS e a Vigilância em Saúde (estudo à distância – 12h e trabalho de campo 8h)

Módulo II - O Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde (estudo à distância - 10 h e trabalho de campo - 4 h)

Módulo III – O Território e Vigilância da Saúde (estudo à distância - 10 h e trabalho de campo: 4 h)

UNIDADE DE APRENDIZAGEM II – 2º momento presencial: 16 horas - Trabalho, Condições de Vida e Situação de Saúde

Módulo IV – Trabalho e Ambientes Saudáveis (estudo à distância - 10 h e trabalho de campo- 4 h).

Módulo V – Informação e Diagnóstico de Situação (estudo à distância - 10 h e trabalho de campo - 4 h).

UNIDADE DE APRENDIZAGEM III - 3º momento presencial: 16 horas - Promoção e Proteção da Saúde

Módulo VI – Planejamento em Saúde e Práticas Locais (estudo à distância - 10 h e trabalho de campo - 04 h).

Módulo VII – Educação e Ação Comunicativa (estudo à distância - 10 h e trabalho de campo- 04 h).

Fazia parte do processo a criação dos Núcleos de Apoio à Docência (NAD) que abrigava no máximo 05 tutores, com plantões de 08 horas semanais para atendimento de seus alunos, ou através de um serviço 0800, além dos momentos presenciais previstos. Os NAD funcionavam como estruturas de apoio logístico e operacional das atividades dos tutores e dos alunos. Sua localização foi definida em função do número, distribuição e acesso dos alunos, bem como, as estruturas de regionalização existentes nos estados e da infraestrutura necessária ao seu funcionamento.

O tutor, selecionado através de análise curricular, é um educador que assume para além das atividades da sala de aula, a responsabilidade e o acompanhamento dos avanços e dificuldades de cada aluno no processo de construção do conhecimento, para tanto, cada turma era composta de no máximo 30 alunos, que separados em 06 grupos desenvolviam o

trabalho de campo em áreas escolhidas pelo grupo, além de uma série de atividades desenvolvidas para dar significado ao aprendizado como as dinâmicas de sala de aula de discussão dos textos, as discussões dos vídeos, a análise de fotografias, o mapeamento, o esclarecimento de dúvidas e a problematização de questões polêmicas (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

Os tutores selecionados receberam treinamento sobre a metodologia do curso e de como aplicar a proposta durante o processo formativo, para tanto, foi utilizado momentos presenciais e de trabalho de campo para construir o diagnóstico de um território, sendo utilizada a localidade onde o curso foi realizado. Após este diagnóstico os tutores/alunos discutiam entre seus pares e realizavam a construção de planilha de planejamento dos problemas elencados na visita ao território. Momento do treinamento que permitiu aos alunos/tutores uma aproximação com todas as ferramentas que seriam utilizadas durante o processo de aprendizagem proposta no processo formativo.

Dentro da estruturação pedagógica que articula ensino-serviço, o curso não retirava o aluno de seu processo de trabalho, ao contrário, foi neste espaço que se desenvolveu o trabalho de campo, e se relacionou conteúdos dos módulos temáticos com a realidade de organização dos serviços e com a situação de saúde da população. Esta relação foi construída a partir da observação do aluno e do uso de ferramentas de produção de informações (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

Deste modo o trabalho de campo, previsto como eixo da proposta metodológica do curso, buscou relacionar conteúdos através do método observacional e do uso pedagógico de ferramentas de produção de informações, como entrevistas, imagens fotográficas e mapa. O aluno teria instrumentos para desenvolver um diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde da população no seu território de atuação (Unidades I e II) e condições de elaborar propostas de intervenção sobre os problemas identificados (Unidade III) (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

Uma das ferramentas consistia no levantamento dos indicadores no município e no local escolhido para a pesquisa. Este recurso pedagógico foi importante na ampliação do olhar do aluno sobre os determinantes demográficos sociais e culturais nos indicadores de saúde dos territórios trabalhados.

As etapas ocorriam concomitantemente com os momentos presenciais para que existisse interação entre o aluno e o seu tutor na análise dos dados e discussão com o grupo sobre as características loco-regionais.

Outro ponto a ser destacado foi a importância dada ao ouvir a população residente dentro do território (através do preenchimento de questionários), seus hábitos e sua concepção sobre os problemas que lhes afetavam direta ou indiretamente para contrapor aos dados pesquisados. Foi utilizado o mesmo recurso para os gestores locais que eram entrevistados pelos alunos em suas atividades de campo.

O recurso da fotografia e a construção de mapas (identificando locais comuns ao território) foram importantes para discussão com os alunos sobre a dinâmica da população local e facilitando a etapa posterior da realização das oficinas de planejamento estratégico e construção das planilhas.

Dentre as competências elencadas para o tutor encontramos descrito no material didático: Orientar a aprendizagem reconstrutiva, desenvolver ambientes favoráveis à aprendizagem, introduzir a pesquisa como princípio educativo, praticar um relacionamento individualizado com o aluno, acompanhar e avaliar o processo de desempenho do aluno (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

Os alunos no final do processo formativo deveriam ser capazes de:

Unidade I – Se reconhecer como sujeito no processo atual de construção e consolidação do SUS, estabelecer relações entre suas práticas e os princípios e diretrizes do SUS, compreender a diferença dos modelos assistenciais, entender a vigilância em saúde como uma forma de organização do processo de trabalho, compreender o conceito ampliado de saúde e as propostas da promoção da saúde, reconhecer as diferenças e as relações dos processos de trabalho que compõem a vigilância em saúde, reconhecer seu papel junto às equipes e na comunidade, se sentir envolvido e corresponsável pelas mudanças nas práticas, compreender os conceitos, as práticas e como se articulam a promoção em saúde e a vigilância em saúde nos processos de trabalho, demonstrar conhecimento do território, sua dinâmica e as condições de saúde da população.

Unidade II – compreender o trabalho como ação humana, reconhecer situações de risco nos ambientes de trabalho, identificar problemas ambientais decorrentes de atividades produtivas, identificar as principais endemias da sua região e correlacionar à criação de ambientes saudáveis e os níveis de qualidade de vida, articular a idéia de desenvolvimento sustentável com a produção social de saúde e doença, identificar e monitorar riscos e agravos à saúde que afetam a qualidade de vida, compreender os conceitos de problema e agravos, para além das doenças, identificando os fatores condicionantes e determinantes, perceber a importância da informação para o trabalho de vigilância em saúde, realizar um diagnóstico das condições de vida e situação de saúde de um território/população, compreender os

problemas, as necessidades e as potencialidades da população de sua área de atuação, mapear, mesmo de forma rudimentar, seu território e articular o aprendizado do curso com o trabalho de campo.

Unidade III – Compreender o planejamento como importante dimensão de seu processo de trabalho, construir e identificar no diagnóstico realizado os principais problemas relativos à saúde da população de sua área de atuação, distinguir os diferentes atores e estabelecer estratégias inter e intrasetoriais, correlacionar o aprendizado com a seleção de problemas e o planejamento das intervenções, compreender a educação como prática que se desenvolve em diferentes ambientes e espaços sociais, superar a visão normativa de educação e compreender a educação como possibilidade de fortalecimento da participação popular, reconhecer o processo comunicativo como bidirecional, perceber os processos positivos e perversos no uso dos meios de comunicação de massa, mobilizar ações de educação e comunicação junto à comunidade e finalmente estabelecer estratégias multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais no sentido do enfrentamento dos problemas identificados e na melhoria de vida da população (BATISTELLA; GONDIM; MONKEN, 2003).

O desafio era tornar os profissionais capazes de diagnosticar, planejar e elaborar planos de ação/intervenção dos problemas elencados no território em conjuntos com os demais trabalhadores do SUS e de outros setores. A proposta político pedagógica do Proformar tinha como um dos objetivos oferecer subsídios teórico-práticos relativos à globalidade do processo de trabalho da Vigilância em Saúde contribuindo para a adoção de uma prática mais crítica por parte dos trabalhadores.

Ao final do curso o aluno recebia o certificado de qualificação profissional em Vigilância em Saúde.

5 VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A vigilância em saúde traz consigo um olhar contra-hegemônico da “mercantilização” da prevenção, e propõe a formação de novos sujeitos políticos coletivos, que se mobilizam pela transformação das condições e dos modos de vida dos diversos grupos populacionais (TEIXEIRA, 2001).

A proposta finalística do curso era elevar os níveis de consciência política coletiva, ao propor o diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida da população onde o profissional exercia suas atividades.

Na formação do agente de vigilância em saúde a importância da discussão com os alunos das lutas hegemônicas e contra-hegemônicas no território, bem como as mediações existentes, em um processo de aprendizado de conhecer/reconhecer o território, onde a partir da concepção do real, seja possível a tomada de consciência de forma crítica de sua participação no processo. Um passo para a autoconsciência.

Antonio Gramsci, na Filosofia da Práxis, do volume I dos cadernos de um cárcere traz elementos para uma melhor compreensão da discussão de hegemonia.

Quando uma concepção de mundo se transforma em um movimento cultural, produzindo atividades práticas, manifestadas na arte, no direito, nas atividades econômicas e em todas as manifestações de vida individuais e coletivas, “ideologia” significa que está cimentada e unificada no bloco social, onde estratos intelectualmente superiores não se destacam dos inferiores (GRAMSCI, 2004).

Uma filosofia da práxis, desenvolvida a partir de indivíduos singulares deve se basear no senso comum para inovar e tornar crítica uma atividade existente, na superação do pensamento concreto existente. A relação entre a filosofia e o senso comum é assegurada pela “política” (GRAMSCI, 2004).

Para compreender a si mesmo de forma crítica, é importante considerar as lutas hegemônicas (processos de disputa interna) no campo da ética e da política para elaboração da própria concepção do real. Ter consciência da sua participação neste processo é o primeiro passo para a autoconsciência, na qual teoria e prática se unem. O desenvolvimento político e filosófico do conceito de hegemonia implica e supõe uma unidade intelectual e ética adequada a uma concepção do real, que supera o senso comum de forma crítica.

Novas concepções de mundo se difundem e tornam-se populares por razões políticas e em última instância, sociais. O elemento formal, o elemento de autoridade e o elemento organizativo são importantes no processo após estas novas orientações (concepções de

mundo) já terem sido colocadas, tanto individualmente, como coletivamente. Para substituir o senso comum e velhas concepções de mundo torna-se necessária a repetição de seus argumentos (em formatos diferentes), e principalmente trabalhar na criação de elites de intelectuais de novo tipo, nas camadas populares, e que permaneçam em contato com elas, para que efetivamente se modifique o “panorama ideológico” de uma época (GRAMSCI, 2004).

Adesão ou não adesão de massas a uma ideologia é o modo pelo qual se verifica a crítica real da racionalidade e historicidade dos modos de pensar. Construções arbitrárias são mais ou menos rapidamente eliminadas, já as construções que correspondem às exigências de um período histórico, complexo e orgânico terminam por se impor e prevalecer (GRAMSCI, 2004).

Deste modo, entender que a organização cultural que movimenta o mundo ideológico e seu funcionamento prático difere, porque o Estado, ainda que os governantes digam ao contrário, não tem concepção unitária, coerente, com intelectuais desagregados em vários estratos e no interior de um mesmo estrato (movimentos hegemônicos e contra-hegemônicos entre classes e frações de classe) (GRAMSCI, 2004).

Neste contexto, o aluno ao construir o diagnóstico do território deve perceber os movimentos hegemônicos e contra-hegemônicos existentes no território, bem como, se aperceber das mediações existentes do cotidiano das relações-socioculturais, econômicas, ambientais e epidemiológicas que ocorreram e que ocorrem na localidade.

A importância de conhecer/reconhecer o território e criar laços com a população assistida faz dos agentes de vigilância em saúde (novos sujeitos políticos coletivos) agentes capazes de mobilizar a localidade com a participação de diferentes atores locais, visando a transformação das condições e dos modos de vida dos diversos grupos populacionais.

[...] sujeitos sociais comprometidos com uma prática sanitária voltada para generosidade, a solidariedade e a ética na luta pela saúde e qualidade de vida, representa uma aposta na planificação e gestão de um sistema de saúde que se pretende efetivo, democrático, humanizado e equânime [...]. Portanto, a explicitação, a disseminação e a apropriação desses valores pelas classes subalternas e seus intelectuais orgânicos poderá favorecer a construção de identidades capazes de influir na mobilização de subjetividades e vontades políticas para a concretização de práticas epidemiológicas e de gestão comprometidas com os princípios e diretrizes do SUS. (PAIM, 2006, p.95)

A união de diferentes áreas de conhecimentos, a inter e transdisciplinariedade como pressuposto para a formação de profissionais da vigilância em saúde, profissionais coletivos e envolvidos com os princípios e diretrizes do SUS.

5.1 CONHECIMENTOS INTER/TRANSDISCIPLINARES NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS.

O desafio de atuar enquanto saúde do público, que tem como objetivo as práticas e os saberes em saúde, referidos ao coletivo enquanto campo estruturado de relações sociais onde a doença adquire significação requer uma atuação inter/transdisciplinar, que possibilite atuar em todos os objetos de intervenção inclusive no seu caráter subjetivo (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Em 1974, no Canadá, são definidas as bases de um movimento pela promoção da saúde, sendo institucionalizado através da carta de Ottawa em 1986 que traz como principais elementos: a integração da saúde como parte de políticas públicas saudáveis; atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; reorientação dos sistemas de saúde e ênfase na mudança dos estilos de vida.

Em 1974, no Canadá, o documento conhecido como relatório Lalonde (Dener, 1988) define as bases de um movimento pela Promoção da Saúde, trazendo como consigna básica adicionar não só anos à vida, mas vida aos anos. Estabelece o modelo do “campo da saúde” composto por quatro pólos: *a biologia humana* que inclui a maturidade e o envelhecimento, sistemas internos complexos e herança genética; *o sistema organizacional dos serviços*, contemplando os componentes recuperação, curativo e preventivo; *o ambiente*, que envolve o social, o psicológico e o físico; e, finalmente *o estilo de vida*, no qual podem ser considerados a participação no emprego e riscos ocupacionais, os padrões de consumo e os riscos das atividades de lazer.[...] (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p.44)

Neste contexto, a saúde coletiva amplia seu objeto de intervenção a partir da noção de qualidade de vida e promoção da saúde – Vigilância em Saúde – modelo que contempla o processo saúde/doença na coletividade e se fundamenta na epidemiologia e nas ciências sociais. Desse modo, mais do que qualquer outro movimento ideológico absorve conhecimentos inter/transdisciplinares e contempla tanto a ação do Estado quanto o compromisso da sociedade para a produção de ambientes e populações saudáveis (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Esta ampliação do objeto, que vem sendo construída a partir da década de 1970 resulta da crítica aos diferentes movimentos e projetos em saúde que ocorreram nos países capitalistas e da relação entre saúde/doença como processos de produção e reprodução social (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

A nova perspectiva mediante políticas públicas saudáveis e participação da sociedade nas questões de saúde, condições e estilos de vida, demanda novos processos formativos que tenham como eixos fundamentais a investigação e a articulação com os serviços de saúde e outros setores pertinentes, produzindo lideranças setoriais e institucionais (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Estes novos conceitos privilegiam articulações em diferentes dimensões da reprodução social, a reprodução biológica (capacidade imunológica e herança genética); a reprodução ecológica (considera a interação dos indivíduos/grupos com o ambiente residencial e do trabalho); reprodução das formas de consciência e comportamento (cultura) e a reprodução das relações econômicas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

Ao considerar as necessidades e determinantes socioambientais (controle de riscos, danos e causas) a saúde coletiva se reatualiza na reflexão e ação e privilegia quatro objetos de intervenção: político (formas de distribuição do poder); práticas (comportamentais, relacionais e culturais); técnicas (organização e regulação dos recursos e processos produtivos); e instrumentos (intervenção nos processos saúde/doença) (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

A incorporação da noção de “risco” e especialmente a busca de identificação dos “fatores de risco” envolvidos na determinação das doenças, não só as infecto-contagiosas mas principalmente as crônico-degenerativas, que passavam a ocupar um lugar predominante no perfil epidemiológico das populações em sociedades industriais, vem provocando a modernização das estratégias de ação no campo da Saúde Pública. Isso se dá tanto pela ampliação e diversificação do seu objeto quanto pela incorporação de novas técnicas e novos instrumentos de geração de informação e organização das intervenções sobre “danos”, “indícios de danos”, “riscos” e “condicionantes e determinantes” dos problemas de saúde (TEIXEIRA, 2001, p.67).

O novo modelo proposto, o da vigilância em saúde, articula a epidemiologia, o planejamento e as ciências sociais em saúde e traz consigo a incorporação de novos sujeitos: de diferentes categorias profissionais de trabalhadores da saúde, bem como, o envolvimento da população organizada dos novos processos de trabalho propostos (TEIXEIRA, 2001).

Destacamos ainda que a proposta de vigilância em saúde transcende os espaços institucionalizados da saúde e se expande para outros setores e órgãos da administração governamental e não governamental, envolvendo uma gama de entidades representativas dos diferentes interesses de diversos grupos sociais (TEIXEIRA, 2001).

A vigilância em saúde, dentro do futuro da prevenção como um local que trabalha com cenários, constrói alternativas e levanta hipóteses dentro da perspectiva de tendências colocadas no passado e dos desafios do presente, considerando limites de acesso a bens e serviços do território. A imprescindibilidade da participação de diversos grupos sociais na luta de interesses coletivos, participando dos processos de formulação e implementação de políticas voltadas para a melhoria das condições de vida (TEIXEIRA, 2001).

A necessidade de formação dos profissionais para atuar na vigilância em saúde pressupõe se destacar as relações sociais, a inter/transdisciplinaridade, a intersetorialidade, a participação social e a articulação ensino-serviço-comunidade (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

A demanda destes profissionais associada à cessão dos guardas de endemia oriundos da Funasa foi o ponto de partida para a realização do Proformar, curso no qual, foram utilizados os conceitos propostos na vigilância em saúde ao realizar um diagnóstico da situação de saúde no território, se utilizando de diversas disciplinas e em permanente articulação com o serviço, a comunidade e bem como as discussões realizadas em sala de aula para consolidação da proposta.

O curso proporciona ao aluno, através do diagnóstico do território, a possibilidade de conhecer a realidade do seu espaço/local de atuação contrapondo com outras realidades (dados do município, municípios circunvizinhos, Estado). A construção deste diagnóstico se deparando com as singularidades loco regionais, serve como base para operacionalizar o planejamento estratégico envolvendo outros atores - identificados durante o processo de diagnóstico - como formação para os agentes desenvolverem posteriormente ações de vigilância em saúde (MONKEN; BARCELOS, 2007).

5.2 TERRITÓRIO: BASE ESTRUTURANTE PARA CONSTRUÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DE PROJETOS DE INTERVENÇÃO NA ÁREA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.

Uma cidade é capaz de produzir o lugar dos ricos e dos pobres, das indústrias e do comércio, dos fluxos e circulação de mercadorias, bens e serviços, e também produzir riscos diferenciados para cada indivíduo ou grupo social. Sua estrutura espacial é necessariamente heterogênea, resultado da permanente ação da sociedade sobre a natureza. Esse espaço produzido socialmente se configura como um território que exerce pressões econômicas e políticas sobre a sociedade, criando condições particulares para sua utilização por ator social, individualmente (GONDIM et al., 2008).

Atualmente nos estudos sobre a saúde e a saúde pública, o conceito do espaço como uma construção social, sua dinâmica, seus hábitos e costumes foram incorporados para a determinação da vulnerabilidade de saúde (MONKEN et al, 2008).

Ao trazer a discussão do espaço e sua interface com a vigilância em saúde devemos considerar as discussões relativas aos modelos de atenção, a mudança do enfoque da saúde como valor individual para um modelo de atenção que considere os espaços comunitários. O território, não somente em sua dimensão econômico-política, mas considerando os aspectos históricos, sociais, biológicos, ambientais e psicológicos para contextualizar uma determinada realidade sanitária (BATISTELLA, 2007).

A abordagem iniciada na década de 1960, sobre a produção social da saúde e da doença contrapõe o modelo da história natural da doença, pois passa a considerar todos os aspectos envolvidos na análise de uma realidade sanitária, não mais simplesmente a relação causa-efeito, mas a importância do papel da estrutura social na produção nos processos de saúde e doença, analisando também como determinantes os fatores culturais, práticas sociais e a constituição do espaço (BATISTELLA, 2007).

A vigilância em saúde se apropriou destes conceitos, com a premissa que não se deve apenas deter o avanço das doenças, mas rever constantemente, os sujeitos, os meios de trabalho e as formas de organização das práticas (BATISTELLA, 2007).

Dentro deste contexto, o desenvolvimento de ações de saúde pública parte do pressuposto que para prevenir riscos e evitar danos à saúde é necessário ter um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações, em áreas delimitadas (MONKEN, et al., 2008).

Deste modo, conhecer o território e torná-lo a base estruturante é imprescindível na construção e operacionalização de projetos pedagógicos na área de vigilância em saúde.

Estes conceitos foram amplamente utilizados na concepção do curso Proformar onde todo o processo pedagógico foi construído em cima do território de atuação dos alunos no

intuito de que eles se apercebessem dos condicionantes e determinantes para prevenir riscos e evitar danos à saúde.

Entender o espaço como um conjunto de sistemas de objetos e sistemas de ações, em um quadro único, onde a história se dá, inicialmente formada por uma natureza selvagem, com objetos naturais que vão se substituindo ao longo da história por objetos fabricados (SANTOS, 2009).

O conjunto é indissociável, interagem, se por um lado os sistemas de objetos condicionam as ações, estas levam à criação de objetos novos ou redefinidos, assim o espaço encontra sua dinâmica e constantemente se transforma (SANTOS, 2009).

Reconhecer no valor dos objetos, o papel desempenhado no processo social, a lógica da história passada e a lógica da atualidade (SANTOS, 2009).

Reconhecer ações como processuais, no qual o agente ao mudar algo, muda a si mesmo, ou como encontramos em Marx e Engels “Quando, através do trabalho, o homem exerce ação sobre a natureza, isto é, sobre o meio, ele muda a si mesmo, sua natureza íntima, ao mesmo tempo em que modifica a natureza externa” (MARX e ENGELS apud SANTOS, 2009).

Ações resultadas de necessidades naturais ou criadas, é que conduzem os homens a agir. As categorias objeto e ação não se geografizam indiferentemente, deste modo o valor do espaço não é independente das ações que ele é susceptível de acolher (SANTOS, 2009).

A evolução que marca as etapas do processo de trabalho e das relações sociais marca também, as mudanças verificadas no espaço geográfico, tanto morfológicamente, quanto do ponto de vista das funções e dos processos. É assim que as épocas se distinguem umas das outras (SANTOS, 2009).

A cada novo momento, impõe-se captar o que é mais característico do novo sistema de objetos e do novo sistema de ações. Os conjuntos formados por objetos novos e ações novas tendem a ser mais produtivos e constituem num dado lugar, situações hegemônicas. Os novos sistemas de objetos põem-se à disposição das forças sociais mais poderosas, quando não são deliberadamente produzidos para o seu exercício. [...] (SANTOS, 2009, p.97)

Quando a sociedade age sobre o espaço, se geografiza, sendo este a síntese (sempre provisória) entre o conteúdo social e as formas espaciais. A sociedade não age como realidade física, mas como realidade social, o presente localizado, que também é passado objetivado nas formas sociais e nas formas geográficas encontradas (SANTOS, 2009).

De acordo com Santos (2009, p.239) “Os espaços assim requalificados atendem, sobretudo aos interesses dos atores hegemônicos da economia, da cultura e da política”. Sendo que o processo (organização, disposição e construção) reflete a estrutura do espaço geográfico. Para entender então a construção de um território é importante levantar a historicidade geradora da necessidade de organização econômica e social que o ordena e reordena sistematicamente (MONKEN, et al., 2008).

As características da sociedade e do espaço geográfico, em um dado momento de sua evolução, estão em relação com um determinado estado das técnicas. Desse modo, o conhecimento dos sistemas técnicos sucessivos é essencial para o entendimento das diversas formas históricas de estruturação, funcionamento e articulação dos territórios, desde os albos da história até a época atual. Cada período é portador de um sentido, partilhado pelo espaço e pela sociedade, representativo da forma como a história realiza as promessas da técnica. (SANTOS, 2009, p.171)

De acordo com o exposto, o território precede o espaço, isto é, como um recorte do espaço a ser habitado submetido a sucessivas ocupações históricas efetivadas por um povo, por meio do trabalho e dos modos de produção, mediado por regras (MONKEN et al., 2008).

Monken cita o conceito de Robert Sack como a melhor tradução do conceito de territorialidade humana, intimamente ligada ao modo como as pessoas se utilizam da terra, como se organizam no espaço e como dão significação ao lugar, ou seja, de que maneira as estratégias ou recursos são mobilizados pelo grupo social dentro de um contexto histórico e geográfico. Este conceito é diferente e mais amplo que o de soberania, propriedade ou jurisdição, pois a constituição desta territorialidade é um processo, com superposição de intenções de diferentes atores e conflitos. Para pensar em território devemos então considerar alguns fundamentos como: intenção, apropriação, poder, delimitação e identidade (SACK apud MONKEN et al., 2008).

A formação do trabalhador em saúde, especialmente na área de vigilância em saúde deve se apropriar da concepção de território, trabalhadores capazes de compreender e atuar na transformação da realidade social e de saúde da população (BATISTELLA, 2007).

Dentro desta perspectiva, o desenvolvimento de metodologia de aprendizagem associadas a recursos pedagógicos, permitindo a interatividade entre o contexto social e os serviços e os conteúdos temáticos do campo da vigilância em saúde, é de ímpar importância para que haja a melhoria na formação profissional e consequentemente, nas condições de vida da população (MONKEN, 2008, p.160).

A importância de entender o território em que atuam, quais são os seus fluxos, como se dá sua apropriação pelos diferentes grupos populacionais, identificar singularidades da vida social, os problemas e necessidades na área de saúde são premissas para construção e operacionalização de projetos de intervenção (MONKEN, 2007).

A municipalização dos serviços de saúde tem como premissa responder com resolutividade, equidade e integralidade as necessidades e problemas de saúde de uma área delimitada, a noção de território que implica em delimitar para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, que é produto de uma dinâmica social (GONDIM et al., 2008).

A existência de diferentes territórios no SUS, desde a agregação de municípios como ocorre na delimitação das regiões de saúde, como a delimitação dentro de um município em suas regionais de saúde, como a existência de territórios dentro das regionais municipais de saúde, considerados como microáreas, onde vivem as famílias sendo este, o território de atuação dos guardas de endemia, profissional objeto deste estudo (GONDIM et al., 2008).

Formar trabalhadores em saúde dentro desta concepção, trabalhadores críticos e que possam ser capazes de compreender e atuar na transformação da realidade social e de saúde da população (BATISTELLA, 2007).

Intervenções que efetivamente possam valorizar o conhecimento, utilizando o que o profissional de vigilância em saúde já conhece - o trabalho como princípio educativo - resgatar as experiências dos alunos e utilizar os processos de trabalho vivenciados em suas rotinas como instrumento de aprendizado, bem como o estabelecimento de relação/correlação entre teoria e prática e o conhecimento/reconhecimento da teoria discutida em aula com a realidade dos serviços de saúde e a situação de saúde da população.

Desse modo, espera-se que ao final da execução do trabalho de campo, a metodologia utilizada seja capaz de desenvolver o aluno como cidadão e não somente como técnico, e que possa, efetivamente, transformar as suas práticas de saúde na área de vigilância em saúde.

5.2.1 Município de Nova Iguaçu – base territorial utilizada no processo pedagógico do trabalho de campo dos alunos

A importância de contextualizar o Município de Nova Iguaçu, sua história, seus indicadores, visto que, os alunos do PROFORMAR tinham que conhecer e comparar as

informações recolhidas no macro - o município - e no micro - o bairro - em que o profissional exercia suas atividades, bem como, correlacioná-las no contexto regional e estadual.

Historicamente o desenvolvimento econômico da região se deu a partir da expulsão dos franceses, quando é dado início à penetração no interior do Rio de Janeiro para a produção agrícola, através de seus principais rios.

A primeira linha férrea construída foi em direção à região produtora de café. A Estrada de Ferro Pedro II (hoje Central do Brasil) chegou às cidades das encostas da serra do Gericinó e sul da serra do Mar em 1858 juntamente com Maxambomba (atual Nova Iguaçu), Queimados e Japeri.

A população começa a se mudar para as margens das ferrovias, principalmente nas paradas dos trens. Nestas paradas surgiam pequenas atividades de comércio, cortadores de lenha, carvoeiros e homens de serviços em geral. O crescimento rápido desta população fez destas paradas importantes estações que foram embriões dos futuros distritos de Nova Iguaçu, Nilópolis, Queimados, Japeri, São João de Meriti, Belford Roxo, Pilar, Xerém e Estrela.

A decadência da agricultura na região, associada ao grande fluxo de migrantes, principalmente de nordestinos, após a década de 50, século XX, em direção ao Rio de Janeiro, na busca de oportunidade de trabalho promovida pela industrialização, acarretou na ocupação da periferia da capital, e foi se delineando o que é conhecido como cidade dormitório, onde diariamente a população se desloca em busca do mercado de trabalho.

As fazendas foram fracionadas e transformaram-se em áreas de loteamentos, de grilagem e ocupações irregulares, ocorre um grande crescimento urbano pouco planejado verificado na região até os dias de hoje.

O alto crescimento populacional pode ser observado na região quando verificamos os censos de 1950 e 1970 que mostra um crescimento superior a 400% em 20 anos.

Especificamente o Município de Nova Iguaçu passou por inúmeros processos de emancipação, e muitos de seus distritos originaram novos municípios como os de Japeri, Queimados, Belford Roxo e Mesquita.

Atualmente o território de Nova Iguaçu possui uma área de 523,89 km², sendo que 198 km², ou seja, cerca de 37% da cidade são cobertos de florestas do tipo Mata Atlântica, formando, assim, duas importantes áreas de preservação ecológica: A Reserva Biológica de Tinguá, reconhecida pela UNESCO como patrimônio da humanidade e a área de proteção ambiental da Serra de Madureira, considerada pela UNESCO como Reserva de Biosfera. Nessas áreas, desenvolve-se o Turismo Ecológico que é hoje não só uma realidade, como um incentivo ao desenvolvimento do município e uma fonte de arrecadação.

O município está localizado na região metropolitana I do Rio de Janeiro, tendo como municípios limítrofes Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Rio de Janeiro, Seropédica, Japeri e Queimados. Sua população está estimada em 796.257, segundo Censo Demográfico e Contagem Populacional de 2010 do IBGE, distribuída administrativa e percentualmente em nove Unidades Regionais de Governo (URG), sendo:

URG I – Centro, com 28,55% da população residente;

URG II – Posse, com 17,01% da população residente;

URG III – Comendador Soares, com 14,09% da população residente;

URG IV – Cabuçu, com 7,35% da população residente;

URG V – KM 32, com 5,9% da população residente;

URG VI – Austin, com 12,39% da população residente;

URG VII – Vila de Cava, com 7,60% da população residente;

URG VIII – Miguel Couto com 5,6% da população residente; e

URG IX – Tinguá com 1,51% da população residente.

A Prefeitura de Nova Iguaçu, em sua estrutura administrativa possui dezesseis secretarias, discriminadas abaixo:

Secretaria Municipal de Governo - SEMUG;

Secretaria Municipal de Administração - SEMAD;

Secretaria Municipal Despesa e Planejamento – SEMDEP;

Secretaria Municipal de Controle Geral – SEMCONGE;

Secretaria Municipal de Economia e Finanças – SEMEF;

Secretaria Municipal de Trabalho e Emprego – SEMTE;

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SEMUSDEC;

Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Agricultura – SEMAM;

Secretaria Municipal de Educação - SEMED;

Secretaria Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência – SEMDPDEF;

Secretaria Municipal de Assistência Social e Prevenção à Violência – SEMASPV;

Secretaria Municipal de Esporte e Lazer – SEMEL;

Secretaria Municipal de Cultura e Turismo – SEMCTUR;

Secretaria Municipal de Trânsito e Serviços Públicos – SEMTESP;

Secretaria Municipal de Transportes – SEMTRAN;

Secretaria Municipal de Coordenação Política e Institucional – SEMCOPI;

Secretaria Municipal de Comunicação Social – SEMCOM.

O município está dividido entre áreas que possuem infraestrutura urbana (água, saneamento básico e coleta de lixo regular) e áreas carentes destes serviços, onde moradores são obrigados a armazenar água e conviver com grande quantidade de resíduo sólido sem coleta regular, além de contar com baixa cobertura de saneamento básico.

De acordo com dados do censo de 2000 o município apresenta cobertura de coleta de lixo de 88,24%, abastecimento de água de 80,9% e cobertura da rede geral de esgotamento sanitário de 51,35% dos domicílios.

A rede de assistência segundo informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 2010 era composta de 79 estabelecimentos públicos de saúde, 8 filantrópicos e 490 estabelecimentos de saúde privados.

A cobertura da estratégia de saúde da família em 2010 era de 20,5 % atingindo 177.693 habitantes.

Considerando o contexto regional onde se insere o município de Nova Iguaçu, com expressivas e marcantes desigualdades socioeconômicas, a exemplo de inúmeras outras cidades brasileiras, onde os recursos disponíveis para uma vida saudável estão longe de serem distribuídos de forma igualitária e humana.

No curso os alunos tinham que trabalhar realidades muitas vezes distintas, seu espaço/local de atuação e a realidade do município. No diagnóstico do território, as singularidades loco-regionais foram utilizadas como base para operacionalizar as oficinas de planejamento estratégico para o desenvolvimento das ações de vigilância em saúde (MONKEN; BARCELOS, 2007).

RESULTADOS

6.1 DADOS ESTATÍSTICOS

6.1.1 Categorias Analíticas

QUADROS V IDENTIFICAÇÃO

1- Sexo

Sexo	Nº absoluto	Percentual
M	64	85,3
F	11	14,7
Total	75	100

2-Idade

Idade	Nº absoluto	Percentual
31/40	03	04
41/50	48	64
> 50	24	32
Total	75	100

3-Nome do tutor da turma do Proformar

Nome do tutor da turma do Proformar	Nº absoluto de alunos	Percentual
Não lembra	13	17,3
Denerval	8	10,7
Flavio	2	2,7
Alzeli	9	12,0
Wellington	3	4,0
Virginia	1	1,3
Leila	3	4,0
José do Carmo	1	1,3
Gutemberg	2	2,7
Ailton	1	1,3
Mario Sergio	3	4,0
Maria de Fátima	2	2,7

Cristiane	9	12,0
Antonio Luiz	5	6,7
Nilton	3	4,0
Marcos	5	6,7
Renato	1	1,3
Ezequias	3	4,0
Rosana	1	1,3
Total:	75	100

Totalizando 18 tutores envolvidos no curso

4- Vínculo

Vínculo	Nº absoluto	Percentual
Estatutário	18	24
Celetista	55	73,3
SI	02	2,7
Total	75	100

SI-sem informação

5-Tempo de trabalho na Instituição (em anos)

Tempo de instituição	Nº absoluto	Percentual
10 a 14	3	4
14 a 19	3	4
20 a 24	66	88
25 a 29	3	4
Total - 87	75	100

6-Tempo que atua como Supervisor Geral ou Supervisor de Campo

Tempo como supervisor	Nº absoluto	Percentual
< 1 ano	08	10,7
1/2	08	10,7
3/4	08	10,7
5/6	16	21,3
7/8	15	20
9/10	10	13,3
> 10	10	13,3
Total	75	100

7- Número de localidades que exerce(u) atividades nos últimos 12 meses:

Nº localidades	Nº absoluto	Percentual
1	67	89,3
2	08	10,7
Total	75	100

QUADROS VI POR QUE DECIDIU FAZER O PROFORMAR?

1-Capacitação profissional:

Capacitação profissional	Nº absoluto	Percentual
Sim	72	96
Não	1	1,3
SI	2	2,7
Total	75	100

SI-sem informação

2-Exigência formal de titulação:

Exigência formal de titulação	Nº absoluto	Percentual
Sim	44	58,7
Não	18	24
SI	13	17,3
Total	75	100

SI-sem informação

3-Gratuidade do curso:

Gratuidade	Nº absoluto	Percentual
Sim	50	66,7
Não	15	20
SI	10	13,3
Total	75	100

SI-sem informação

4-Proximidade do local de trabalho:

Proximidade do trabalho	Nº absoluto	Percentual
Sim	41	54,7
Não	23	30,7
SI	11	14,7
Total	75	100

SI-sem informação

5-Liberação do setor de trabalho

Liberação do trabalho	Nº absoluto	Percentual
Sim	36	48
Não	27	36
SI	12	16
Total	75	100

SI-sem informação

6- O curso está relacionado com atividade exercida na instituição:

Relação com atividade do trabalho	Nº absoluto	Percentual
Sim	65	86,7
Não	4	5,3
SI	6	8
Total	75	100

SI-sem informação

7- Realizou outros cursos na área de saúde e/ou outras áreas de conhecimento após o termino do Proformar:

Cursos após o Proformar	Nº absoluto	Percentual
Sim	36	48
Não	39	52
SI	0	0
Total	75	100

SI-sem informação

8- Você gostaria de participar de outros processos formativos nos moldes do Proformar:

Outros cursos nos moldes Proformar	Nº absoluto	Percentual
Sim	67	89,3
Não	7	9,3
SI	1	1,3
Total	75	100

SI-sem informação

QUADROS VII GRAU DE SATISFAÇÃO COM O CURSO/NOTA (ENTRE 1 E 10) :

1-O curso de modo geral:

Nota	5	6	7	8	9	10
Nº alunos	1	4	5	16	7	42
%	1,3	5,3	6,7	21,3	9,3	56,0

2-O relacionamento com os colegas de profissão:

Nota	5	6	7	8	9	10
Nº alunos	1	2	6	8	13	45
%	1,3	2,7	8	10,7	17,3	60,0

3-O relacionamento com o Tutor:

Nota	5	6	7	8	9	10
Nº alunos	1	0	3	8	12	51
%	1,3	0	4	10,7	16	68,0

4-As discussões realizadas nos momentos presenciais:

Nota	5	6	7	8	9	10
Nº alunos	2	4	11	16	12	30
%	2,7	5,3	14,7	21,3	16	40,0

5-A realização do trabalho de campo:

Nota	5	6	7	8	9	10
Nº alunos	4	1	10	16	6	38
%	5,3	1,3	13,3	21,3	8,0	50,7

6-O material didático:

Nota	5	6	7	8	9	10
Nº alunos	3	4	3	6	7	52
%	4,0	5,3	4,0	8,0	9,3	69,3

6.1.2 Categorias Operacionais - Territorialização

QUADROS VIII TERRITORIALIZAÇÃO

1-Localizar na sua área de atuação as unidades de saúde no cotidiano do trabalho

Localiza as unidades	Nº absoluto	Percentual
Sim	60	80
Não	14	18,7
SI	1	1,3
Total	75	100

SI-sem informação

2-A população da sua área tem acesso aos serviços e programas de Saúde

Acesso serviços de saúde	Nº absoluto	Percentual
Sim	58	77,3
Não	16	21,3
SI	1	1,3
Total	75	100

SI-sem informação

3-Conhece/reconhece como se organiza as ações de saúde (das mais simples às mais complexas) no município e no seu território de atuação:

Hierarquização atendimento	Nº absoluto	Percentual
Sim	35	46,7
Não	33	44
SI	7	9,3
Total	75	100

SI-sem informação

4-Sabe quais são as doenças mais comuns na sua área de atuação:

Sabe sobre as doenças comuns do território	Nº absoluto	Percentual
Sim	58	77,3
Não	15	20
SI	2	2,7
Total	75	100

SI-sem informação

5-Trabalha articulado com as equipes de saúde da atenção básica (PSF, Postos de Saúde) no seu território de atuação:

Trabalha articulado com At. básica	Nº absoluto	Percentual
Sim	22	29,3
Não	53	70,7
SI	0	0
Total	75	100

SI-sem informação

6-Conhece/reconhece no trabalho cotidiano a inter-relação com outros setores no território em que atua (saneamento, educação, cultura etc.):

Conhece/reconhece a inter-relação com outros setores	Nº absoluto	Percentual
Sim	33	44
Não	41	54,7
SI	1	1,3
Total	75	100

SI-sem informação

7-Conhece/reconhece as principais características sócio-demográficas em sua área de atuação:

Conhece /reconhece as principais características da área	Nº absoluto	Percentual
Sim	70	93,3
Não	1	1,3
SI	4	5,3
Total	75	100

SI-sem informação

8-Identifica problemas e necessidades a serem enfrentados no território?

Identifica problemas e necessidades	Nº absoluto	Percentual
Sim	75	100
Não	0	0
SI	0	0
Total	75	100

SI-sem informação

9-Estabelece relação entre as condições de vida e a situação de saúde da população no território em que atua?

Relação das condições de vida e situação de saúde	Nº absoluto	Percentual
Sim	64	85,3
Não	9	12
SI	2	2,7
Total	75	100

SI-sem informação

10-Correlaciona a informação epidemiológica aos problemas detectados no seu território no trabalho cotidiano?

Correlaciona com epidemiologia	Nº absoluto	Percentual
Sim	58	77,3
Não	13	17,3
SI	4	5,3
Total	75	100

SI-sem informação

11-Utiliza rotineiramente entrevistas com a população para elaboração de diagnóstico dos problemas de saúde e condições de vida da população do seu território:

Utiliza entrevista	Nº absoluto	Percentual
Sim	23	30,7
Não	50	66,7
SI	2	2,7
Total	75	100

SI-sem informação

12-Utiliza o mapa do território:

12.1 Para identificar os problemas de saúde do território?

Identificar problemas de saúde	Nº absoluto	Percentual
Sim	46	61,3
Não	26	34,7
SI	3	4
Total	75	100

SI-sem informação

12.2 Para identificar as potencialidades que podem ser utilizadas nos processos de intervenção no território?

Identificar potencialidades	Nº absoluto	Percentual
Sim	38	50,7
Não	22	29,3
SI	15	20
Total	75	100

SI-sem informação

13-Realiza ou realizou projetos de vigilância e promoção da saúde no seu território:

Realiza(ou) projetos de vigilância em saúde no território	Nº absoluto	Percentual
Sim	40	53,3
Não	30	40
SI	5	6,7
Total	75	100

SI-sem informação

Total de Coordenadores – 100 profissionais

Entrevistados:

87 Coordenadores (13 não quiseram participar da pesquisa).

Dos entrevistados:

75 alunos egressos do Proformar (amostra)

12 não realizaram o curso Proformar (excluídos da pesquisa).

6.2 ANÁLISES DOS RESULTADOS

Para análise do questionário, as perguntas foram separadas e organizadas em categorias analíticas e operacionais. A primeira versa sobre: identificação, motivação para realização do curso e grau de satisfação do curso e por último, base da pesquisa, a categoria operacional, a territorialização separada nas dimensões técnicas e operacionais.

Na categoria analítica, a primeira parte se destina a identificar e contextualizar o aluno no grupo estudado segundo alguns atributos como: sexo, faixa etária, vínculo empregatício e tempo que atua como coordenador, a segunda e a terceira estão relacionadas diretamente ao curso na avaliação dos motivos para sua realização e o grau de satisfação do aluno com os diferentes atributos do curso.

Por último, na categoria operacional, foi realizado um conjunto de perguntas para subsidiar a análise da apreensão da categoria território nas dimensões organizacional/gerencial e técnica no trabalho cotidiano dos trabalhadores formados no curso.

Ambas as análises foram realizadas de acordo com os quadros de usos e propósitos propostos na metodologia.

6.2.1 Identificação

Com a finalidade de contextualizar o aluno no grupo estudado, na variável sexo, os coordenadores de campo e coordenadores gerais em sua maioria são do sexo masculino (85,3%), o que é uma característica do conjunto de trabalhadores da Funasa composto em sua maioria de homens. Dos entrevistados, 12 não realizaram o curso (13,80%).

Na variável referente à faixa etária, os profissionais encontram-se em sua grande maioria na faixa etária superior a 40 anos (96%), fato que demonstra a falta de investimentos por parte da instituição para realização de concurso público para esta categoria profissional, levando sua extinção no nível federal. A prefeitura deve criar o cargo em seu quadro de trabalhadores para execução das atividades de controle de endemias e realizar concurso público para provimento das vagas.

Os trabalhadores pesquisados estão enquadrados em regimes jurídicos diferentes, um grupo de profissionais são servidores públicos, regidos pelo regime estatutário e outro grupo são empregados públicos regidos pelo regime celetista, visto que, após a Constituição Federal de 1988 a administração pública passou a ter dois regimes – o estatutário e o da CLT. A Emenda Constitucional nº 19/98 em seu artigo 33 considera como não estáveis (regime CLT)

aqueles admitidos na administração direta, autárquica e fundacional sem concurso público de provas ou de provas e títulos após o dia 5 de outubro de 1983.

A maioria é do regime celetista (73,3%), fato explicado devido a não realização de concurso público para o cargo de guarda de endemia depois da Constituição, e estes terem iniciado suas atividades após outubro de 1983.

A grande maioria dos trabalhadores entrevistados exerce atividades na instituição a um período igual ou superior a 20 anos (92%), reiterando o fato já mencionado sobre a falta de reposição desta categoria profissional que pode levar à sua extinção no nível federal e a necessidade de reposição dos trabalhadores que exercem atividades de controle de endemia no município.

Na avaliação sobre o tempo que atuam como supervisor geral ou supervisor de campo, e se exercem atividades em uma mesma localidade no período de 12 meses encontramos 32,1% atuando como supervisores em um período de até 04 anos e 67,9% acima de 05 anos, sendo que destes, 89,3% exercem suas atividades na mesma localidade a períodos superiores a 12 meses, o que é de extrema importância para análise dos dados referentes à territorialização, visto ser um pressuposto a integração do profissional ao *Modus operandi* da comunidade

No curso, especificamente neste grupo profissional (supervisores geral e de campo), foram citados 18 tutores (11 do NAD 13 e 7 do NAD 12). O número expressivo de tutores propicia avaliar o que foi apreendido por todos, apesar das inúmeras formas de repasse do conhecimento e reconhecendo a singularidade de cada tutor em sala de aula.

Dos coordenadores de campo e coordenadores gerais que participaram da pesquisa, 82,7% lembravam o nome do tutor do Proformar apesar do tempo decorrido da realização do curso, o que caracteriza o vínculo tutor/aluno.

6.2.2 Por que decidiu fazer o Proformar?

Este item se destina a compreender quais os motivos que levaram o trabalhador a realização do curso, avaliar se a proposta de aproximar a sala de aula ao local de trabalho, ao cotidiano das atividades e a liberação das atividades são representativas para o interesse do trabalhador na sua realização.

No item sobre capacitação profissional a resposta foi quase unânime, com 96% dos alunos buscando se capacitar, embora ao relacionar com o item sobre exigência formal de titulação 58,7% entendiam que era uma exigência da instituição, quando não era.

Atributos como gratuidade (66,7%), proximidade do local de trabalho (54,7%), liberação do setor de trabalho (48%) e relação com atividade exercida na instituição (86,7%) também contribuíram com diferentes pesos para a decisão de realizar o Proformar.

Outro ponto de destaque foi que apesar da maioria (52%) não ter realizado nenhum outro curso após o Proformar, um número significativo (48%) buscou continuar, tanto em cursos oferecidos pela instituição, como em cursos de graduação e pós-graduação. Salientando que aqueles que não realizaram nenhum curso em sua maioria declararam que não o fizeram por falta de oportunidade, oferecimento da instituição e motivos financeiros.

Verificamos que o grau de satisfação com o curso é reiterado pela vontade da maioria (89,3%) de participar de outros processos formativos nos moldes do Proformar.

6.2.3 Grau de satisfação com o curso

Este item se destina a avaliar sob a ótica do aluno o curso de modo geral e as peculiaridades da proposta formativa, que vai desde a relação interpessoal entre alunos e aluno/tutor, até a execução das atividades propostas na metodologia e o material didático utilizado.

O curso de modo geral foi muito bem avaliado, com 86,6% avaliando com notas iguais ou superiores a oito, sendo que destes, 56% deram nota máxima.

Nos itens relacionados ao relacionamento com os colegas de profissão e com o tutor encontramos excelentes avaliações, em ambos os casos superiores a oito, sendo que 60% deram nota máxima quando se referiram ao relacionamento com os colegas de profissão e 68% no relacionamento com o tutor.

No item referente às discussões realizadas em sala de aula e a realização do trabalho de campo, o primeiro recebeu nota máxima em 40% dos alunos e 52% com notas entre sete e nove e o segundo recebeu nota máxima por 50,7% dos alunos e 42,6% com notas entre sete e nove.

Quando foi perguntado sobre o material didático utilizado no curso, 69,3% dos alunos deram nota máxima e 21,3% com notas entre sete e nove.

Nenhum aluno deu nota abaixo de cinco em nenhum dos itens, e a nota máxima (dez) foi a maior em termos percentuais em todos os itens pesquisados, demonstrando o grau de satisfação do curso por parte dos alunos. Destaque para o item referente à relação interpessoal entre os alunos e alunos/tutor, o que corrobora que o trabalhador gosta de ter um espaço no

cotidiano para se relacionar com outros trabalhadores e professores, e cursos como o Proformar propiciam este encontro.

Destacamos ainda o item referente ao material didático, melhor item avaliado quanto ao grau de satisfação com o curso, mérito para a organização, que investiu em um material de qualidade e acessível aos alunos/trabalhadores.

6.2.4 Territorialização

O Proformar, curso de formação de agentes de vigilância em saúde, parte do pressuposto que ao reconfigurar o objeto “saúde” no avanço do estudo entre a relação entre modos de vida x população contrapondo com as questões sociais, culturais e ambientais propicia a formação de novos sujeitos nas práticas de saúde, com a revalorização do território mais imediato no qual se constitui o espaço público de convivência, seja a rua, o bairro em que o profissional atua no cotidiano do trabalho, ou mesmo no espaço em que reside (TEIXEIRA, 2001).

O território é considerado como um dos pilares para a atuação da vigilância em saúde, juntamente com a intersetorialidade e a participação social. Conhecer/reconhecer o território é o passo básico para conhecer e caracterizar a população, seus problemas de saúde e construir projetos de intervenção que possam atender as singularidades loco-regionais (GONDIM et al., 2008).

Entendendo o território não com um recorte político-operacional, mas como um território- processo. O produto de uma dinâmica social, reflexo da acumulação de situações históricas, ambientais e sociais (GONDIM et al., 2008).

O curso pretendia com a realização do trabalho de campo, que o aluno no primeiro momento pudesse compreender a dinâmica da população, as relações sociais e econômicas e o processo de formação das doenças, resultado da interação destes elementos, para então, organizar os problemas e as necessidades do território e construir em parceria com os atores locais, processos de intervenção sobre problemas detectados (GONDIM et al., 2008).

Trazer a experiência vivenciada por estes alunos durante o curso para o seu cotidiano de trabalho, com ampliação do olhar deste profissional na compreensão dos problemas de saúde do território, contrapondo com a observação dos fatores associados à ocorrência das endemias, como resultado final um profissional que se aproxima do cotidiano da vida das pessoas sob seus cuidados resultando em práticas sanitárias efetivas, integrais e humanizadas (GONDIM et al., 2008).

A pergunta motivadora da pesquisa, investigar o que foi efetivamente incorporado da categoria território na prática do trabalho cotidiano destes trabalhadores oriundos deste processo formativo. A sua aplicação numa dimensão técnica na perspectiva de uma abordagem baseada na relação entre os modos de vida dos distintos grupos populacionais e as diversas expressões do processo saúde-doença. Na dimensão organizacional/gerencial a perspectiva de analisar os instrumentos gerenciais utilizados para a operacionalização das práticas de vigilância em saúde (TEIXEIRA, 2001).

Em suma, no instrumento construído para a pesquisa, utilizou-se para avaliar a dimensão técnica perguntas relacionadas ao diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida da população do território e na dimensão organizacional/gerencial perguntas relacionadas à localização no espaço de ONG e OG, entre elas, as unidades de saúde e o acesso a programas e serviços de saúde (GONDIM et al., 2008).

Para facilitar a análise de conteúdo, as perguntas do questionário aplicado aos alunos no item referente à territorialização, foram separadas de acordo o quadro de propósitos e usos descritos na metodologia em suas duas dimensões:

Na dimensão organizacional, dois itens e perguntas relacionadas contidas no questionário que foram utilizadas na análise da territorialização nesta dimensão:

I - O profissional localiza no espaço a distribuição das unidades de saúde considerando acessibilidade da população assistida a serviços e produtos de saúde, perguntas 1, 2 e 3 da parte IV do questionário.

1-Localiza na sua área de atuação as unidades de saúde;

2-A população da sua área tem acesso aos serviços e programas de Saúde;

3-Conhece/reconhece como se organiza as ações de saúde (das mais simples às mais complexas) no município e no seu território de atuação.

II- O Profissional localiza no espaço a distribuição de unidades governamentais e não governamentais que interferem no fluxo no território, tais como: escolas, clubes, praças etc. Utilizamos as questões 6 e 12.2 do item IV do questionário.

6-Conhece/reconhece no trabalho cotidiano a inter-relação com outros setores no território em que atua (saneamento, educação, cultura etc.);

12.2 para identificar as potencialidades que podem ser utilizadas nos processos de intervenção no território?

Na dimensão técnica, cinco itens e perguntas relacionadas contidas no questionário que foram utilizadas na análise da territorialização nesta dimensão:

I - O profissional compreende e analisa o processo saúde-doença numa abordagem territorial. Utilizamos para análise deste item as questões 4, 5, 9 e 11.

4-Sabe quais são as doenças mais comuns na sua área de atuação;

5-Trabalha articulado com as equipes de saúde da atenção básica (PSF, Postos de Saúde) no seu território de atuação;

9-Estabelece relação entre as condições de vida e a situação de saúde da população no território em que atua;

11-Utiliza rotineiramente entrevistas com a população para elaboração de diagnóstico dos problemas de saúde e condições de vida da população do seu território.

II - O profissional circunscreve e espacializa situações problema e populações específicas para intervenções de saúde. Utilizamos para análise deste item a questão 12.1 da parte IV do questionário.

12-Utiliza o mapa do território:

12.1 Para identificar os problemas de saúde do território?

III - O profissional localiza e espacializa riscos e vulnerabilidades à saúde e ao ambiente. Utilizamos para análise deste item as questões 7 e 8 da parte IV do questionário.

7-Conhece/reconhece as principais características em sua área de atuação. Relaciona a prevalência de doenças com as vulnerabilidades socioambientais, políticas e culturais no território;

8-Identifica problemas e necessidades a serem enfrentadas no território. O entrevistado compreende e analisa os contextos para identificar os fatores de risco e vulnerabilidades à saúde e ao meio ambiente e as correlaciona com os problemas de saúde prevalentes no território.

IV- O profissional se utiliza da epidemiologia, para definir base populacional e nível de agregação das variáveis. Utilizamos a questão 10 da parte IV do questionário para análise deste item.

10-Correlaciona a informação epidemiológica aos problemas detectados no seu território no trabalho cotidiano?

V- Como estes agentes estão desenvolvendo suas atividades na área de promoção e vigilância. Utilizamos a questão 13 da parte IV do questionário para análise deste item.

13-Realiza ou realizou projetos de vigilância e promoção da saúde no seu território?

6.2.4.1 *Análise das variáveis: Territorialização em sua dimensão organizacional*

No item I referente à questão 1 do item IV do questionário que busca identificar se o aluno conhece as unidades de saúde contidas no território, 80% localizam as unidades de saúde com citação de seus nomes, embora 8,7% não localizam, tendo como motivo comum o fato de não existir unidade na localidade.

Quando analisamos a questão 2 sobre o acesso a serviços e programas de saúde confirma o item 1, pois encontramos 77,3% da população com acesso. Salientamos que alguns alunos entrevistados questionaram a qualidade dos serviços e programas oferecidos como: “precários”; “falta de programas” e “serviços ruins”. A gestão do sistema deve conciliar a instalação de serviços e programas de saúde nos diferentes territórios, porém com qualidade.

Os percentuais encontrados nas questões 1 e 2 demonstram que no cotidiano do trabalho de controle de endemias, especificamente do vetor da dengue, o profissional, aluno egresso do Proformar já consegue dentro do seu território identificar as unidades de saúde e acessibilidade a serviços e programas de saúde, embora, ainda seja possível identificar profissionais que informam não ter obrigatoriedade de conhecer como se organiza a estrutura de saúde na localidade o que evidentemente é contrário ao trabalho territorializado.

Neste mesmo item, na questão 3 sobre a organização da rede de assistência e dos programas, somente 46,7% dos alunos conhecem e 44,0% desconhecem como se organiza a rede de serviços e programas de saúde. Salientamos que muitos dos alunos ainda correlacionam este item à dengue, e segundo eles, cabe aos agentes comunitários de saúde (ACS) da estratégia de saúde da família (ESF) o conhecimento da organização da rede de assistência e programas de saúde.

O alto percentual de alunos que desconhecem a organização dos serviços pode ser explicado pela falta de integração existente entre a vigilância em saúde e a atenção básica, fato que será corroborado em outros itens analisados.

Quando analisamos o item II sobre a localização no espaço da distribuição de órgãos governamentais (OG) e não governamentais (ONG) e sua utilização identificamos na questão

6 que 54,7% não se inter-relacionam com outros setores no território com a justificativa da “falta de integração” e 44% se relacionam com outros setores, sendo que por alguns foi citada como “precário” e outros somente mantêm contato com a área de “educação”.

Neste mesmo item, referente à questão 12.2 que busca a informação se o aluno identifica órgãos governamentais (OG) e não governamentais (ONG) que podem ser utilizados em processos de intervenção no território encontramos 50,7% de alunos que identificam, porém todos os alunos relacionam somente referente à programação de ações de dengue. Os alunos que não identificam totalizam 29,3% e afirmam na justificativa que “não é função do agente”, “não é de sua competência” e “o município não dá condições”.

Os percentuais encontrados no item II demonstram que muito ainda deve ser feito no sentido de integrar todas as instituições localizadas no território, tanto as OG, como as ONGs, e passo importante para esta integração ocorre no lócus, onde a vida acontece e o profissional exerce suas atividades, o poder público municipal deve estabelecer formas de integração entre os diferentes setores estabelecidos na localidade, com mapeamento e realização de oficinas de integração.

De modo geral, na análise da territorialização na dimensão organizacional a maioria dos entrevistados conhece onde, e como é realizado o atendimento da população no território, porém a falta de conhecimento sobre a rede de assistência no município e conseqüentemente os fluxos de referência e contra referência utilizados nos diferentes serviços e programas é notório, menos perceptível quando se discute exclusivamente a atenção do paciente com suspeita de dengue, evidenciando o abismo institucional existente entre os setores de assistência e de vigilância no município.

No item referente à localização e integração de OG e ONGs no território é notório e cultural que as instituições não se relacionam tanto no público, como no privado e a organização destas, demanda tempo e vontade política para que os diferentes segmentos do poder público municipal se integrem e possibilitem esta integração, considerando ainda que no organograma da Prefeitura Municipal de Nova Iguaçu, existem dezoito secretarias, entre elas a Secretaria Municipal de Coordenação Política e Institucional – SEMCOPI, que tem como missão proporcionar esta integração.

6.2.4.2 *Análise das variáveis: Territorialização em sua dimensão técnica*

Quando analisamos o item I sobre a compreensão e análise do processo saúde-doença numa abordagem territorial encontramos 04 questões para facilitar a análise deste item.

Na análise da questão 4 encontra-se um número expressivo de alunos com conhecimento das doenças mais comuns na área de atuação 77,3%, tendo como justificativa comum o contato com o morador no cotidiano do trabalho e 20,7% afirmam que não tem acesso a esta informação.

Na questão 5 sobre o trabalho articulado com atenção básica encontramos 70,7% dos alunos sem nenhuma articulação, sendo citado na justificativa “não existe obrigatoriedade”, “falta de integração”, “não depende do agente e sim do gestor”, “dificuldades de relacionamento com os agentes da atenção básica” e “não tem atenção básica no território”, apenas 20,0 % trabalham integrados, porém apenas com troca de informações relacionadas à dengue.

Na questão 9 que pergunta sobre a relação entre condições de vida e a situação da população no território encontramos 85,3% dos alunos estabelecendo esta relação, através da visita rotineira as residências, tendo sido citado na justificativa “precariedade da área”, “saneamento básico: água, esgoto e coleta de lixo”, “saúde, educação, lazer”, “poder aquisitivo” e “cultura”, porém em sua maioria relacionando à questão da dengue.

Na análise da questão 11 sobre a utilização de entrevistas com a população para elaboração de diagnóstico dos problemas de saúde e condições de vida, 66,7% não a utiliza tendo inúmeras razões citadas, entre elas, “dificuldade de realização”, “medo da cobrança da população”, “não é responsabilidade do agente”, “não tem respaldo da chefia”, “não está definido no trabalho” e 30,7% dos entrevistados a utilizam no cotidiano, para realização do trabalho de campo de combate à dengue.

Nas questões 4 e 9 foi observado que a maioria dos alunos entrevistados conhece as doenças mais comuns do território e a relação com as condições de vida da população, com ampliação do “olhar” do processo saúde-doença que envolve outros segmentos como: saneamento básico, educação, lazer, cultura, trabalho, entre outros. O contato direto com o morador e a localidade dão subsídios para este profissional construir este diagnóstico, contato este não sistematizado pelo gestor como observado na questão 11, onde a maioria informa não utilização de entrevistas com moradores, sem se aperceber que isto ocorre naturalmente, sem nenhuma sistematização, porém foi possível a ele responder os itens 4 e 9 positivamente.

Um ponto importante de discussão, na questão 5, é a falta de integração entre os guardas de controle de endemia e os agentes comunitários de saúde, ambas as categorias com características similares de trabalho no contato direto, nas residências, com os moradores, o que contrapõem a normatização existente de aproximação das equipes e do trabalho organizado no nível local.

Quando analisamos o item II, se o profissional circunscreve e espacializa situações problema e populações específicas para intervenção de saúde, utilizamos a questão 12.1 sobre mapeamento do território na identificação dos problemas.

Nesta questão 61,3% se utilizam do mapa, somente para espacializar imóveis e casos de dengue, nenhum agente espacializa outros problemas de saúde no território. Aqueles alunos que não se utilizam do mapa (34,7%) citam na justificativa: “mapa desatualizado”, “conhece a localidade”, “falta de tempo” e “não tem o mapa”.

A utilização do mapa do território para identificação dos problemas realizada pelo aluno egresso do curso, somente é para mapear casa e bairros relacionados diretamente ao controle do vetor da dengue, ainda não foi possível correlacionar a ocorrência de casos de dengue circunscrita a populações e situações específicas, muito menos o mapeamento dos demais agravos à saúde que ocorrem no território.

O fato de não conseguir circunscrever e espacializar situações problemas, não se deve ao fato da inexistência de mapas e/ou mapas desatualizados, visto que, o mapa é construído no cotidiano do trabalho.

A integração dos profissionais de controle de endemias com os profissionais de atenção básica vai colaborar para que ambas as categorias profissionais possam ter condições de ao trocar experiências do trabalho cotidiano, possam espacializar situações problemas, realizar diagnóstico da realidade sanitária local e conseqüentemente construir projetos de intervenção.

No item III, se o aluno localiza e espacializa riscos e vulnerabilidades à saúde a ao ambiente utilizamos a questão 7, para verificar se os alunos conhecem o território e seus determinantes, e a questão 8 para verificar se o aluno compreende que a condição de saúde é produzida nas relações com o meio físico, econômico e sociocultural, identificando fatores de risco à saúde pessoal e coletiva.

Na questão 7 sobre o conhecimento das principais características do território, 93,3% responderam que conhecem através do trabalho cotidiano de controle da dengue e descreveram geograficamente a área, acrescentando as respostas características como: o “saneamento básico precário”, o “baixo poder aquisitivo” e o “transporte deficitário”.

Na questão 8 sobre a identificação de problemas e necessidades enfrentadas no território 100% dos alunos declararam identificar problemas e necessidades do território através da realização do trabalho cotidiano de controle da dengue, citando na justificativa: “saneamento básico: água, esgoto e coleta de lixo”, “escolas”, “segurança”, “moradia”,

“drogas”, “desemprego”, “áreas de risco” e “lazer” como problemas a serem enfrentados no território.

A importância do contato com o morador e com o território para construção de diagnóstico de saúde de uma localidade, embora não sistematizado e pouco utilizado pelo gestor, é feito de forma natural por estes profissionais, que conhecem os problemas e anseios da comunidade em que exercem suas atividades, bem como conseguem identificar os fatores de risco e vulnerabilidades da população e os fatores determinantes para ocorrência de agravos.

Este conhecimento pode ser ampliado com a efetiva integração dos profissionais de assistência e de vigilância no território.

No item IV sobre conhecimento e utilização da epidemiologia no trabalho foi utilizada a questão 10 sobre a correlação da informação epidemiológica aos problemas detectados no território e 77,3% dos alunos responderam que utilizam, se bem que, a maioria refere os dados somente sobre a dengue, 17,3% não utilizam por não receberem informações epidemiológicas do território.

Um ganho no trabalho destes profissionais, que mesmo ao se utilizar somente de dados referentes à dengue já estabelecem a relação de ocorrência de casos, ao trabalho executado de controle do vetor e aos problemas detectados no território. Para muitos o curso permitiu o primeiro contato com dados epidemiológicos de suas localidades, não somente relacionado à dengue, porém o trabalho realizado no dia a dia faz com que este profissional acabe por se preocupar somente com os dados referentes à dengue.

No item V sobre o desenvolvimento por parte dos alunos de atividades na área de promoção e vigilância foi utilizada a questão 13 sobre a realização de projetos de vigilância e promoção da saúde no território.

Nesta questão, 53,3% dos alunos realizam ou realizaram projetos na área de vigilância e promoção da saúde, a citar projetos relacionados ao controle de vetores e dengue e a vacinação antirrábica animal. Os alunos que responderam que não participam citaram “falta de integração com outros setores da saúde”, “falta de oportunidade” e “falta de condições materiais”.

Destacamos neste item a falta de integração entre os setores da vigilância em saúde, visto que profissionais com o perfil dos guardas de endemia poderiam ser amplamente utilizados em diferentes programas, tanto das doenças transmissíveis como das não transmissíveis.

Quando analisamos as respostas dos questionários tanto na dimensão organizacional como na dimensão técnica, observamos que do universo estudado um percentual significativo de alunos utiliza no seu cotidiano de trabalho elementos da territorialização em saúde tais como estão propostos por Gondim et al. no trabalho sobre o território da saúde: a organização do sistema e a territorialização (GONDIM et al., 2008).

Porém ainda no universo restrito da vigilância ambiental, especialmente no controle da dengue, o que leva a repensar que a realização do curso Proformar de forma descontextualizada com o poder público municipal, e com clientela exclusiva de uma categoria profissional fez com que a proposta de trabalhar a territorialização de forma inter/transdisciplinar não fosse operacionalizada no município.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando o profissional de saúde percebe que as necessidades de saúde transcendem a oferta de serviços, visto que não se limitam a doenças e sim carências ou vulnerabilidades que expressam modo de vida e identidade da população assistida, ele amplia o olhar do individual para o coletivo, e percebe que para ter saúde se faz necessário avaliar determinantes socioambientais e os fatores culturais, que são singulares, tais como: qualidade de vida, desejo da felicidade (PAIM, 2006).

Para o profissional de saúde a superação da dicotomia individual/coletivo e a redefinição das práticas de saúde com reorganização de atividades e recriação de tecnologias só é possível a partir de propostas formativas que permitam a articulação do pensamento e da ação, entendendo o pensamento como local de teorias e conceitos e ação voltada para o êxito técnico, o agir estratégico, o agir comunicativo, político, construindo sujeitos, além da produção de bens e serviços (PAIM, 2006).

Processos formativos de formação de profissional em saúde devem ser processos de formação de sujeitos sociais comprometidos com uma prática sanitária voltada para a generosidade, a solidariedade e a ética na luta pela saúde e qualidade de vida (PAIM, 2006).

A realização de projetos de educação ampla, que não olhem o trabalhador como sujeito produzido pelo capital, mas olhem como um sujeito capaz de ser crítico, de pensar, planejar e construir ações na área de saúde, e não projetos formativos de educação profissional meramente adestradores e prescritos (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Desenvolver um olhar crítico na tentativa de resgatar a educação profissional como formação humana, em uma práxis transformadora foi a proposta elaborada e utilizada nas diferentes turmas do curso PROFORMAR, porém em que medida foi possível as estes agentes na instituição e dentro dos seus territórios construir este movimento.

Vislumbramos na atualidade, com o avanço da ciência e tecnologia um mundo fetichizado da mercadoria, que agora inclui o próprio corpo humano e a saúde sobre a égide do capital. A lógica mercadológica do “cliente” que compra um serviço de saúde passa também pelo fortalecimento do cenário da precarização do trabalho, terceirizações e outras ações que se prestam apenas a depreciar o serviço público, em nome das transformações e do suposto bem comum (PEREIRA, 2009).

Não podemos esquecer que o trabalhador que se dedica ao cuidado na saúde lida com o sofrimento do outro e com precárias condições de trabalho (PEREIRA, 2009), e para

escapar deste sofrimento embrutece, pela alienação e pela fria funcionalidade burocrática (PEREIRA, 2009).

Considerar que o valor de uso dos saberes e práticas na saúde está na defesa da vida das pessoas, e a vigilância em saúde pode contribuir para a constituição dos sujeitos, ampliando sua autonomia e capacidade de análise para decidir estratégias de intervenção sobre a realidade (CAMPOS, 2007).

Como lidar com estas dicotomias, de um lado como vimos a lógica mercadológica e o fortalecimento do projeto societário do projeto Neoliberal de Terceira Via, atualização do projeto neoliberal para o século XXI (NEVES et al., 2010), que traz em seu bojo o cenário atual onde vislumbramos a desvalorização do público, do coletivo e, em contrapartida o trabalho executado por estes profissionais, porta a porta, contato direto com o sofrimento e a realidade dos territórios, marcados por diferenças, entre territórios, ou mesmo dentro do seu território.

Ao avaliar estes alunos e sua apropriação da categoria território no cotidiano do trabalho, e identificar se o curso efetivou seus objetivos como o de formar trabalhadores cidadãos comprometidos com as novas práticas em saúde e os avanços tecnológicos do SUS em articulação com os demais trabalhadores, foi a pergunta de pesquisa e na análise dos dados foi visível que muito já foi assimilado, porém ainda circunscrito ao trabalho cotidiano destes trabalhadores, a dengue. Não foi possível ainda o desenvolvimento de um olhar de integração e de apropriação de todas as possibilidades existentes quando se trabalha efetivamente territorializado.

O exposto acima pode facilmente ser explicado quando da análise das respostas e considerando que estes profissionais em sua maioria desenvolvem suas atividades em período igual ou superior a 20 anos, dentro de uma estrutura que ainda trabalha em um mix de modernidade e de processos de trabalho que se repetem desde o tempo de Oswaldo Cruz no controle da dengue, ou melhor, no controle do vetor da dengue e da febre amarela *Aedes aegypti*.

O período igual ou superior a 20 anos de trabalho destes profissionais demonstra a necessidade de incorporação de novos trabalhadores no trabalho de controle de vetores no serviço público, visto que, um grande contingente deles vai se aposentar em um único momento.

Ao pesquisar os processos de trabalho, especificamente na categoria território dos agentes de vigilância em saúde de Nova Iguaçu, que passaram por um curso de qualificação profissional - o Proformar - foi possível evidenciar que no universo estudado, um percentual

expressivo de alunos já trabalha se utilizando dos conceitos da categoria território no trabalho cotidiano de controle da dengue.

Para esta análise foram utilizadas 75 entrevistas, de coordenadores que foram alunos do curso e foi visível a importância do processo formativo, muito bem avaliado pelos profissionais, e o desejo manifestado de continuar realizando cursos nos moldes do Proformar, cursos estes indispensáveis para aprimoramento das discussões já iniciadas no curso.

Ao analisar as respostas sobre territorialização em suas duas dimensões organizacional/gerencial e a técnica (GONDIM et al., 2008), é possível perceber que o aluno reconhece a importância das pessoas, do ambiente e das questões sociais na análise do processo saúde-doença, especificamente na dengue. Não foi possível (ainda), ampliar este horizonte, nem muito menos o desenvolvimento de trabalho articulado dentro dos diferentes segmentos da vigilância em saúde, entre os diferentes setores da secretaria ou mesmo com outros setores do poder público municipal.

Outro ponto a se destacar foi a inobservância da Portaria Nº 1.007, de 4 de maio de 2010 que 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, visto que a maioria dos profissionais se encontram, quase 2 anos após a publicação desta, trabalhando de forma desarticulada.

Finalmente a pesquisa conclui que o trabalho do aluno egresso do curso Proformar em Nova Iguaçu é feito de forma territorializada, trabalho este, executado sem sistematização nenhuma da gestão, porém com o “olhar diferente” na realização do trabalho cotidiano, do bater de porta em porta, de ouvir a população, do caminhar no espaço físico referente às ações de controle do vetor, enfim de construir um diagnóstico das condições de saúde da população e de suas necessidades considerando aspectos ainda muito relacionados à dengue, porém ampliados neste aspecto.

Foi possível ao aluno egresso transformar as suas práticas profissionais, ainda que de forma limitada, porém para transformar a realidade sócio-sanitária local, é necessária uma série de ações que não dependem apenas do profissional de saúde, mas da gestão e principalmente da vontade política de realizar projetos de intervenção territorializados.

Outro fator impactante seria a participação efetiva da Secretaria Municipal de Coordenação Política e Institucional – SEMCOPI na integração e reorganização das práticas realizadas pelo poder público local na lógica do território.

Desenvolver projetos dentro da política de educação permanente em vigilância em saúde. Investir em processos formativos dentro da perspectiva da vigilância em saúde e de sua integração com assistência. Itinerários formativos capazes de discutir com estes trabalhadores como atuar com uma complexidade de fatores existentes nos territórios e ao seu entorno. Objetividade e subjetividade, no entendimento que um território pode ser abrangente, e ao mesmo tempo singular.

Resumido, em Nova Iguaçu – município onde o estudo foi realizado- para mudar a realidade sanitária das localidades e construir projetos de intervenção territorializados, só será possível com a participação dos diferentes atores envolvidos. A integração dos diversos órgãos da Prefeitura e dos setores da SEMUSDEC (em todos os níveis de gestão); a população da localidade e os trabalhadores, para tanto, continuar investindo na formação de trabalhadores envolvidos com a coletividade em favor da saúde e da vida, com uma participação efetiva da política municipal como gestora do processo.

O ensino como ferramenta de promoção da saúde onde conhecer o passado, entender o presente e planejar o futuro se utilizando dos pilares da vigilância em saúde – Intersetorialidade, participação social e territorialização - são pressupostos para atuar na vigilância em saúde e transformar a realidade sócio-sanitária local.

[...] Não se trata, portanto, de algo irrealizável. Sem dúvida o campo da Saúde Coletiva encontra-se organicamente fincado no espaço político da formação social. Cabe lembrar que, ao contrário do que ensina a filosofia política de direita, Política não é a arte do possível, mas sim “a arte de construir a força social e política capaz de mudar a realidade, tornando possível, no futuro, o que hoje parece impossível”
[...] (TEIXEIRA apud Harnecker, 2000, p.114).

REFERÊNCIAS

BAGNATO, Maria Helena Salgado. Fazendo uma travessia:em pauta a formação dos profissionais da área da saúde.In: BAGNATO,Maria Helena;COCCO,Maria Inês Monteiro;SARDI Maria Regina Lemes (Org.) **Educação, saúde e trabalho: Antigos problemas, novos contextos, outros olhares**.Campinas,SP:editora Alinea,1999. p. 9-24.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.p.25-49.

_____. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO Anamaria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.p.51-86.

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo, GONDIM, Grácia Maria de Miranda, MONKEN Maurício. **Guia do Tutor**. Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro. 56p. 2003.

BRASIL. Assembléia Nacional Constituinte. Constituição **da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 de out. de 1988. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em janeiro de 2010

BRASIL. Congresso Nacional. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **100 anos de Saúde Pública: A visão da Funasa**, 2004. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/internet/biblioteca.asp>>. Acesso em: 28 de nov.2010.

BRASIL Fundação Nacional de Saúde. Museu da Funasa. **Antecedentes históricos.Sucam**. Disponível em:< <http://www.funasa.gov.br/internet/museuSucam.asp>>.Acesso em: 28 de nov. 2010.

BRASIL. Lei n.º 8.270, de 19 de dezembro de 1991. **Dispõe sobre reajuste da remuneração dos servidores públicos, corrige e reestrutura tabelas de vencimentos, e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1991/8270.htm>>. Acesso em 28 de nov. 2010.

BRASIL. Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. **Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em Jan. de 2012

BRASIL. Decreto n.º 3.450 de 9 de maio de 2000. **Aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, e dá outras providências.** Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/decretos/decr3450.pdf>> Acesso em 28 de nov. 2010.

BRASIL. Portaria n.º 01/SGTES/SVS de 8 de setembro de 2003. **Institui a Comissão de Coordenação Geral do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria18set2003.pdf>>. Acesso em Jan. de 2012

BRASIL. Portaria n.º 1.172, de 15 de junho de 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.** Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/pdfs/portarias/port_1172_2004.pdf>. Acesso em 28 de nov. 2010.

BRASIL. **Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23177> Acesso em 12 de jan. 2011.

BRASIL. Portaria No 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.unifesp.br/dmedprev/planejamento/pdf/port_GM198.pdf>. Acesso em 13 de jan. de 2011.

BRASIL. Portaria conjunta n.º 01/SGTES/SVS de 3 de novembro de 2005. **Institui a Comissão de Coordenação Geral do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1_03112005.pdf>. Acesso em Jan. de 2012

BRASIL. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.** Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107204-104.html>> Acesso em 01 de fev. de 2011.

CECCIN, Ricardo Bur, FERLA Alcindo Antonio. Educação Permanente em Saúde. In **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.162-168.

CAMPELLO, Ana Margarida de Mello Barreto, LIMA FILHO, Domingos Leite. Educação Profissional. In **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.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Paidéia**. São Paulo: 3º Ed. São Paulo: editora Hucitec, 2070

DELUIZ, Neise. **O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação**: Implicações para Currículo In: < <http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>> Acesso em fev. 2011.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O Território na Saúde a organização do sistema de saúde e a territorialização In: MIRANDA, Ary Carvalho et al (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p.237-255.

GRAMSCI, Antonio. *Cadernos do Cárcere* vol.1, **Apontamentos para uma introdução e um encaminhamento ao estudo da filosofia e da história da cultura**, p. 93-113. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004

IPAHB. **Instituto de Pesquisas e Análises Históricas e de Ciências Sociais da Baixada Fluminense**. Disponível em:< <http://www.ipahb.com.br/generali.php>.> Acesso em 20 de Nov. de 2010.

LOBO NETO, Francisco J. da Silveira. **Tempo da Constituinte**: A educação dos trabalhadores frente às mudanças e inovações tecnológicas In: Capítulo 3: Formação do cidadão produtivo a cultura de mercado no ensino médio técnico. Org. FRIGOTTO, Gaudêncio. CIAVATTA Maria. Brasília, Inep, 2006

MELO, Gerlanne Luiza Santos. Servidores públicos não estáveis: lesão aos princípios Constitucionais. **Caderno de Estudos Ciência e Empresa**: Teresina, Ano 8, n. 1, jul. 2011 Disponível em : <<http://www.faete.edu.br/revista/artigo%20Gerlanne%20D.%20Publico%20ABNT.pdf>> Acesso em Março de 2012.

MINISTERIO DA SAÚDE, FUNASA. **Dengue instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas**.3^oed.,rev.Brasilia,2001.

MIRANDA, Ary Carvalho; BARCELLOS, Christovam, MOREIRA, Josino Costa et al. **Território, ambiente e saúde**.Rio de Janeiro:editora Fiocruz, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 12^o Ed. São Paulo: editora Hucitec, 2010

MONKEN Maurício; GONDIM, Grácia Maria de Miranda. **Caderno de Atividades do Trabalho de Campo**. Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro. 64 p. 2003.

MONKEN, Mauricio; BARCELLOS Christovam. **O território na promoção e vigilância em saúde** In: FONSECA, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.p.177-224

MONKEN, Mauricio et al. O Território na Saúde; Construindo referências para análises em saúde e ambiente In: MIRANDA,Ary Carvalho at al (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p.23-41.

MONKEN, Mauricio. Contexto, território e o processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde In: BARCELLOS, Christovam (Org.). **A Geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO: ICICT: EPSJV, 2008. p.141-163.

NEVES, Lúcia M.W. (org.) **À direita para o social e a esquerda para o capital. Intelectuais da nova pedagogia da hegemonia no Brasil**. São Paulo, Xamã, 2010.
PAIM, Jairnilson Silva: ALMEIDA FILHO, Naomar. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador, BA: EDUFBA, 2006

PEREIRA, I.B. **A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde.** In: PINHEIRO, R e MATTOS, R.A. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC: ABRASCO, 2009. p.145-181.

PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA Júlio Cesar França. Educação Profissional em Saúde. In **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.

PEREIRA Isabel Brasil, RAMOS Marise Nogueira. A política de educação permanente em saúde: o risco de um transformismo conceitual In **Educação Profissional em Saúde.** Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006

PROFORMAR, **Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde.** Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/proformar/>>. última atualização: 29/04/2004.Acesso em 12 de Jan. de 2011

RAMOS, Marise Nogueira. **Indicações teórico-metodológicas para a elaboração de currículos na educação profissional de nível técnico em saúde,** 2002.32 f. – Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma14.pdf>. Acesso em 2 fev. 2011.

REIS, Sergio Luis. **A resistência dos mata-mosquitos.** Rio de Janeiro: editora Urbana Arte&Comunicação, 2005

REIS, Renata. Vigilância(s) em (da) Saúde: experiências e indefinição da formação técnica. In: **Revista RET-SUS,** Rio de Janeiro, Ano I, nº 9, 4-7, 2005

RUMMERT, Sonia Maria. Jovens e adultos trabalhadores e a escola. A riqueza de uma relação a construir In: FRIGOTTO, Gaudêncio;CIAVATTA,Maria (org.). **A experiência do trabalho e a educação básica.** 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Lamparina 2010, p.113-124.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção.** 4 ed. 5 reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009

TEIXEIRA, Carmem. **O futuro da prevenção.** Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

ANEXO 1 QUESTIONÁRIO DO ALUNO

I Identificação

1- Nome: _____

2-Idade: _____ anos

3-Nome do tutor da turma do Proformar: _____

4- Vínculo: estatutário () Celetista () Outro () especifique: _____

5-Tempo de trabalho na Instituição (em anos): _____

6-Tempo que atua como Supervisor Geral ou Supervisor de Campo: _____

7-Listar o/s local/ais que exerce/u atividades nos últimos 12 meses:

II Por que decidiu fazer o Proformar?

1-Capacitação profissional: 1.() sim 2.() não

2-Exigência formal de titulação: 1.() sim 2.() não

3-Gratuidade do curso: 1.() sim 2.() não

4-Proximidade do local de trabalho: 1.() sim 2.() não

5-Liberação do setor de trabalho: 1.() sim 2.() não

6-Relação com atividade exercida na instituição: 1.() sim 2.() não

7-Depois a realização do Proformar realizou outros cursos na área de saúde e/ou outras áreas de conhecimento: 1.() sim 2.() não

Em caso negativo explique os motivos:

Em caso positivo especifique os cursos:

8- Você gostaria de participar de outros processos formativos nos moldes do Proformar:

1.() sim 2.() não

Em caso negativo explique os motivos:

Em caso positivo especifique os cursos:

III Grau de satisfação com o curso / Nota (entre 1 e 10) :

1-O curso de modo geral: _____

2-O relacionamento com os colegas de profissão: _____

3-O relacionamento com o Tutor: _____

4-As discussões realizadas nos momentos presenciais: _____

5-A realização do trabalho de campo: _____

6-O material didático: _____

IV Territorialização

1-Localiza na sua área de atuação as unidades de saúde

1.() sim 2.() não

Em caso negativo explique os motivos:

Em caso positivo especifique as unidades:

2-A população da sua área tem acesso aos serviços e programas de Saúde

1.() sim 2.() não

Justifique a resposta

3-Conhece/reconhece como se organizam as ações de saúde (das mais simples às mais complexas) no município e no seu território de atuação:

1.() sim 2.() não

Justifique a resposta

4-Sabe quais são as doenças mais comuns na sua área de atuação

1.() sim 2.() não

Justifique a resposta

5-Trabalha articulado com as equipes de saúde da atenção básica (PSF, Postos de Saúde) no seu território de atuação:

1.() sim 2.() não

Justifique a resposta

6-Conhece/reconhece no trabalho cotidiano a inter-relação com outros setores no território em que atua (saneamento, educação, cultura etc.):

1.() sim 2.() não

Justifique a resposta

7-Conhece/reconhece as principais características em sua área de atuação:

1.() sim 2.() não

Justifique a resposta

8-Identifica problemas e necessidades a serem enfrentadas no território?

1.() sim 2.() não

Justifique a resposta

9-Estabelece relação entre as condições de vida e a situação da população no território em que atua?

1.() sim 2.() não

Justifique a resposta

10-Correlaciona a informação epidemiológica aos problemas detectados no seu território no trabalho cotidiano?

1.() sim 2.() não

Justifique a resposta

11-Utiliza rotineiramente entrevistas com a população para elaboração de diagnóstico dos problemas de saúde e condições de vida da população do seu território

1.() sim 2.() não

Justifique a resposta

12-Utiliza o mapa do território:

12.1 Para identificar os problemas de saúde do território?

1.() sim 2.() não

Em caso negativo justifique a resposta

Em caso positivo, a construção do mapa é realizada com a equipe

12.2 Para identificar as potencialidades que podem ser utilizadas nos processos de intervenção no território?

1. () sim 2.() não

Justifique a resposta

13-Realiza ou realizou projetos de vigilância e promoção da saúde no seu território

1.() sim 2.() não

Em caso negativo justifique:

Em caso positivo liste os projetos:

ANEXO 2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1-Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa A inserção do Agente de Vigilância em Saúde (Avisa) no território trabalhado durante e após o processo formativo do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar) desenvolvida por Virginia Sequeira Moreira aluna da turma 2010 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 com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ).

4- Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a forma como a categoria território foi incorporada nas práticas cotidianas dos alunos egressos do processo formativo de educação profissional em saúde do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), do núcleo de apoio discente nº13, Município de Nova Iguaçu, RJ.

5-Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário com duração prevista de 04 horas.

6-Os riscos relacionados com sua participação são expor sua avaliação sobre o curso e a utilização da categoria território em seu trabalho cotidiano.

7- Os benefícios relacionados com a sua participação são contribuir efetivamente para o aperfeiçoamento das ações de qualificação profissional na área da 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: RUA Dr. PEDRO DA CUNHA 2051, ARAÇATIBA, MARICÁ-RJ

CEP: 24900000

Telefones: 26341242 E 97519235

DADOS DA PESQUISADORA:

Nome: Virginia Sequeira Moreira

Endereço: Rua Darcy Vargas, 164 – Nilópolis – RJ

CEP: 26520440

Telefones: 8885 4151, 2791 4151

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa 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

Nova Iguaçu _____ de _____ de _____

Sujeito da pesquisa

ANEXO 3 RELAÇÃO DOS COORDENADORES DE CAMPO E COORDENADORES GERAIS DO CENTRO DE VIGILÂNCIA AMBIENTAL – MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU – RIO DE JANEIRO

Nº	Nome	Localidade	Preencheu o Questionário	Fez o Proformar
1	ABILIO JORGE	SUP JARDIM PARAISO	OK	OK
2	ADILTON BENTO	SUP. GENECIANO	NÃO QUER PARTICIPAR	
3	AILSON DOS SANTOS ALMEIDA	SUP. CARLOS SAMPAIO	OK	NAO
4	ALBERTO MENDES DA SILVA	SUP. VILA GUIMARÃES	OK	OK
5	ALBERTO PEREIRA	SUP. GERAL CENTRO II	NÃO QUER PARTICIPAR	
6	ALEXANDRE DA SILVA	SUP. OURO VERDE	OK	OK
7	ALEXANDRE KOX	SUP. PARQUE AMBAÍ	OK	OK
8	ALMIR STELLET FARIA	SUP. CACUIA	OK	OK
9	ANDERSON DE ASSIS VERRI	SUP. JD. NOVA ERA	OK	NÃO
10	ADILSON PIRES COSTA	SUP. GERAL TINGUA	Ok	Ok
11	ADRIANA GOMES SERRA PEREIRA	SUP. MARAPICU	OK	OK
12	ALBERTO PONTES	SUP. RANCHO FUNDO	OK	OK
13	ANDRE DA SILVA MELLO PEREIRA	SUP. BAIRRO DA LUZ	OK	OK
14	ANTONIO ARAGUARI ALVES	SUP. POSSE	OK	OK
15	ANTONIO CARLOS DO NASCIMENTO	SUP. GERAL VILA DE CAVA	OK	OK
16	ANTONIO CARLOS MACHADO	SUP. FIGUEIRA	NÃO QUER PARTICIPAR	
17	ANTONIO CARLOS SEIXAS DE SOUZA	SUP. COM. SOARES	OK	OK
18	CARLOS LONGO	SUP. GERAL POSSE	NÃO QUER PARTICIPAR	
19	CARLOS ALBERTO BARROS DA SILVA	SUP. CHACRINHA	OK	OK
20	CELIO CORREIA DA SILVA	SUP. NOVA ERA	OK	NÃO
21	CLAUDIO ARMINDO	SUP. DE CAMPO FAD	OK	OK
22	DENILSON VAZ	SUP. VILA OPERARIA	NÃO QUER PARTICIPAR	
23	DIRLEY BARBOSA LICURCI	SUP. GERAL CENTRO I	OK	NÃO
24	ELCIMAR DE ALMEIDA PDE MELLO	VILA CAVA/SANTA RITA	Ok	OK
25	ELIANE FELICIO	SUP. VALVERDE	OK	OK
26	EMMANUEL CAETANO	SUP. DE CAMPO FAD	OK	OK
27	EMILIANO JOSE LUIZ	SUP. ROSA DOS VENTOS	NÃO QUER PARTICIPAR	
28	FABIO DOS SANTOS	SUP. JD. IGUAÇU/MOQUETÁ	OK	OK
29	FERNANDO LUIZ	SUP. PARAISO	OK	OK
30	FERNANDO DA SILVA SANTOS	SUP. GERAL COM. SOARES	OK	OK
31	FRANCISCO CARLOS AMANCIO	SUP. GERAL KM. 32	OK	OK
32	GEOVAN DE SOUZA	SUP. AMBAI/P.FLORA	OK	OK
33	HERCULES CARDOSO DE S CORRÊA	SUP. KM. 32	OK	OK
34	HUMBERTO DA SILVA	SUP. PALHADA	OK	OK
35	HAROLDO DE FREITAS RODRIGUES	SUP. PRADOS VERDES	OK	OK
36	ISAAC DOS SANTOS FILHO	SUP. JD. GUANDU	OK	NAO
37	ISAURA DO ESPIRITO SANTO	SUP. VILA NOVA	OK	OK
38	IVONETE SOARES	SUP. VASQUINHO	OK	OK

39	ISRAEL BERNARDINO DE SOUZA	SUP. IPIRANGA	OK	OK
40	JAILSON VIEIRA	SUP. PRADOS VERDES	OK	OK
41	JOÃO CARLOS SANTOS	SUP. ALVORADA	OK	OK
42	JORGE VALDIR	SUP. CERÂMICA	NÃO QUER PARTICIPAR	
43	JOSE MAURO MARTINS LOPES	SUP. CAMPO ALEGRE	OK	OK
44	JOSIAS MAGALHÃES	SUP. GRAMA	OK	OK
45	JUCIARA PEREIRA DE ARAÚJO	SUP. AUSTIN	OK	OK
46	JOÃO C. DA SILVA SANTOS	SUP.GERAL COM. SOARES	OK	OK
47	JOEL DIAS	SUP. GERAL MIGUEL COUTO	OK	OK
48	JORGE COSTA MENEZES	SUP. JD. PERNAMBUCO	OK	OK
49	JORGE NOGUEIRA	SUP. MONTEVIDEU	Ok	Ok
50	JORGE SIMÕES	SUP. JD. PALMARES	OK	OK
51	JOSE FERNANDES DE SOUZA	SUP. CENTRO II	OK	OK
52	JOSE MESSIAS PINTO RIBEIRO	SUP. CARMARY	OK	OK
53	JOSE ROBERTO GOMES DOS SANTOS	SUP. TINGUA	OK	OK
54	KELLY REGINA CANDIDO RAMOS	SUP. N. IGUAÇU CENTRO	OK	OK
55	LAURO REGINALDO M. DA SILVA	SUP. STA. EUGENIA	OK	OK
56	LUIZ CARLOS LOURENÇO	SUP. RIACHÃO	OK	OK
57	LEOLINO ANTONIO	SUP. SANTA RITA	NÃO QUER PARTICIPAR	
58	LUCIANO NASCIMENTO GOMES	SUP. CAMPO ALEGRE	OK	OK
59	LUCIANO ROGERIO P DE OLIVEIRA	SUP. NOVA AMÉRICA	OK	OK
60	MADISON LUIZ	SUP. CALIFORNIA	OK	OK
61	MARCELO RIBEIRO GONÇALVES	SUP CABUÇU	OK	OK
62	MARCELO SILVA DE MENEZES	SUP. KM. 32	NÃO QUER PARTICIPAR	
63	MARCIO GOMES	PARQUE AMBAI	OK	OK
64	MARCIO MOREIRA DA SILVA	SUP. INCONFIDENCIA	OK	OK
65	MARCOS ARNALDO	SUP. POSSE	OK	NÃO
66	MARCOS CESAR S. RODRIGUES	PQ SÃO FRANCISCO	OK	OK
67	MARCOS CESAR	SUP. LAGOINHA	NÃO QUER PARTICIPAR	
68	MARIA AMELIA DA SILVA SOUZA	SUP. LAGOINHA/CABUÇU	OK	OK
69	MARY IGNEZ C. A. DOS SANTOS	SUP. BAIRRO BOTAFOGO	OK	OK
70	MILTON BITENCOURT DE ABREU	SUP. PONTO CHIC	OK	OK
71	NELSON PIMENTEL DE SANT'ANNA	SUP. AUSTIN	OK	OK
72	NILSON REIS DA COSTA	SUP. MARAPICU	OK	NÃO
73	NEUJAIN URUGUAÇU SOUTO DE OLIVEIRA	JARDIM TROPICAL/PRATA	OK	OK
74	NOEL DA SILVA	SUP. PRATA	NÃO QUER PARTICIPAR	
75	OSDY PEREIRA DE BARROS	SUP. GERAL AUSTIN	OK	OK
76	ORLANDO C DA CONCEIÇÃO	SUP. SANTA RITA	OK	NÃO
77	PAULO MESSIAS	SUP. ENGENHO PEQUENO	OK	OK
78	PAULO MENDES ALVISIO	SUP. TINGUA	OK	NAO
79	REINALDO DOS SANTOS FIONTINA	SANTA RITA	Ok	NAO
80	RENATO DAMIÃO	SUP. IGUAÇU VELHO	OK	OK
81	ROMIR DAVID D. GARCIA	SUP.GERAL SUB. CABUÇU	OK	OK

82	RONALDO FERNANDES PIMENTA	JARDIM DA VIGA	Ok	OK
83	REINALDO DA PENHA FERREIRA	SUP. MIGUEL COUTO	OK	OK
84	RICARDO FRAGA	SUP. TINGUAZINHO	OK	OK
85	RICARDO LOPES GUEDES	SUP. CABUÇU	OK	OK
86	ROBERTO CARLOS DE OLIVEIRA	SUP. JARDIM LARANJEIRAS	OK	OK
87	ROGERIA DE CASSIA	SUP. N. IGUAÇU CENTRO I	OK	OK
88	RUBENS FERNANDES	SUP. GERAL CABUÇU	OK	OK
89	SAMUEL ESTULANO DE O FILHO	SUP. PARAISO	OK	OK
90	SANDRA LIDIA M. BERNARDO	SUP. K-11	OK	OK
91	SERGIO SANTOS	SUP. RANCHO NOVO	NÃO QUER PARTICIPAR	
92	SEVERINO FRANCISCO DOS SANTOS	SUP. CORUMBA	OK	OK
93	SHEILA CARDOSO REIS	SUP. AUSTIN	OK	OK
94	VALTER BONFIM	SUP. ADRIANÓPOLIS	NÃO QUER PARTICIPAR	
95	WAGNER PEÇANHA DE ARAUJO	SUP. BOA ESPERANÇA	OK	OK
96	WANDERLEI VICENTE	SUP. CENTRO I	OK	OK
97	WELLINGTON ELINO	SUP. DANON	OK	OK
98	WILLIAM ALVES DO NASCIMENTO	SUP. RODILANDIA	OK	NAO
99	WILLIAM TEIXEIRA DA SILVA	SUP. CORUMBÁ	OK	NAO
100	WILLIAM FERREIRA DA SILVA	SUP. KENNEDY	OK	OK

Fonte: CVA / Nova Iguaçu

100 Profissionais Coordenadores de Campo/Gerais
*13 não quiseram participar da pesquisa
*87 participaram (destes, 12 excluídos, não realizaram o Proformar)

ANEXO 4 QUADRO DE USOS E PROPÓSITOS COM ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DAS CATEGORIAS ANALÍTICAS DO QUESTIONÁRIO

CATEGORIAS ANALÍTICAS - ANÁLISE DAS VARIÁVEIS

I Identificação			
Pergunta descrição		Usos / Propósitos	Análise de conteúdo
Itens	Nome	Identificar o entrevistado no grupo estudado	85,3% do sexo masculino , uma característica do conjunto de trabalhadores da Funasa composto em sua maioria de homens.
	Idade	Verificar se o grupo estudado está em estratos etários iguais ou próximos	96% na faixa etária superior a 40 anos, fato que demonstra a falta de investimentos por parte da instituição para realização de concurso público para esta categoria profissional, levando sua extinção no nível federal.
	Nome do tutor do Proformar	Verificar no grupo estudado o número de profissionais envolvidos na capacitação, e se este número interfere na análise dos resultados e caracterizar vínculo tutor aluno	18 profissionais envolvidos na capacitação. 82,7% dos alunos lembravam o nome do tutor, apesar do tempo decorrido da realização do curso, o que caracteriza o vínculo tutor/aluno.
	Vínculo	Conhecer o regime jurídico em que o trabalhador se enquadra e verificar os servidores em situações diferenciadas (com ou sem o direito de estabilidade). Verificar se essa diferença de vínculo interfere na análise dos resultados	73,3% dos profissionais enquadrados no regime celetista.
	Tempo que trabalha na instituição	Indicar o tempo que o entrevistado atua na instituição. Verificar se entre os entrevistados a diferença de tempo de instituição interfere na análise dos resultados	92% exercem atividades na instituição a um período igual ou superior a 20 anos, reiterando a falta de reposição desta categoria profissional que pode levar à sua extinção no nível federal e a necessidade de reposição dos trabalhadores que exercem atividades de controle de endemia nos municípios

Itens	Tempo que atua como Coordenador de Campo	Indicar o tempo que o entrevistado atua na função. Verificar se entre os entrevistados a diferença de tempo na função interfere na análise dos resultados	32,1% atuando como supervisores em um período de até 04 anos e 67,9% acima de 05 anos
	Locais em que atua/ou nos últimos 12 meses	Indicar o tempo que o entrevistado atua no lugar. Verificar a relação entre o tempo e a integração ao território	89,3% exercem suas atividades na mesma localidade a períodos superiores a 12 meses, o que é de extrema importância para análise dos dados referentes à territorialização, visto ser um pressuposto a integração do profissional ao <i>modus operandi</i> da comunidade

II Decisão de realizar o Proformar			
Os motivos / facilidades			
Pergunta descrição	Usos / Propósitos	Análise de conteúdo	
Itens	Capacitação profissional	Indicar possível objetivo do aluno	96% dos alunos com objetivo de capacitação profissional
	Exigência formal de titulação	Indicar conhecimento sobre a inexistência formal da instituição de participação no curso	58,7% entendiam como exigência formal da instituição
	Gratuidade	Verificar se estes fatores foram motivacionais para a realização do curso	66,70% indicaram positivamente a gratuidade
	Proximidade do trabalho		54,70% indicaram positivamente a proximidade do trabalho
	Liberação do trabalho		48% indicaram positivamente a liberação do trabalho
	Relação com atividade exercida na instituição		86,70% indicaram positivamente a relação com a atividade exercida na instituição
	Após o término do curso realizou outros processos formativos		Verificar se o curso despertou interesse para outros processos formativos
Participação em outros cursos semelhantes à proposta do Proformar	Verificar se a metodologia do curso despertou interesse para outros processos formativos com mesmo perfil metodológico	89,30% dos alunos gostariam de participar de outros processos formativos com mesmo perfil metodológico	

III Grau de satisfação com o curso			
Pergunta descrição	Usos / Propósitos	Análise de conteúdo	
Itens avaliados com notas de 01 a 10	Curso de modo Geral	Verificar o grau de satisfação do curso em todos os seus aspectos na análise do aluno	86,6% avaliando com notas iguais ou superiores a oito, sendo que destes, 56% deram nota máxima.
	Relacionamento com colegas	Verificar se houve integração entre os profissionais durante a realização do curso	60% deram nota máxima ao relacionamento com os colegas de profissão
	Relacionamento com tutor	Verificar se houve integração entre os profissionais e o tutor durante a realização do curso	68% deram nota máxima quando se referiram ao relacionamento com o tutor.
	Discussões realizadas em sala de aula	Verificar se a dinâmica utilizada em sala de aula proposta na metodologia foi bem aceita pelos alunos	40% dos alunos deram nota máxima e 52% com notas entre sete e nove para as discussões realizadas em sala de aula
	Realização do trabalho de campo	Verificar se a realização do trabalho de campo, base do processo formativo, foi bem aceita pelos alunos	50,7% dos alunos deram nota máxima e 42,6% com notas entre sete e nove para a realização do trabalho de campo
	O material didático	Verificar se o material didático utilizado no curso foi adequado à expectativa do aluno	69,3% dos alunos deram nota máxima e 21,3% com notas entre sete e nove para o material didático utilizado no curso.

OBS: Nenhum aluno deu nota abaixo de cinco em nenhum dos itens pesquisados

ANEXO 5 QUADRO DE USOS E PROPÓSITOS COM ANÁLISE DAS VARIÁVEIS DAS CATEGORIAS OPERACIONAIS DO QUESTIONÁRIO

CATEGORIAS OPERACIONAIS - ANÁLISE DAS VARIÁVEIS

IV Territorialização			
Dimensão Técnica			
Pergunta descrição	Usos / Propósitos	Análise de conteúdo	
Processo saúde doença numa abordagem territorial	Doenças comuns no território	Identificar se o aluno conhece os problemas de saúde prioritários no território.	77,3% com conhecimento das doenças mais comuns na área de atuação, através do contato com o morador no cotidiano do trabalho
	Articulação com atenção básica	Identificar se o entrevistado trabalha articulado aos profissionais da atenção básica no território	70,7% dos alunos sem nenhuma articulação com atenção básica, “não existe obrigatoriedade”, “falta de integração”, “não depende do agente e sim do gestor”, “dificuldades de relacionamento com os agentes da atenção básica” e “não tem atenção básica no território”, quando integrados apenas com troca de informações relacionadas à dengue
	Relação entre condições de vida e problemas de saúde da população no território	Identificar se o entrevistado relaciona a prevalência de doenças com as vulnerabilidades socioambientais, políticas e culturais no território	85,3% dos alunos estabelecem relação entre condições de vida e a situação da população no território, através da visita rotineira às residências, tendo sido citado “precariedade da área”, “saneamento básico: água, esgoto e coleta de lixo”, “saúde, educação, lazer”, “poder aquisitivo” e “cultura”, porém em sua maioria relacionando à questão da dengue
	Utilização de entrevistas	Verificar se o entrevistado se utiliza de entrevistas para identificar os problemas no território, na percepção da população	66,7% não utiliza de entrevistas com a população para elaboração de diagnóstico dos problemas de saúde e condições de vida, “dificuldade de realização”, “medo da cobrança da população”, “não é responsabilidade do agente”, “não tem respaldo da chefia”, “não está definido no trabalho”

Circunscribe e espacializa problemas de saúde e população específicos para intervenções em saúde	Utiliza mapa para identificar problemas de saúde no território	Identificar se o entrevistado espacializa no mapa os problemas de saúde no território e correlaciona com os riscos e vulnerabilidades à saúde e ao ambiente	61,3% se utilizam do mapa, somente para espacializar imóveis e casos de dengue, nenhum agente espacializa outros problemas de saúde no território. 34,7% não se utilizam do mapa “mapa desatualizado”, “conhece a localidade”, “falta de tempo” e “não tem o mapa
Circunscribe e espacializa riscos e vulnerabilidades à saúde e ao ambiente	Relação entre condições de vida e problemas de saúde	O entrevistado compreende e analisa os contextos para identificar os fatores de risco e vulnerabilidades à saúde e ao meio ambiente e os	93,3% têm conhecimento das principais características do território, através do trabalho cotidiano de controle da dengue e descreveram geograficamente a área.
	Necessidades do território	correlaciona com os problemas de saúde prevalentes no território	100% dos alunos declararam identificar problemas e necessidades do território tais como: “saneamento básico: água, esgoto e coleta de lixo”, “escolas”, “segurança”, “moradia”, “baixo poder aquisitivo” e o “transporte deficitário”. “drogas”, “desemprego”, “áreas de risco” e “lazer”
Utilização da Epidemiologia	Correlaciona epidemiologia aos problemas de saúde no território	O aluno identifica a importância da coleta sistemática de dados para identificação de situações problema e necessidades em saúde no território. O entrevistado correlaciona à informação epidemiológica e utiliza as informações para o planejamento das ações	77,3% dos alunos responderam que utilizam, se bem que, a maioria refere os dados somente sobre a dengue, 17,3% não utilizam por não receberem informações epidemiológicas do território.
Ações de promoção e vigilância em saúde	Projetos de promoção e vigilância em saúde	Identificar se o aluno participa de eventos de promoção e vigilância e as relacionam ao trinômio informação-decisão-ação da vigilância em saúde	53,3% dos alunos realizam ou realizaram projetos na área de vigilância e promoção da saúde. Os que não participam citam “falta de integração com outros setores da saúde”, “falta de oportunidade” e “falta de condições materiais”.