

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

Cláudia Lemos Vieira Lima

O TRABALHO DOS AGENTES DE CONTROLE DE ENDEMIAS E AS
CONCEPÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Rio de Janeiro

2016

Cláudia Lemos Vieira Lima

O TRABALHO DOS AGENTES DE CONTROLE DE ENDEMIAS E AS
CONCEPÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Educação Profissional em Saúde

Orientadora: Profa Dra Márcia de Oliveira
Teixeira

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

L732t

Lima, Cláudia Lemos Vieira

O trabalho dos agentes de controle de endemias e as concepções da vigilância em saúde / Cláudia Lemos Vieira Lima. - Rio de Janeiro, 2016.

112 f.

Orientadora: Márcia de Oliveira Teixeira

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

1. Agente de Combate de Endemias. 2. Saúde. 3. Vigilância em Saúde. 4. Trabalho. I. Teixeira, Márcia de Oliveira. II. Título.

CDD 614.422

Cláudia Lemos Vieira Lima

O TRABALHO DOS AGENTES DE CONTROLE DE ENDEMIAS E AS
CONCEPÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Educação Profissional em Saúde

Aprovada em 10/11/2016

BANCA EXAMINADORA

Sérgio Ricardo de Oliveira (FIOCRUZ / EPSJV / LABMAN)

Bianca Ramos Marins Silva (ISC/UNIRIO)

Carlos Frederico Campelo de Albuquerque e Melo (OPAS/OMS)

Maurício Monken (FIOCRUZ / EPSJV / LAVSA)

Carlos Machado de Freitas (ENSP)

AGRADECIMENTOS

Para as minhas filhas Maria Clara, Valentina e Helena, pelo incentivo diário de crescimento e busca de novas possibilidades no futuro para as coletividades.

Aos agentes de controle de endemias, pelas grandes trocas de aprendizagens em um canal dinâmico de comunicação, afetividade e novas propostas para a saúde pública.

A Fiocruz e EPSJV, pela grande e extraordinária formação para entender saúde pública e o contexto social, político e econômico. Sempre imbricados.

À Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e às Escolas do SUS, por possibilitarem a minha atividade inicial como sanitarista sempre motivada pela vigilância em saúde, promoção da saúde e transformação social.

À OPAS/OMS por contribuir na continuidade de um caminho de atuação em saúde pública e promoção da saúde.

Sigo em aprendizagem e em frente. O foco e a melhoria devem ser do processo de trabalho e da integração, e não da delimitação de espaços de poder ou funções.

RESUMO

A dissertação surgiu das inquietações despertadas a partir da atuação em docência nos processos formativos dos Agentes de Controle de Endemias na Escola Técnica do SUS no Estado da Bahia. Inquietações relacionadas à identificação de lacunas entre o trabalho efetivo dos Agentes de Controle de Endemias e a concepção do trabalho técnico de vigilância em saúde ancorada na integralidade e na promoção da saúde.

O objetivo, portanto, é analisar o trabalho dos Agentes de Controle de Endemias frente à perspectiva de desfragmentação do trabalho e integração das áreas Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e da Saúde do Trabalhador, segundo a concepção contemporânea de vigilância em saúde, além da articulação e fortalecimento da promoção da saúde junto ao trabalho destes atores do SUS.

O trabalho de pesquisa utilizou uma abordagem qualitativa baseada na revisão de literatura em vigilância em saúde, políticas públicas, trabalho e promoção da saúde; a análise documental de normas, portarias, decretos do Ministério da Saúde, diretrizes de processos formativos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, fluxos de trabalho das equipes dos centros de zoonoses ligados a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, além de textos, pesquisas e documentos do Ministério da Saúde e produzidos por pesquisadores, sobretudo, da Universidade Federal de Minas Gerais (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva), sobre o processo de trabalho e as atribuições dos trabalhadores de nível médio que atuam em vigilância em saúde.

Os principais achados da pesquisa descortinaram as lacunas identificadas no processo de trabalho dos agentes na perspectiva do distanciamento da vigilância em saúde e atuação em promoção da saúde, além da total fragmentação do fluxo de trabalho de vigilância em saúde em todas as instâncias, e em paralelo, a lacuna no processo laboral deste trabalhador de nível médio, com foco específico em endemias e prevenção de doenças transmissíveis e em dissonância com a perspectiva da integralidade em saúde.

Estas informações contribuem para planejamentos mais efetivos em saúde pública e construção de políticas públicas mais operacionais, que estimulem a integração das áreas em vigilância em saúde.

Palavras-Chave: Vigilância em Saúde. Agentes de Controle de Endemias. Trabalho em Saúde.

ABSTRACT

The thesis has emerged from concerns brought about the role of teaching in the formative processes of the Health Surveillance technicians at the SUS Technical School in the state of Bahia. Concerns related to the identification of gaps between the effective work of the Endemic Control Agents. And the conception of health surveillance technical work based on the integrity and health promotion. Therefore, the target is to analyze the work of Endemic Control Agents compared to the perspective of working defragmentation and integration of the epidemiologic environmental, health and the workers' health areas. As it has been said by the health surveillance contemporary conception. Besides the articulation and the strengthening, as well as health promotion linked to the work of these SUS actors. The research work has used a qualitative approach based on the revision in health surveillance literature, public policy, work and health promotion; documentary analysis of standards, ordinances, acts of the Health Ministry, guidelines of the training processes from the State of Bahia Secretary of health. Workflows from the team of zoonoses centers connected to the Municipal of health in Salvador, besides texts, research and documents produced by researchers mainly from the Federal University of Minas Gerais, about the work process and the duties of endemic control agents. The main findings of the study revealed the gaps identified in the work process of the agents in the perspective of distancing health surveillance and health promotion, in addition to the total fragmentation of the workflow of health surveillance in all instances, and in parallel. The gap in the labor process of this middle-level worker, with a specific focus on endemics and prevention of communicable diseases and in dissonance with the perspective of integrality in health. This information contributes to more effective planning in public health and construction of more operational public policies that stimulate the integration of the areas in health surveillance.

Keywords: Health Surveillance. Endemic Control Agents. Work in Health.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA: Agência nacional de Vigilância Sanitária
ACE: Agente de Controle de Endemias
ACS: Agente Comunitário de Saúde
CCZ: Centro de Controle de Zoonoses
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
EFTS: Escola de Formação Técnica Professor Jorge Novis
EPSJV: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ETSUS-BA: Escola Técnica do SUS - Bahia
FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA: Fundação Nacional de Saúde
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS: Ministério da Saúde
PNEPS: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde
PROFAE: Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFORMAR: Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
PSF: Programa de Saúde da Família
NR: Norma Regulamentadora
OMS: Organização Mundial da Saúde
OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde
SESAB: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SGETS: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SINDACS: Sindicato de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias da Bahia
SUS: Sistema Único de Saúde
SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde
UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais
VA: Vigilância Ambiental
VE: Vigilância Epidemiológica
VISA: Vigilância Sanitária
VISAT: Vigilância em Saúde do Trabalhador
VISAU: Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
O OBJETO	18
QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	20
OBJETIVO GERAL.....	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	21
CAPÍTULO 1	
1.1 AS CONCEPÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	24
CAPÍTULO 2	
2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO ÁREA ESTRATÉGICA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	34
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E PRÁTICAS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	43
2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO UMA SOLUÇÃO DE ARTICULAÇÃO NO PROCESSO	48
CAPÍTULO 3	
3.1 OS AGENTES DE CONTROLE DE ENDEMIAS E AS LACUNAS DE ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO	58
3.2 TRABALHO E SUAS COMPETÊNCIAS	67
3.3 O CURSO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AS LACUNAS NO TRABALHO DOS AGENTES	75
CAPÍTULO 4	
CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÕES PARA MELHORIA E POSSIBILIDADES DE AVANÇOS EM SAÚDE PÚBLICA	95
ANEXOS	102
REFERÊNCIAS	106

INTRODUÇÃO

A motivação inicial para fazer o mestrado e esta dissertação nasceu das vivências acumuladas como docente do processo formativo de técnicos de vigilância em saúde em uma escola do SUS, na cidade de Salvador/BA, entre o período de 2014 e 2015. Estes trabalhadores desenvolvem ações de prevenção e investigação de endemias nos territórios e são chamados agentes de controle de endemias; após o processo formativo, tornam-se técnicos de vigilância em saúde.

Os discentes envolvidos nos processos formativos, enquanto trabalhadores do controle de endemias fazem parte do complexo cenário dos centros urbanos, cujo enfrentamento de endemias se mistura com o avanço das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs). Há, no contexto brasileiro atual, uma prevalência de epidemias e complicações geradas por doenças como Dengue, Zika e Chikungunya, que exercem impactos na qualidade de vida das populações, por causarem malformações congênitas, entre outras mazelas, pois existe uma relação íntima entre as condições econômicas e sociais dos indivíduos e as doenças que afetam sua saúde, fatores caracterizados pelos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Como sanitarista e devido às experiências obtidas durante a concepção e implementação de políticas públicas e projetos de promoção da saúde na cidade de Salvador, de imediato, identifiquei grandes lacunas entre o trabalho dos agentes de controle de endemias em formação e as concepções contemporâneas de vigilância em saúde e o movimento da promoção da saúde.

Assim, a fim de observar, caracterizar e compreender essas lacunas, o trabalho aqui apresentado pretende explorar as questões que envolvem o trabalho dos agentes de controle de endemias, os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e as políticas públicas participantes, através de um mergulho no referencial teórico da vigilância em saúde, mas também nos princípios, valores, concepções de estado e sociedade que informaram a Reforma Sanitária e a proposição e organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, após realizada uma revisão de literatura sobre as concepções da vigilância em saúde e a contextualização da promoção da saúde, houve uma comparação entre os conceitos observados e o processo de trabalho destes agentes, a partir da análise de documentos norteadores do Ministério da Saúde, legislação e portarias, além das próprias experiências vivenciadas em sala de aula na Escola Técnica do SUS - ETSUS Bahia, através de relatos dos discentes sobre os processos de trabalho no território e as usa grandes lacunas.

Segundo Jairnilson Paim (2010), a necessidade de conceber e elaborar propostas mais integrais, afinadas com princípios do SUS e comprometidas com intervenções mais resolutivas na saúde das coletividades, exige mudanças de atuação da vigilância em saúde. É preciso, então, que a vigilância em saúde e seus trabalhadores tenham um olhar mais focado nos problemas e necessidades de saúde das coletividades, as quais convivem com Doenças Crônicas e Transmissíveis, algo para além de um modelo de trabalho taylorista, de fragmentação.

No entanto, os profissionais do SUS vivenciam um cenário de persistência da fragmentação da vigilância em saúde, com reduzida articulação entre as vigilâncias ambiental, epidemiológica e sanitária, acrescidos os efeitos da precarização do trabalho. Este cenário é incompatível com as perspectivas da saúde integral e da implantação dos novos modelos de atenção à saúde, preconizados pela reforma sanitária.

É a Reforma Sanitária que contextualiza e concebe o SUS, mas os modelos de atuação em saúde pública ainda estão alinhados com modelos sanitaristas/campanhistas e fragmentados, logo requerem análise crítica e mudanças estruturais.

Na percepção de Jairnilson Paim (2013), a Reforma Sanitária é um processo em andamento e as Ações Integradas de Saúde são o principal instrumento estratégico que garante a sua viabilidade, com vistas ao alcance dos seus grandes objetivos e à superação do modelo vigente de organização de serviços de saúde. O SUS surge então de um projeto mais amplo de mudanças político-sociais, num contexto de crítica às instituições centralizadas e autoritárias criadas pelo regime político instaurado pelos militares em 1964.

No final dos anos 1970, no contexto da luta pela redemocratização do país, surgiu um amplo movimento político que fez diagnóstico crítico do sistema nacional de saúde existente, propondo ampla reforma sanitária.

Movidos por desejo de mudanças estruturais, a maioria dos atores do setor aliou-se a outros atores e conseguiu mobilizar forças capazes de deflagrar processos de mudanças institucionais de grande complexidade, na perspectiva de instituir a seguridade social para a população brasileira, que incluía a criação do SUS, que também necessitaria de mudanças e novos modelos de forma perene. Carmem Teixeira (2007), em entrevista, questiona e reflete sobre as mudanças dessa época, ao comentar:

“Foi dessa forma que a pergunta de Paim passou a ser: [...] como se insere esse movimento pela reforma sanitária num pensamento sobre o Brasil? Esse é um exemplo de um esforço intelectual que nos ajudará a refletir sobre o lugar que ocupamos no processo coletivo e sobre os efeitos que este processo coletivo produziu na vida de cada um de nós” (Teixeira, 2007, pág. 191).

Em 1986, em clima de grande mobilização dos distintos atores do sistema de saúde, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde. De forma pactuada, elaborou-se o primeiro esboço do projeto da reforma sanitária desejada. A Constituição Federal de 1988 sancionou os primeiros passos, reconhecendo o direito à saúde como componente da cidadania, criando a seguridade social para se encarregar das políticas sociais e o SUS das políticas de saúde.

No período que antecede o SUS, predominava no antigo Sistema Nacional de Saúde, um subsistema de assistência médica individual, coordenado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS) mediante um modelo de seguro social público, seletivo e hierarquizado, no qual os usuários constituíam a parcela da população que contribuía para a previdência social. Esse subsistema integrava as ações e serviços de saúde especializados, de média e alta complexidade, hospitalares ou ambulatoriais próprios ou contratados/conveniados (privados e filantrópicos). Por sua vez, o Ministério da Saúde coordenava um subsistema de saúde pública, constituído por um conjunto de órgãos e instituições de saúde (federais, estaduais e municipais) que prestavam serviços variados, desde aqueles voltados para as ações básicas de saúde, vigilância, prontos-socorros e mesmo hospitais especializados (sobretudo os psiquiátricos públicos e aqueles voltados para as doenças infecciosas). Antes de tudo, saímos de um sistema em que predominava o modelo de seguro social público para outro reconhecido como mais amplo dentre os modelos de seguridade social existentes no plano internacional. Em poucos meses, foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço.

Desde 1995, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), no seu grande papel de parceiro do movimento sanitário, na luta pelo SUS, exerceu um papel de vanguarda na discussão da promoção da saúde, com propostas de cidades saudáveis, qualidade de vida e intersetorialidade.

Sendo assim, o SUS traz em seu escopo, uma concepção de saúde voltada para as coletividades, norteador pela prevenção, e posteriormente, pelo conceito amplo da promoção da saúde. Esta mesma promoção da saúde, incorporada na política nacional e norteadora de diversas outras políticas públicas, que traz na sua essência e arcabouço teórico a intersetorialidade.

Neste mesmo período, diversos fatos institucionais foram sendo iniciados, como a criação da Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa), implementação do cartão do SUS e realização da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.

Sendo assim, este cenário de grandes transformações das últimas três décadas mantém um fio condutor com a fotografia atual, que avança ainda de forma lenta no campo da política de saúde, com grandes mobilizações sociais, com vistas à construção da democracia brasileira.

Nos últimos 20 anos, grandes transformações ocorreram no sistema de saúde, configurando “anos paradigmáticos” para a saúde pública do Brasil. A constituição do SUS representou e ainda representa para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema, novas formas de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, orientados por um conjunto princípios: universalidade de acesso, integralidade da atenção à saúde, equidade, participação da comunidade, autonomia das pessoas e descentralização.

A implementação do SUS exige novas ideias, saberes, conhecimentos, regras e modelos de atenção à saúde, portanto novas práticas e conteúdos para formação dos trabalhadores em saúde, além de reformas estruturais.

Assim, os locais de trabalho das equipes técnicas do SUS passaram a ser considerados espaços educacionais para a implantação de processos formativos e educação permanente. Para citar alguns exemplos, o Projeto Larga Escala, Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), o Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde (PROFORMAR), os próprios processos de formação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Controle de Endemias no território¹.

Os Agentes de Controle de Endemias, trabalhadores do SUS que têm o seu processo de trabalho com foco na vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, tiveram um histórico de ordenamento em modelo militarizado, conduzido pela Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), que faziam visitas regulares nas residências para pulverizar o interior das casas com substâncias químicas e sem proteção adequada.

Este órgão ordenou toda a prática em saúde pública destes trabalhadores de combate às endemias e contribuiu através de um modelo mais disciplinado de atuação com as características mais rígidas do processo de trabalho atual dos agentes de controle de endemias.

A Sucam era um órgão que resultou da fusão do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), sendo considerada uma

¹Conceito de território entendido como espaço de transformação, segundo a Geografia Crítica.

fundação que herdou experiência em atividades relacionadas ao combate de endemias de transmissão vetorial, a partir de um modelo sanitarista/campanhista.

A partir deste cenário, observa-se que o foco dos Agentes de Controle de Endemias (ACEs) sempre foi direcionado para o controle de doenças transmissíveis, pois a Sucam tinha a responsabilidade institucional de controle ou erradicação das grandes endemias no Brasil, com a gestão dos programas de Chagas, Malária, Esquistossomose e Febre Amarela.

É importante também contextualizar alguns marcos legais relacionados à atuação dos ACEs, para um melhor entendimento sobre a atuação destes atores em saúde pública.

A Lei número 11.350, de 5 de outubro de 2016, diz que o agente de combate às endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado. Entretanto, apesar de a legislação descrever a promoção da saúde, o trabalho dos agentes ainda está muito centrado em doenças transmissíveis.

A Portaria número 1.378, de 09 de julho de 2013, regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

A Portaria número 121/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2015, estabelece a terminologia dos vínculos de profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), logo, os gestores dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal deverão revisar os vínculos dos profissionais cadastrados e realizar ajustes à nova terminologia.

A Portaria número 535, de 30 de março de 2016, revisa o quantitativo máximo de Agentes de Combate às Endemias como passível de contratação com o auxílio da assistência financeira complementar da União.

Todas as portarias supracitadas trazem a descrição das atribuições, ajustes e benefícios para a melhoria das condições do processo de trabalho dos agentes de controle de endemias, que tem foco em doenças transmissíveis. No entanto, estes trabalhadores vivenciam uma série de dificuldades na execução da atividade laboral no campo, a exemplo da exposição a violência no território e outras condições de segurança e saúde no trabalho.

Além disso, a partir de um olhar para o processo de trabalho do agente de controle de endemias, é importante contextualizar a Norma Regulamentadora 31 do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), que tem foco no processo laboral dos aplicadores de agrotóxicos,

com recomendações de capacitação sobre as formas de prevenção alusivas à segurança e saúde no trabalho.

A Norma regulamentadora 31 recomenda uma capacitação com carga horária mínima de vinte horas sobre alguns conteúdos, como medidas higiênicas durante e após o trabalho, uso de vestimentas e equipamentos de proteção pessoal, rotulagem e sinalização de segurança, conhecimento sobre as formas de exposição direta e indireta aos agrotóxicos, dentre outros.

As ações de segurança e saúde no trabalho das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego são estratégias importantes de melhoria do processo destes trabalhadores da Vigilância em Saúde.

Outra estratégia fundamental para a melhoria das condições e qualificação destes trabalhadores foi a criação e consolidação de um conjunto de Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) centradas na formação profissional de técnicos, em especial, de nível médio. Um dos desafios das ETSUS é o desenvolvimento de novas estratégias de formação, em consonância com as necessidades dos trabalhadores e dos serviços de saúde. Um desafio das ETSUS é discutir em que medida as estratégias de educação permanente e educação profissional são ferramentas que contribuem para a consolidação da concepção de saúde do SUS e, no caso, de que forma os próprios processos formativos em vigilância em saúde podem contribuir para uma nova atuação no território.

Já na década de 90, com a criação da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), verifica-se a oferta de cursos preocupados com a formação de uma base interdisciplinar de conhecimentos para a atuação na área da vigilância em saúde. Nesse contexto, são criados o Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) e, posteriormente, o Curso Básico de Vigilância Ambiental em Saúde (CBVA). Estes cursos apresentavam uma seleção de conteúdos e um desenho metodológico que demonstravam maior preocupação com a aprendizagem dos estudantes e com a articulação de conhecimentos de diferentes áreas do conhecimento (história, bioestatística, epidemiologia, gestão dos serviços, políticas de saúde, meio ambiente, dentre outras).

Posteriormente a este momento histórico, surgem novos processos formativos para os técnicos de Vigilância em Saúde, articulados com a implementação de práticas educativas junto à população usuária do SUS. Esta sofre os impactos do sistema capitalista e dos cenários epidemiológicos complexos, além da precarização de vínculos e a própria divisão social do trabalho.

Os processos formativos enfrentam uma dificuldade adicional, pois parte dos trabalhadores da Vigilância em Saúde - VISAU estão inseridos em um contexto de trabalho

com poucos benefícios e salários reduzidos. A precarização das relações e vínculos de trabalho têm gerado impactos na implementação das ações de educação permanente e na atuação de saúde pública no território, com repercussões no desenvolvimento de ações de saúde pública a partir das perspectivas da Promoção da Saúde, intersetorialidade e melhoria de indicadores de saúde, educação, qualidade de vida e necessidades da população.

Conforme Carmem Teixeira (2010), o primeiro passo para se identificar os problemas e necessidades de saúde de uma população é sistematizar um conjunto de indicadores epidemiológicos, sociais e demográficos em cada contexto, e o segundo é identificar os problemas prioritários. Assim, temos o ponto de partida para a atuação das equipes de saúde em planejamento, frente às concepções da VISAU.

Logo, a VISAU relaciona trabalho com problemas de saúde, respostas sociais, correspondência entre níveis de determinação e níveis de intervenção, além das práticas sanitárias, a exemplo da promoção, proteção, reabilitação e assistência à saúde.

No entanto, o que identificamos no âmbito de processos formativos de trabalhadores de VISAU são equipes com vínculos precários, baixa qualificação para a atuação em vigilância em saúde, além da própria fragmentação da vigilância em saúde nos fluxos de trabalho e atuação no território. Se não visualizamos esta articulação e integração dos modelos de atenção à saúde frente ao cenário epidemiológico combinado, com prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e doenças transmissíveis, como ocorrerá então a educação em saúde com enfoque integral?

Carmem Teixeira (1998) parte da ideia de que a vigilância em saúde pode contribuir decisivamente para a reorganização das práticas em saúde no território, segundo a diretriz da integralidade. Assim, hoje, as equipes de trabalhadores da VISAU (gestores e trabalhadores técnicos) necessitam conceber, desenvolver e implementar intervenções inovadoras e mais resolutivas, diante das dificuldades do enfrentamento dos agravos à saúde pelos sistemas de saúde, através da implementação de políticas públicas, programas e projetos.

Precisamos investir em promoção da saúde, porque para atuar sobre os determinantes da situação de saúde não temos outra coisa a fazer a não ser buscar uma perspectiva intersetorial na formulação e implementação de políticas públicas voltadas à melhoria das condições de vida dos diversos grupos da população, ao tempo em que se avança com a consolidação das práticas de proteção de grupos vulneráveis, e assistência a pessoas que apresentem problemas considerados prioritários (TEIXEIRA, 2007, p.2).

Assim, a concepção e o modelo de vigilância em saúde proposto por Paim e Carmen Teixeira (2010), entre outros autores, compreende saúde/doença como processo social enraizado em uma coletividade. Para tanto, o modelo alia conhecimentos e práticas da epidemiologia, planejamento e das ciências sociais e humanas. Nesse sentido, ele contrapõem-se ao modelo da história natural das doenças, com enfoque no indivíduo e na fisiopatologia. A implementação dessa nova perspectiva de vigilância em saúde envolve repensar a estrutura de organização e gestão do trabalho. Logo, em grande medida, deve-se promover junto aos trabalhadores da saúde a concepção de novas práticas, participação do planejamento em saúde e de uma abordagem intersetorial.

Matus (1996) considera que planejamento não é só teoria, ideologia ou utopia. Embasado pelas teorias da situação, da produção social e da ação interativa, Matus concebe um protocolo de gerenciamento de problemas que destrincha em quatro etapas, explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, com uma nova proposta de planejamento criativo, flexível e interativo (Rivera, 2008).

Conforme Carmem Teixeira (2010), o processo de planejamento em saúde implica, a nosso ver, no desenvolvimento de dois momentos articulados: formulação da política (construção da Agenda Estratégica) contendo a identificação dos problemas prioritários de alcance geral (sistêmicos) e elaboração do plano propriamente dito, que deve ser capilarizado em programas e projetos nas diversas instâncias.

Waldman (1998) analisa que, além do referencial teórico nacional, desde 1968, a 21ª Assembleia Mundial da Saúde promoveu uma ampla discussão sobre a aplicação da vigilância no campo da saúde pública, que resultou em uma visão mais abrangente desse instrumento, com recomendação de ações direcionadas não apenas para as doenças transmissíveis, mas também em outros agravos não transmissíveis.

A carta de Ottawa (OMS, 1986) ressalta que a promoção da saúde é o processo mediante o qual os indivíduos e as comunidades estão em condições de exercer um maior controle sobre os determinantes da saúde e, deste modo, melhorar seu estado de saúde.

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OMS, 1986).

Sendo assim, uma atuação em Promoção da Saúde requer um olhar amplo sobre ela, a partir da Determinação Social sobre o processo de saúde das coletividades, afinal, “os Determinantes Sociais são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (Buss e Pellegrini Filho, 2007, p. 78).

A importância do conhecimento sobre a Determinação Social está destacada no Relatório da OMS de 2010, que enfatiza sua relevância: “As circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem influenciam fortemente como as pessoas vivem e morrem. Reduzir as desigualdades nestas áreas irá reduzir as desigualdades em saúde” (OMS, 2010, p.10).

Nos anos 2000, a promoção da saúde consta de modo explícito da agenda governamental brasileira, inserida nas principais legislações de saúde. Mas quando analisamos a trajetória de construção da Política Nacional de Promoção da Saúde, há grandes diferenças e distâncias em relação aos cenários de esboço de 2002 e construção de 2006. Em 2002, há grande preocupação com a base conceitual e, em 2006, visualizamos maior preocupação com a concepção política, com objetivos específicos bem claros. Inclusive, quando analisamos os dois momentos de planejamento, ensaio e a própria formulação da política, identificamos grandes diferenças nas referências bibliográficas, a exemplo do momento de 2002, que incorpora o conceito mais amplo da promoção da saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, que foi revisada em 2014, neste momento, encontra-se em etapa estratégica de implementação nos Estados e Municípios, com construção de guias para uma atuação mais intersetorial nos territórios brasileiros.

Os territórios são os âmbitos mais estratégicos para a implementação de práticas de vigilância em saúde, que se desdobram em ações de epidemiologia, planejamento e promoção da saúde, com atuação em integralidade em saúde.

Segundo Souza (1995), a noção de território é decorrência da vida em sociedade, ou seja, os territórios são relações sociais projetadas no espaço.

Conforme Ceccim (2005), a territorialização não se limita a diagnósticos e terapêuticas do trabalho em saúde, mas avança para uma orientação de saberes e práticas no campo da saúde pública, rompendo com o modelo hegemônico centrado em hospitais.

As mudanças assinaladas na política de promoção também vêm acompanhadas de mudanças no perfil epidemiológico, que suscita mudanças na atuação das equipes do SUS. O desafio é romper com a visão hospitalocêntrica e adotar abordagem mais interdisciplinar e valorização de conhecimento dos territórios.

Para tanto, é preciso também que a formação de trabalhadores da saúde incorpore uma ótica mais integral e afinada com as políticas de saúde. Entretanto, as ETSUS e os próprios trabalhadores da VISAU convivem com diferentes concepções de vigilância em saúde. Teixeira (2008) reflete sobre algumas concepções assumidas por sanitaristas como Paim (2005), Gonçalves (1979) e Mendes (2008).

“[...] vigilância como uma mudança na organização do processo de trabalho, porque ... usa... o conceito de modo de organização tecnológica do processo de trabalho [...]” (TEIXEIRA, 2007, p.3).

“[...] a Vigilância como modelo de reorganização dos serviços, que implicassem na construção de um sistema local que implementasse práticas de promoção e também descentralizasse as práticas de prevenção, incluindo Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do Trabalhador em função dos territórios, domicílios, áreas de abrangência etc., além de garantir a atenção individual e a própria referência e contra-referência de pacientes” (TEIXEIRA, 2007, p.3).

Sendo assim, as diferentes formações e concepções de vigilância em saúde também trazem impacto na implementação das políticas públicas e mudanças nas relações de processo trabalho.

Considerando, então, a complexa cadeia de trabalhadores do SUS, entre atores e tomadores de decisão, toda a regulamentação nacional pode sofrer uma série de desvios e transformações ao longo desta cadeia de atores (Lotta, 2015).

Sendo assim, quando analisamos a implementação das políticas públicas e direcionamentos da instância nacional até o alcance das práticas no território, as diretrizes e intervenções podem ser realizadas de forma diferente por estes trabalhadores da saúde.

Para além das discussões conceituais e das lacunas na formação profissionalizante, com conteúdos ligados ao planejamento em saúde, as ETSUS também precisam lidar com outros problemas, a exemplo dos materiais didáticos desatualizados e a dura realidade da dualidade educacional. Outro ponto que impacta na formação profissional são: o modelo de trabalho taylorista, as falhas de gestão do trabalho em VISAU, desde a forma de contratação, já apontadas acima, até as dimensões de modelo de formação e qualificação dos gestores e trabalhadores técnicos da saúde, que hoje alcançam um total de mais de 60 mil agentes de controle de endemias e mais de 250 mil agentes comunitários de saúde no território brasileiro.

O OBJETO

A partir da convivência com os agentes de controle de endemias que procuram a ETSUS Jorge Novis (Salvador/BA) para uma formação em Técnicos de Vigilância em Saúde, onde atuei como docente até dezembro de 2015, identifiquei discrepâncias entre o trabalho prescrito pelas SMS e demais órgãos e as concepções da vigilância em saúde definidas por intelectuais como Carmen Teixeira e Jairnilson Paim. Estes autores preveem o trabalho técnico articulado com a integralidade em saúde e com uma única vigilância, que integre saúde ambiental ou do trabalhador, epidemiológica e sanitária, com contribuições efetivas ao fortalecimento da Reforma Sanitária.

A partir das leituras realizadas na vivência como sanitarista e docente, considero fundamental a estruturação de processos formativos mais adequados às concepções da VISAU e do movimento da promoção da saúde, mas que contemple também as condições concretas de trabalho dos agentes de controle de endemias e dos novos técnicos de Vigilância em Saúde no território, a exemplo da necessidade de integração com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e da necessidade do olhar e atuação com estratégias mais intersetoriais.

O que motiva a realização desta dissertação é a identificação dos problemas enfrentados para completa implantação da concepção da Vigilância em Saúde integrada ao desejo de promover uma formação dos trabalhadores comprometida com uma atuação mais emancipatória e afinada com o cenário epidemiológico real e os norteadores da Promoção da Saúde.

“Está embutida aí uma crítica à ineficácia do sistema médico hospitalocêntrico, pois quando se pensa em integralidade com prevenção e promoção da saúde é porque se sabe que a situação de saúde, os perfis epidemiológicos, fruto do aumento da expectativa de vida ao nascer, da prevalência das doenças crônicas degenerativas, da violência, nada disso pode ser resolvido a contento apenas com a reprodução do modelo médico hospitalocêntrico” (TEIXEIRA, 2007, p.4).

Além disso, a questão das próprias condições de trabalho e vínculos dos agentes de controle de endemias, pois as situações de segurança, saúde e direitos trabalhistas também impactam no processo de trabalho na ponta e qualidade das práticas de vigilância em saúde.

Desse modo, os trabalhadores técnicos de VISAU precisam lidar com cenários políticos e organizacionais adversos, considerando que um dos principais impasses para a construção de propostas político pedagógicas para a formação de trabalhadores para VISAU é prepará-los para compreenderem o contexto local onde se desenvolve o trabalho, mapearem conflitos e relações de poder para então atuarem como agente de transformação do seu próprio trabalho.

Para tanto, é preciso que as escolas do SUS desenvolvam novos processos formativos a partir de como a vigilância em saúde se organiza segundo o referencial teórico e o ideal à nível municipal, inclusive se é planejado em equipe com os próprios trabalhadores técnicos da saúde.

De que forma estes trabalhadores são ouvidos para contribuições na melhoria dos processos formativos sobre o trabalho em vigilância em saúde.

Além da análise do cotidiano do território, bem mapeado, é importante olhar criticamente para como o trabalho real em VISAU, que é ordenado nos serviços das Secretarias Municipais de Saúde e Centro de Zoonoses.

Em síntese, precisamos olhar e analisar mais de perto o trabalho prescrito com o qual os agentes de controle de endemias se defrontam ao serem incorporados aos serviços e territórios, e também, de que forma atuarão com perspectivas mais amplas de Promoção da Saúde, após a conclusão de processos formativos para Técnicos de Vigilância em Saúde nas ETSUS, ou se ainda estarão focados em prevenção das endemias ou Doenças Transmissíveis.

Czeresnia (1999) analisa criticamente que grande parte dos projetos definidos como promoção da saúde, também trabalha com riscos, exposições ocupacionais, ambientais no nexos causal das doenças, assim como desenvolve intervenções que estimulam mudanças de atitudes e comportamentos, o estímulo à prática de exercícios e alimentação saudável.

Conforme Atlan (1991), pensar e atuar em termos de promoção da saúde, é saber que as transformações de comportamento são orientadas pelo que se conhece e também do que de forma clara não se conhece, nem se chegará a conhecer.

A partir desse ponto, as equipes podem fazer de forma concomitante prevenção de doenças em um trabalho integrado com práticas de promoção da saúde que começam a surgir dos programas e práticas de educação em saúde, com enfoque na integralidade.

A integralidade, equidade em saúde e direitos humanos impulsionam o avanço da promoção da saúde em programas de prevenção de doenças, que se articulam neste fio condutor, durante a implementação das práticas no território, a partir das grandes necessidades da população.

Levando ao desenvolvimento de equipes de trabalhadores do SUS com foco em programas mais sociais e intervenções promocionais a partir das concepções da vigilância em saúde.

Um trabalhador técnico da saúde que nas suas ações de controle das endemias, leve o olhar da Promoção da Saúde e articule as Doenças Transmissíveis com outras áreas e atores sociais na Saúde Pública, buscando nas suas ações territoriais, a grande mudança de um trabalho intersetorial e integrado em saúde.

Segundo Maria Cecília de Souza Minayo (2005), uma boa análise crítica de programas sociais precisa problematizar o conceito de mudança, pois todas as intervenções vislumbram a modificação do curso de determinadas visões, ações ou problemas.

Portanto, o objeto dessa dissertação é o trabalhador técnico que atua no controle de endemias e o seu processo de trabalho no território.

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Quais são as atividades prescritas para os agentes de controle de endemias pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde - Bahia?

As atividades prescritas seguem a lógica da não fragmentação do trabalho e das áreas em ambiental/epidemiológica e sanitária que orienta a vigilância atualmente?

Quais as lacunas entre o trabalho prescrito para os agentes de controle de endemias pelas secretarias e o modelo da vigilância em saúde?

OBJETIVO GERAL

Analisar o trabalho dos Agentes de Controle de Endemias frente à perspectiva de desfragmentação do trabalho e integração das áreas Epidemiológica, Ambiental, Sanitária da Saúde do Trabalhador, segundo as concepções da vigilância em saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as competências técnicas, saberes e conhecimentos necessários para a realização do trabalho dos agentes de controle de endemias segundo as concepções da vigilância em saúde.

- Identificar e analisar as competências técnicas, saberes e conhecimentos necessários para os Agentes de controle de Endemias executarem o trabalho prescrito pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

A pesquisa de natureza qualitativa utilizou a revisão de literatura e análise de documentos do Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Secretaria Municipal de Saúde, além de pesquisas da Universidade Federal de Minas Gerais (Faculdade de Medicina), da Escola Politécnica Joaquim Venâncio, Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde.

“Apesar dos muitos enfoques existentes à pesquisa qualitativa, é possível identificar algumas características comuns. Esse tipo de pesquisa visa a abordar o mundo “lá fora” (e não em contextos especializados de pesquisa, como os laboratórios) e entender, descrever e, às vezes, explicar os fenômenos sociais “de dentro” de diversas maneiras diferentes” (FLICK, 2009, p.8).

“Analisando experiências de indivíduos e grupos. As experiências podem estar relacionadas a histórias biográficas ou a práticas (cotidianas ou profissionais), e podem ser tratadas analisando-se conhecimento, relatos e histórias do dia a dia” (FLICK, 2009, p.8).

A revisão de literatura se concentrou sobre os seguintes temas: as concepções de vigilância em saúde; trabalho em saúde, gestão do trabalho técnico na VISAU; relações de trabalho, implementação de trabalhos inseridos em políticas públicas, promoção da saúde, educação permanente, em especial quanto à precarização das condições desta força de trabalho e o trabalho dos agentes de controle das endemias. Sendo assim, a partir de um estudo preliminar, destacamos os seguintes referenciais teóricos: Carmem Teixeira (2010), Carlos Batistella (2009), Dina Czeresnia (2009), Eduardo Marques e C. Faria (2013), Gabriela Spanghero Lotta (2015), Maurício Moken (2009), Marise Ramos (2011), Márcia Morosini (2010), Mônica Vieira (2012) e Jairnilson Paim (2010).

Uma importante etapa do trabalho foi dedicada à análise de documentos do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, por meio de diferentes tipos de documentos, em duas fases. Na primeira etapa, foram analisadas as normas do Ministério da Saúde que regulam a Vigilância em Saúde,

destacamos as atribuições, competências, saberes e conhecimentos que os agentes de controle de endemias deveriam possuir para realizar o trabalho da VISAU, bem como a organização da área, em consonância com a integralidade em saúde e políticas públicas saudáveis. Em função de sua dimensão orientadora, também analisaremos nessa fase, os relatórios das conferências de saúde nas partes relativas à VISAU e ao trabalho dos agentes de controle de endemias.

A segunda fase, de caráter exploratório local, foi centrada em um território específico, de escolha da Secretaria Municipal de Salvador, município da Escola Técnica de Saúde Professor Jorge Novis - EFTS, através das experiências em processos de aprendizagem com estes trabalhadores e análise dos documentos que interpretam o fluxo de trabalho, rotinas, procedimentos e atribuições dos Agentes de Controle de Endemias e equipe do Centro de Controle de Zoonoses do município de Salvador.

“Uma boa análise crítica de programas sociais precisa problematizar o conceito de mudança, pois todas as intervenções, em última análise, visam a modificar o curso de determinadas visões, ações ou problemas. Mudança é, pois, um conceito-chave, tanto para promotores de políticas públicas quanto para avaliadores de projetos” (MINAYO, 2005, p.53).

O objetivo da análise documental é elaborar um quadro detalhado das atividades, competências, saberes e conhecimentos requeridos para os agentes de controle de endemias pelos serviços de saúde e pelas normas do Ministério da Saúde (MS). Esse quadro visa compreender quais atividades são de fato realizadas pelos agentes de controle de endemias, se elas estão ou não em consonância com a perspectiva da desfragmentação e da compreensão ampliada da VISAU, bem como identificar possíveis lacunas na formação e falhas na integração de agendas da rede da vigilância e atenção básica, além de lacunas do fluxo de vigilância em saúde e diretrizes de atuação fragmentada dos futuros técnicos de Vigilância em Saúde.

Segundo Castro (2012), a partir de uma revisão da teoria fenomenológica de Schutz (1982), o método de construção do conhecimento fenomenológico, a descrição detalhada e focalizada dos fenômenos sociais em avaliação ou em observação, assim como são vivenciados no cotidiano. Que a partir deste trabalho de análise do trabalho dos agentes de controle de endemias se baseia em promover uma articulação do referencial teórico e

documentos norteadores com as observações do cotidiano destes trabalhadores a partir das experiências de sala de aula.

Outra importante fonte de dados sobre o trabalho dos técnicos da VISAU foram as teses, dissertações, relatórios de pesquisa, com destaque para produção feita pelo grupo de Carmem Teixeira (2000) e Jairnilson Paim (2013), além dos trabalhos realizados na EPSJV, a exemplo de e Maurício Monken (2009).

Estes trabalhadores técnicos da saúde estão ligados à área de Vigilância em Saúde, dentro da estrutura do Centro de Controle de Zoonoses, com atuação no Distrito Sanitário Barra Rio Vermelho do município de Salvador.

Trabalhadores que desenvolvem seus processos de trabalho com foco na prevenção das endemias, especificamente com ações de prevenção da Dengue, Zika e Chikungunya, dentre outras, porém de forma fragmentada, além da própria divisão clara destes trabalhadores entre o saber científico e o fazer técnico nos territórios.

Segundo Gondim e Monken (2009), não faz sentido pensar no território como uma mera delimitação de área, mas é necessário reconhecer processos e territorialidades, que ultrapassam os limites previamente determinados. Territórios estes, onde a intersectorialidade se faz de forma tão clara e onde estão postos, os processos de trabalho dos trabalhadores do SUS, suas lacunas e janelas de oportunidades.

A dissertação está organizada em três capítulos além da Introdução. O Capítulo 2 aprofunda e apresentação e discussão, já iniciadas na Introdução, das concepções da vigilância em saúde e seus impasses, com destaque para a fragmentação do processo de trabalho das áreas operacionais da vigilância em saúde. O Capítulo 3, a partir do material documental reunido e de observações sistematizadas em sala de aula, discute as lacunas identificadas no trabalho efetivamente realizado pelos trabalhadores técnicos, os agentes de controle de endemias e a concepção da vigilância em saúde. O Capítulo 4 traz as considerações finais e alguns apontamentos para o aprimoramento da formação técnicas desenvolvida pelas ETSUS e o pensar sobre a Rede de Vigilância em Saúde e suas instâncias de atuação (nacional, estadual, municipal e território).

CAPÍTULO 1

1.1 CONCEPÇÕES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Vigilância em saúde que traz no seu histórico, os primeiros registros de ações há 200 anos atrás na cidade do Rio de Janeiro, com os preparativos para a chegada da corte real portuguesa no Brasil. Já com ações direcionadas para a melhoria de indicadores em saúde pública.

Assim como outras ações de vigilância para a garantia da saúde da população, como as medidas de saneamento dos portos e combate à febre amarela, lideradas por Oswaldo Cruz.

A concepção de vigilância em saúde adotada como referência para a elaboração desse trabalho requer mudanças nas concepções de ambiente, epidemiologia e nas práticas sanitárias. Requer, portanto, a superação da fragmentação que historicamente organiza essa atividade. De modo geral, essas mudanças estão afinadas com o movimento de superação do modelo médico centrado, bem como do modelo sanitarista baseado no movimento campanhista. Nesse sentido, a concepção de vigilância em saúde propugnada por uma série de autores, entre os quais, destaca-se Jairnilson Paim (2000), se aproxima e estabelece estreitas relações com a concepção de Promoção da Saúde. Vigilância em saúde e as ações baseadas na promoção da saúde compartilham a implementação de políticas públicas voltadas para a construção de ambientes favoráveis à saúde, ênfase no planejamento e envolvimento de diferentes espaços sociais, a exemplo das escolas, universidades, espaços de trabalho, associações de moradores e comunidades.

Os desafios e impasses enfrentados pela vigilância em saúde são inúmeros, sendo que muitos são transversais à estrutura organizacional do SUS. Assim, quando nos concentramos nos ambientes de trabalhos na saúde, nos deparamos com a reprodução da divisão social entre trabalho e trabalhadores de nível superior e o trabalho e trabalhadores técnicos da saúde.

Esta dicotomia afeta os processos de trabalho em saúde, mas particularmente a vigilância em saúde.

Além da dicotomia, atrelada a isso, uma realidade de um grupo profissional que é apresentado por nomenclaturas diversas, com relações e práticas de trabalho distintas relacionadas à fragmentação do campo da vigilância.

A vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica, a vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador. Quatro partes com espaços bem delimitados desde a instância nacional até a municipal.

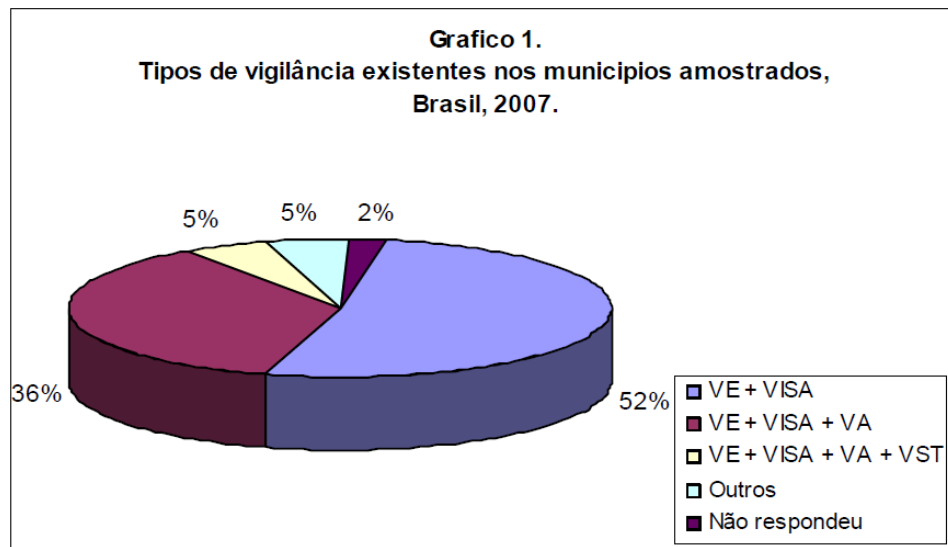
A partir dos resultados da pesquisa de atribuições dos trabalhadores de nível médio que atuam nas áreas de vigilância, coordenada pela Universidade Federal de Minas Gerais (Núcleo de Educação em Saúde Coletiva) em 2008, foi elucidado um cenário de representatividade das vigilâncias nos municípios, onde a vigilância epidemiológica está presente em 97,4% dos municípios brasileiros, a vigilância sanitária está presente em 95% dos municípios, 42% possuem área de vigilância ambiental e apenas 6,8% possuem a área de saúde do trabalhador.

Tabela 3
Tipos de vigilância existentes nos municípios participantes da pesquisa.

Tipo de Vigilância	Municípios (N=383)	
	n	%
Epidemiológica (VE)	373	97,4
Sanitária (VISA)	364	95,0
Ambiental (VA)	161	42,0
Saúde do Trabalhador (VST)	26	6,8

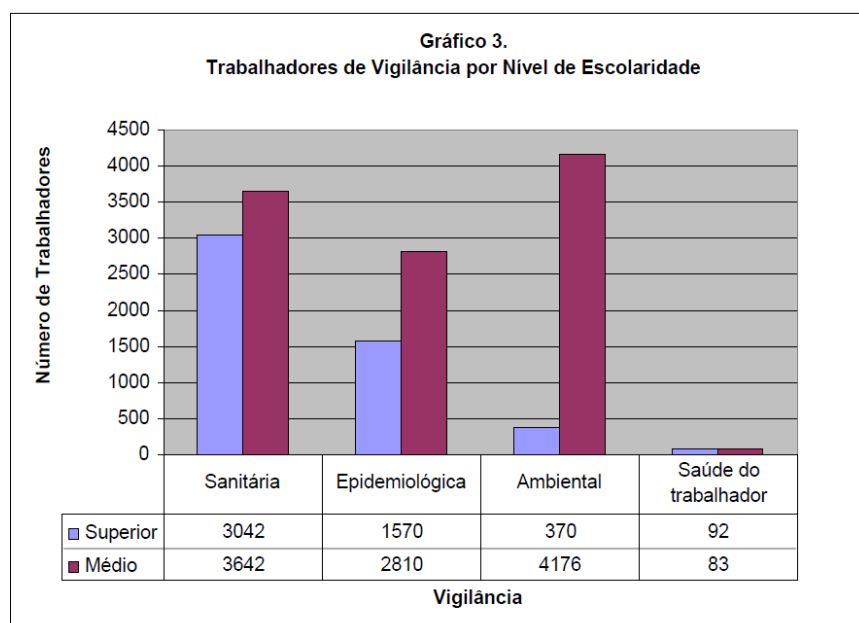
Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Logo, partindo de uma análise deste quadro de informações desta pesquisa nacional, identifica-se uma das lacunas estruturantes nas áreas de vigilância, com vistas ao alcance da integração das vigilâncias.



Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

A pesquisa também traz a comparação do número de trabalhadores de nível médio e superior atuantes em cada uma das áreas de vigilância. Nota-se que existe um predomínio de profissionais de nível médio em todas as áreas da vigilância. Inclusive, no caso específico da vigilância ambiental, chega a ser dez vezes maior. Além disso, o maior contingente de trabalhadores está concentrado na vigilância sanitária, seguida da ambiental e epidemiológica.



Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

A pesquisa também traz uma análise dos trabalhadores de nível médio nas regiões do país e por áreas da vigilância, conforme quadro abaixo. A maior parte destes trabalhadores técnicos da saúde estão concentrados nas vigilâncias epidemiológica e sanitária, em todas as regiões do país.

Atribuições dos Trabalhadores de Nível Médio que Atuam nas Áreas de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e da Saúde do Trabalhador: Pesquisa em Municípios Brasileiros

Tabela 12.

Distribuição dos profissionais de nível médio entrevistados, segundo a área de vigilância em que atuam e a região geográfica. Brasil, 2006.

Região	Epidemiológica	Sanitária	Ambiental	Saúde do Trabalhador
	%	%	%	%
CO	46,5	53,5	20,9	2,3
N	39,0	61,0	4,9	4,9
NE	56,8	56,8	8,1	3,6
S	59,8	55,2	19,5	8,0
SE	50,7	56,2	5,5	1,4
Brasil	52,6	56,3	10,5	3,7

Fonte: Pesquisa "Atribuições do Pessoal de Nível Médio que atua na Área de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental" - Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/ NESCON/ FM/ UFMG.

Segue abaixo também, alguns resultados do grupo focal realizado pela mesma pesquisa nacional mediada pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG em 2008, e elucidando a fragmentação e elevada especialização do trabalho na área de vigilância, que não possuem atribuições integradas.

“(.) os trabalhadores de VE é que fazem esse tipo de notificação; o resultado pode estar relacionado aos trabalhadores da VISA que não devem fazer este tipo de notificação” (trabalhador de município de grande porte, Sudeste. UFMG, 2008);

“(.) porque estas são atividades de responsabilidade do setor de vigilância epidemiológica e não estamos envolvidos diretamente” (trabalhador de município de pequeno porte, Sudeste. UFMG, 2008);

“(.) embora as vigilâncias estejam em um mesmo departamento, são organizadas em três sessões e três chefias diferentes – são independentes” (trabalhador de município de grande porte, Sudeste. UFMG, 2008);

“(.) se eu trabalho somente om doenças transmissíveis, eu não interfiro na investigação de outras questões” (trabalhador de município. UFMG, 2008);

Esta pesquisa utiliza um grupo de oito grupos de ações ou atribuições executadas pelos trabalhadores de vigilância em saúde para construção dos documentos do grupo focal. São elas: ações de notificação, investigação, controle e monitoramento, assistência ao paciente ou usuário, proteção à saúde, promoção, prevenção e educação em saúde, ações relativas aos sistemas de informação, planejamento e gestão.

Apesar de abranger uma série de ações, note que não existem ações que impulsionam uma estratégia intersectorialidade, conforme estudado no referencial teórico.

A vigilância em saúde enfatiza o trabalho por meio das seguintes noções: problemas de saúde; respostas sociais; correspondência entre níveis de determinação e níveis de intervenção; além das práticas sanitárias, a exemplo da promoção, proteção e assistência à saúde.

Segundo Teixeira (1998), a vigilância em saúde é o enfoque que pode contribuir para a atualização das concepções que orientam a reorganização das práticas de saúde ao nível municipal e revisam os principais métodos e técnicas que podem ser utilizados no processo de saúde das coletividades.

Paim (2004) redefine como modo tecnológico de intervenção em saúde que contempla problemas (riscos e danos), necessidades (carências, projetos e ideais) e determinantes de saúde, através dos pilares, território, problema e intersetorialidade.

Assim, o modelo da vigilância em saúde contempla o processo saúde/doença na coletividade e se embasa na epidemiologia e nas ciências sociais, contrapondo o modelo da história natural das doenças, com enfoque no indivíduo e no modelo hospitalocêntrico.

Em relação à vigilância em saúde, Teixeira (1998, p. 18) a compreende como,

Um modelo assistencial que incorpora e supera os modelos vigentes, implicando a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária, com vistas à superação da dicotomia das práticas coletivas e práticas individuais (TEIXEIRA, 1998, p. 18).

Segundo Carmem Teixeira (1998), a difusão do movimento da Promoção da Saúde no Brasil vem ocorrendo através da concepção e implementação de políticas públicas, programas e projetos, além da gestão das ações e serviços públicos de saúde em instância municipal, com o fortalecimento das políticas públicas saudáveis e da educação e comunicação social em saúde.

Neste contexto, a vigilância em saúde se fortalece como modelo de mudança de concepções e práticas sanitárias, que supera o modelo médico centrado e sanitarista com enfoque em campanhas para avançar para uma atuação em Promoção da Saúde, como campo de ação em políticas públicas saudáveis direcionadoras, ambientes favoráveis à saúde, e com

planejamento para diversos âmbitos, a exemplo das escolas, universidades, ambientes de trabalho, municípios e comunidades saudáveis.

A vigilância em saúde, entendida como uma forma de pensar e agir, tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes (Cadernos de Atenção Básica / Ministério da Saúde, 2008).

O conceito de Vigilância em Saúde inclui: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde; vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. (Cadernos de Atenção Básica / Ministério da Saúde, 2008).

A partir da visão de Carmem Teixeira e Jairnilson Paim (2000), visualizamos as concepções da vigilância em saúde, para uma atuação intersetorial e ampliada em Atenção Básica no campo da saúde pública. De que forma os agentes de controle de endemias podem e devem estar inseridos também nestas políticas públicas saudáveis e ações municipais descentralizadas pautadas pela promoção da saúde?

Sob uma perspectiva conceitual, a vigilância em saúde se redefine como proposição de modelo de atenção com integração de práticas sanitárias que através de combinações tecnológicas e inovações em saúde, objetivam o controle de determinantes, riscos e danos, com foco na organização dos processos de trabalho, através de planejamento e operações sobre os problemas e necessidades da população.

No entanto, apesar de todo o referencial teórico da vigilância em saúde trazer a importância do planejamento e operações sobre os problemas, os agentes de controle de endemias sinalizam durante o processo formativo, grandes dificuldades para envolvimento em atividades de planejamento em saúde com coordenadores e supervisores de campo.

Segundo Francisco Rivera (2008), a vigilância em saúde traz fortes características de integração com o planejamento, através de uma atuação intersetorial na linha da promoção da saúde, que seria o paradigma básico da vigilância, contraditório ao paradigma da clínica do modelo assistencial.

A proposta de um modelo de planejamento inclui Pensamento Estratégico, o Planejamento Estratégico-situacional de Matus (1996), elementos da Qualidade Total, a análise institucional, etc.

Mesmo com toda esta proposta de planejamento, epidemiologia e promoção da Saúde, a vigilância em saúde ainda se encontra fragmentada quando se depara com as necessidades de saúde da população.

Visualizamos assim a dualidade educacional com grande impacto sob o modelo da vigilância em saúde e sobre os principais direcionadores da promoção da saúde, em um movimento contraditório à capilarização de um novo modelo de atenção em saúde nos municípios e serviços de saúde, conforme visualizado no esquema abaixo.

A vigilância em saúde entendida como rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, indica um caminho fértil para a consolidação do ideário e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Promoção da Saúde. Apoiada no conceito positivo do processo saúde-enfermidade, ela desloca radicalmente o olhar sobre o objeto da saúde pública – da doença para o modo de vida (as condições e estilos de vida) das pessoas (Paim; Almeida Filho, 2000).

De acordo com Teixeira, Paim e Vilasboas (1998), o sistema de saúde brasileiro após a constituição de 1988 vem buscando construir modelos de atenção que respondam de forma eficaz e efetiva às reais necessidades da população brasileira, seja em sua totalidade, seja em suas especificidades locais.

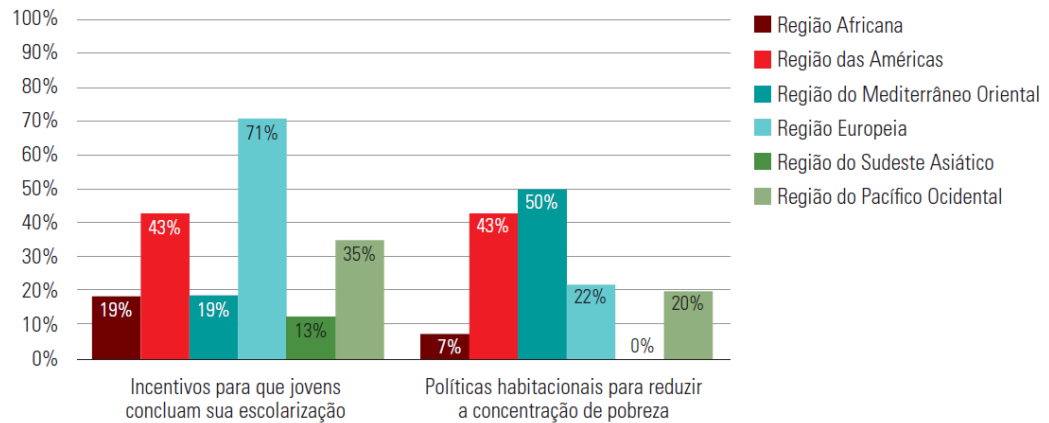
Complementando, a noção da análise do trabalho em vigilância em saúde traz a dimensão da interdisciplinaridade e complexidade desta atuação, ressaltada pelo pesquisador Jairnilson Paim (2004).

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

A partir do cenário complexo de desigualdades sociais e iniquidades em saúde, é um imperativo atuar em uma vigilância em saúde, que embasa ações de planejamento de políticas e programas mais amplos com enfoque em determinantes sociais em saúde.

Figura Número 1: Determinantes Sociais da Saúde e o Impacto na saúde e educação

Figura 14: Proporção de países que dispõem de políticas habitacionais e de escolarização para reduzir riscos de violência, por região da OMS (n = 133 países participantes)



Fonte: Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência (2014)

Conforme Buss e Pellegrini Filho (2007, p.78), os determinantes sociais são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

Na Política Nacional de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2015), atuar com enfoque nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade, significa identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis, por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares.

Mas além deste olhar para a determinação social, estes trabalhadores técnicos da saúde precisam estar inseridos em qualificação e formação para o desenvolvimento de novas competências para atuar com vigilância em saúde e promoção da saúde, devido ao cenário de convivência de doenças crônicas e transmissíveis.

Existe hoje, sem dúvida, uma verdadeira “onda” global de DCNT, que ameaça os indicadores de saúde e da economia de praticamente todas as nações. Intervenções massivas são necessárias, seja com foco na população como um todo, seja em grupos diferenciados da mesma (Goulart, 2011, p.47).

As doenças cardiovasculares causaram 5,07 milhões ou 52% de todas as mortes no mundo com carga de doença equivalente a mais de 34 milhões de DALY (Goulart, 2011, p.8).

A perda de produtividade no trabalho e a redução da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doenças do coração e acidente vascular cerebral) levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (Goulart, 2011, p.47).

Figura Número 2: O Impacto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Epidemia global de DCNT: ameaça ao desenvolvimento social e econômico



Fonte: www.thelancet.com (April, 6, 2011)

Em síntese, a prática em vigilância em saúde, requer conhecimento amplo em promoção da saúde.

CAPÍTULO 2

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO UMA ÁREA ESTRATÉGICA DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Analisar a promoção da saúde e de suas relações com VISAU, requer a princípio, um resumo da evolução temporal do conceito de saúde, sobretudo no tocante a incorporação de uma perspectiva biopsicossocial. Mas iremos nos concentrar na emergência das concepções e práticas de promoção da saúde a partir dos anos 70 e a sua evolução histórica.

Sendo assim, a promoção da saúde surge no cenário internacional nos anos 1970, a partir dos primeiros eventos que desdobraram em documentos oficiais. Este início se deu no Canadá.

Segundo o professor José Carvalho de Noronha (2010), a Constituição Federal brasileira de 1988 incorporou em seu texto o direito à saúde como direito de todos e considerou sua garantia como dever do Estado, “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Noronha, 2010).

Surge então no Canadá, o primeiro documento publicado e denominado Promoção da Saúde, que traz um novo entendimento do processo saúde e doença, O *Canadian Lalonde Report* (1974). O Ministério da Saúde do Canadá publica este documento oficial, trazendo quatro grupos explicativos sobre o fenômeno saúde e doença, que foi: ambiente, estilo de vida, biologia humana e organização dos serviços de saúde.

A partir deste documento, há uma análise diferenciada e um novo caminho para propostas e políticas em promoção da saúde, pois os quatro grupos explicativos trazem um entendimento mais amplo da articulação entre as áreas.

No entanto, nesta linha da história, ainda não temos o contexto social e econômico envolvido neste cenário. Então, por mais que se pense em saúde das coletividades, se analisarmos apenas estes quatro grupos explicativos, não alcançamos todo o entendimento do impacto no setor saúde e o desenvolvimento de políticas públicas efetivas em promoção da saúde.

Equipes de saúde, profissionais sanitaristas, trabalhadores técnicos da saúde, todos estes atores sociais necessitam de uma visão mais global da promoção da saúde, para implementação de práticas mais efetivas, que se articulem com as outras áreas, inclusive prevenção das doenças transmissíveis, e assim, alcancem interdisciplinaridade.

Em 1986, temos o marco para a mudança de paradigma do conceito de promoção da saúde, com a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá.

O tema principal desta conferência era “Promoção da Saúde nos Países Industrializados”, em decorrência das expectativas mundiais por uma saúde pública eficiente, focalizando em especial as necessidades dos países industrializados, e estendendo tal necessidade aos demais países.

A Conferência de Ottawa foi um marco para os seguidores da promoção da saúde, e após 30 anos da conferência é citada em todas as outras conferências internacionais, mundiais e globais sobre promoção da saúde.

Outro documento histórico foi a Declaração de Alma-Ata (1977), da 30ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada pela OMS. Neste documento, temos os postulados do Programa Saúde para Todos 2000, com princípios do movimento da promoção da saúde, que reafirmou o significado de saúde como direito humano fundamental e como uma das mais importantes metas mundiais para a melhoria da qualidade de vida das populações.

A segunda conferência internacional de promoção da saúde foi realizada em Adelaide, na Austrália em 1988. O tema central era “Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis”, ressaltando a importância das políticas voltadas para a saúde, e as principais alternativas mantiveram a direção já estabelecida nas Conferências de Alma-Ata e Ottawa.

Sendo assim, as estratégias para a ação em prol de políticas públicas saudáveis foram estabelecidas no documento denominado Declaração de Adelaide (OMS, 2010) e estão citadas e perenizadas em diversos documentos e iniciativas atuais de promoção da saúde, como municípios saudáveis e saúde em todas as políticas.

A terceira conferência internacional foi realizada em Sundsvall na Suécia em 1991. O evento foi centrado na temática “Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde”, com a conclamação de todos os povos do globo para o engajamento na causa ecológica como fator de saúde, apontando para a situação de milhões de pessoas que vivem em extrema pobreza, em ambientes ameaçadores à saúde. Ressaltava, portanto, que o ambiente físico, social, econômico ou político deveria ser cada vez mais propício à saúde.

A elaboração da Declaração de Sundsvall, que reconhecia a importância do papel de cada um na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde, que também direciona políticas e programas de promoção da saúde até o cenário atual, a exemplo de ambientes de trabalho saudáveis e ambientes promotores de alimentação saudável.

A quarta conferência foi implementada em Jacarta, na Indonésia em 1997, e foi a primeira a ter lugar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à

promoção da saúde e o tema era “Promoção da Saúde no Século XXI”. Além disso, foi iniciada uma discussão e reflexão sobre os determinantes da saúde, na identificação das direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios do século XXI.

A quinta conferência realizada no México em 2000, traz como diretriz, a “Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade”, e reconheceu a responsabilidade dos governantes nas políticas de saúde, assim como a necessidade do compartilhamento dessas estratégias entre todos os setores sociais, na bandeira pela equidade, melhoria dos indicadores de saúde e intersetorialidade.

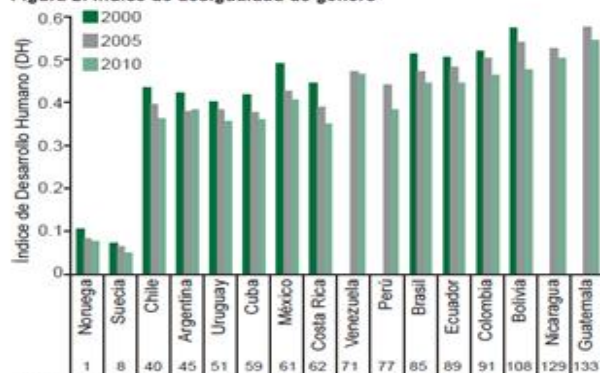
A Declaração da Conferência Internacional do México constatou uma melhora significativa do bem-estar social em muitos países do mundo, porém ressaltou a persistência de problemas que exigiam solução urgente e, para tanto, estabeleceu ações dirigidas à saúde, em especial à Saúde Pública.

Logo a conferência do México imprime no cenário mundial, a luta pelas desigualdades sociais, que persistem até hoje e desdobram em grandes endemias sociais, não apenas em doenças transmissíveis.

Figura Número 3: As desigualdades sociais e o impactos na saúde das populações - Gênero

Cenários de Desigualdades

Figura 2: Índice de desigualdad de género

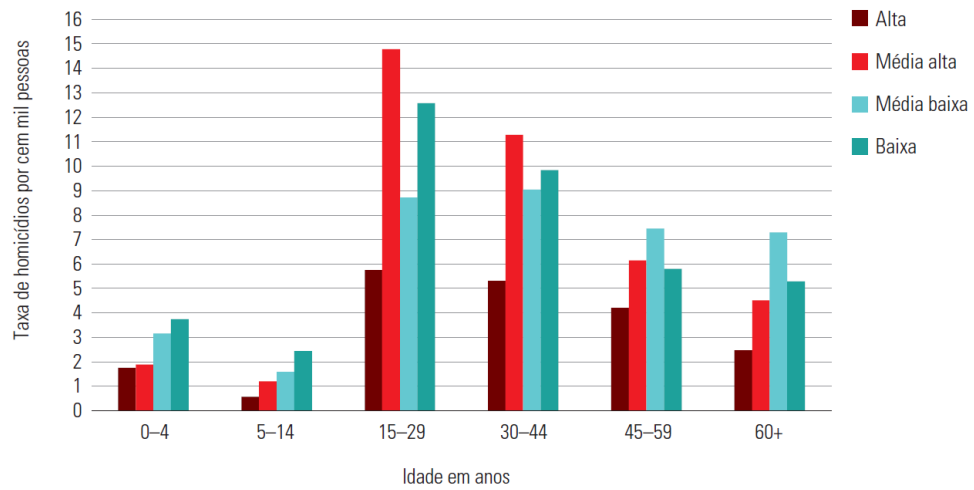


El Índice de Desigualdad de Género es una medida compuesta que muestra las desigualdades en logros entre mujeres y hombres en tres dimensiones: salud reproductiva, empoderamiento, y mercado laboral.
 Datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo <http://hdr.undp.org>



Figura Número 4: As desigualdades e impactos na saúde das populações - Renda

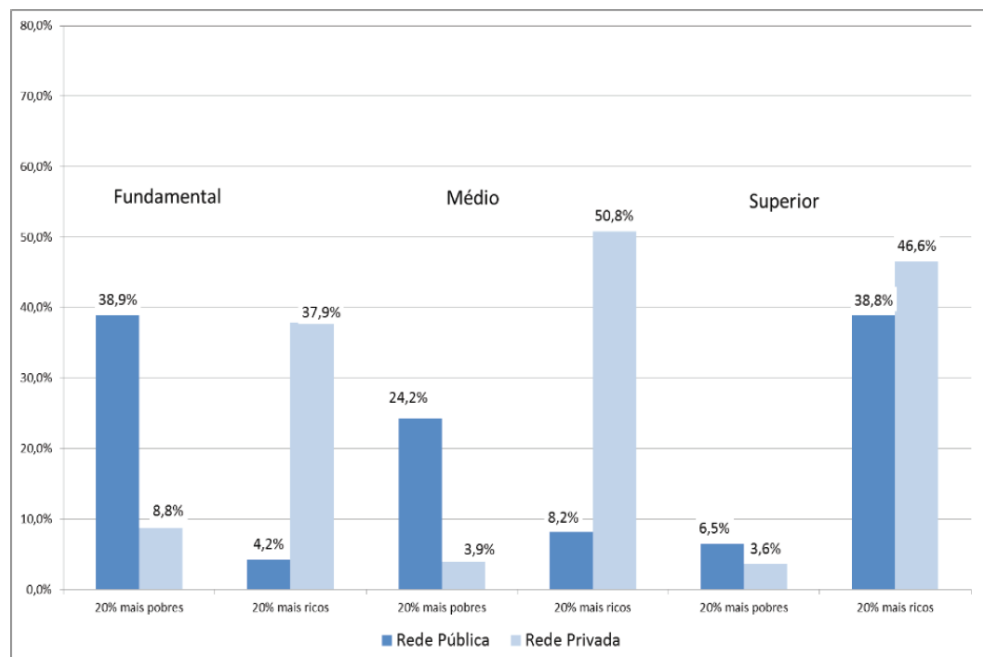
Figura 1: Taxas de homicídio por cem mil pessoas, por grupo etário e nível nacional de renda, 2012, em todo o mundo



Fonte: Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência (2014)

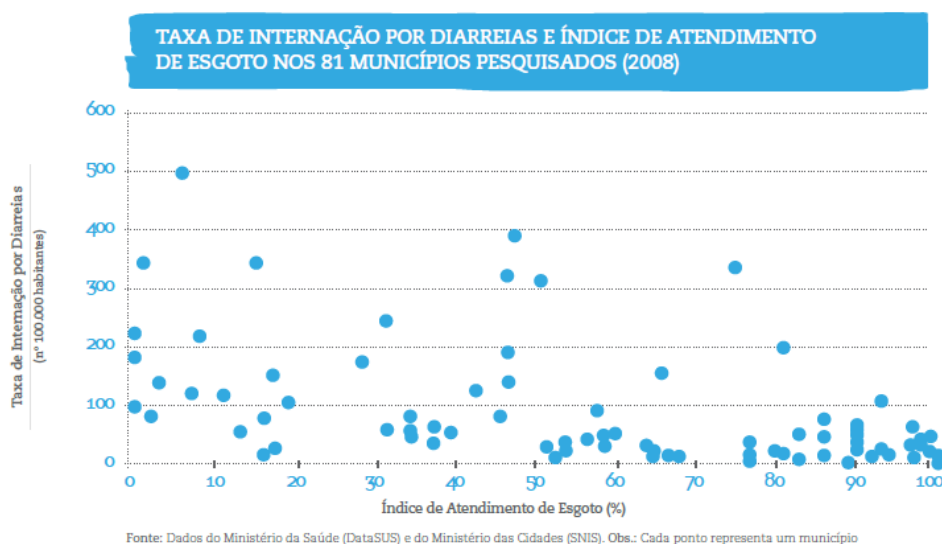
Figura Número 5: As desigualdades sociais e o acesso às redes de educação

Gráfico 1b – Estudantes das redes pública e particular. Distribuição percentual por quintos de rendimento familiar *per capita* – Brasil – 2012



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2012.

Figura Número 6: As desigualdades sociais e impactos na saúde da população – Esgotamento Sanitário Inadequado



Chegamos em 2016, um ano estratégico de grandes fortalezas para a promoção da saúde, com conferências mundiais e globais, além de concursos internacionais de boas práticas em promoção da saúde. O Brasil então sedia a vigésima segunda conferência mundial de promoção da saúde, que traz novamente o imperativo “Promoção da Saúde e Equidade”, que desdobra na elaboração da Carta de Curitiba.

Diante do cenário político e econômico, a Carta de Curitiba incorpora um espírito de comprometimento global e local com a democracia, equidade e justiça, promove os direitos sociais e saúde para todos em um mundo inclusivo e sustentável.

Toda a conferência mantém o fio condutor da promoção da saúde em consonância com as metas globais em prol dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a estratégica agenda 2030, com 17 metas globais e 3 objetivos extraordinários em prol da melhoria de qualidade de vida das populações, com enfoque nos determinantes sociais da saúde.

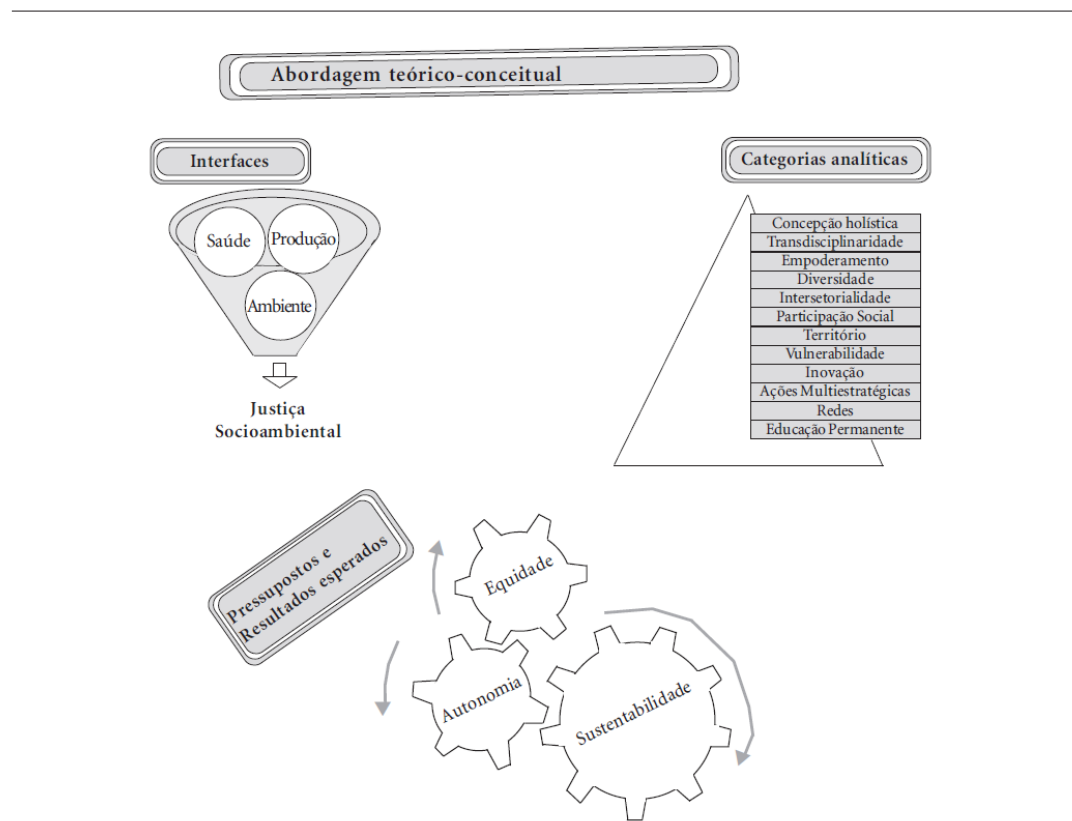
Em síntese, foram e continuam sendo construídas muitas declarações de conferências e documentos oficiais, que direcionaram até hoje o movimento da promoção da saúde na formação e atuação dos trabalhadores da saúde.

A proposta é que os trabalhadores do SUS e profissionais da saúde coletiva possam atuar com esse olhar mais amplo, inseridos em políticas públicas mais universais, para assim,

alcançarmos saúde das coletividades, apesar do grande contexto crítico social, econômico e político.

Este é o fio condutor da promoção da saúde, a sintonia entre intervenção e interdisciplinaridade, além da articulação com ambiente e produção. Essa concepção deve estar na base da estratégia da atenção primária à saúde, atenção básica no Brasil, no Programa Mais Médicos, Academias da Saúde, Programa Saúde na Escola, da Vigilância em Saúde, nas Redes de Atenção à Saúde, e guarda enorme relação com a Reforma Sanitária e os princípios do SUS.

Figura Número 7: Abordagem teórico- conceitual / Desenvolvimento Sustentável e Promoção da Saúde.



Fonte: Edmundo Gallo e Andréia Faraoni Freitas Setti (2012)

O ideal é que este arcabouço teórico desdobre na formação dos trabalhadores do SUS, nas políticas públicas saudáveis e nas práticas no território, em consonância com as diretrizes

das instâncias nacionais, as transformações das instâncias estaduais e municipais, mas também com enfoque na interculturalidade e as necessidades das populações dos territórios.

As ações de promoção são estratégias de produção de saúde, um modo de pensar e de operar que, articulado às demais estratégias e políticas do SUS, contribuem para um caminho de resolutividade às necessidades sociais em saúde das populações por gestão compartilhada.

Figura Número 8: As práticas no território

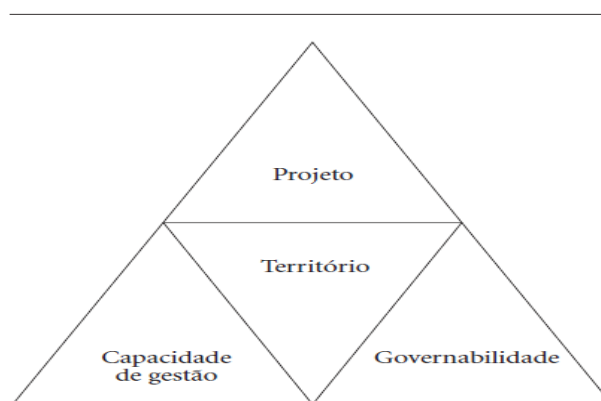


Figura 1. Triângulo de Governo e Território.

Fonte: Edmundo Gallo (2012)

Deslocando a lente sobre o contexto brasileiro, os anos 1900, a promoção da saúde se firma no cenário nacional, e além disso, ganha institucionalidade junto ao Ministério da Saúde, através da cooperação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

A carta de Ottawa (OMS, 1986), diz que a promoção da saúde é o processo mediante o qual os indivíduos e as comunidades estão em condições de exercer um maior controle sobre os determinantes da saúde e, deste modo, melhorar seu estado de saúde. No entanto, nem sempre exercer um maior controle sobre os determinantes da saúde, em um cenário de coletividade, é tão fácil e simples, pois temos um sistema capitalista e suas mazelas, com desdobramentos nos modos de vida das pessoas e nos próprios ambientes de trabalho onde estes trabalhadores do SUS estão inseridos.

Logo, temos uma promoção da saúde ampla, que não deve responsabilizar o indivíduo nas questões de saúde e doença, no entanto, do outro lado, visualizamos um cenário de dualidade educacional e desigualdades sociais, que impacta nas tais mudanças de estilo de

vida, mas que vai além, com princípios da equidade em saúde, democracia e direitos humanos.

Após um histórico com diversas conferências internacionais e marcos mundiais para a promoção da saúde, foi idealizada pela OMS (1998), em Genebra, a formação de uma aliança entre os países mais populosos do mundo em busca de um objetivo comum de soluções para a promoção da saúde, com voz para construção de políticas de promoção da saúde. O Brasil estava no grupo de países para a formação desta aliança que engloba diversos níveis de desenvolvimento e cenários epidemiológicos diferenciados.

Ao longo da história, chegamos aos anos 2000, quando surge a promoção da saúde na participação da agenda governamental brasileira, com a sua inserção nas principais legislações de saúde. Quando analisamos a própria Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), há grandes diferenças e distâncias, em relação à construção de 2002 e a publicação como política pública em 2006. Pois, se em 2002, há uma grande preocupação com a base conceitual, em contraponto na análise de 2006, visualizamos uma maior preocupação da sua atuação como política pública, com objetivos específicos bem claros.

Inclusive, quando analisamos os dois movimentos de construção, identificamos grandes diferenças nas referências bibliográficas, a exemplo do esboço de 2002, que traz a grande complexidade do conceito da promoção da saúde. O projeto inicial de construção de 2002 utiliza como referenciais teóricos Paulo Freire, Milton Santos, Leonardo Boff, Pierre Bourdieu, dentre outros. Já o documento de 2006, há embasamento em documentos nacionais oficiais.

Além disso, a reforma sanitária é trabalhada como tema central no documento de 2002, pois a Política Nacional de Promoção da Saúde deveria trazer no seu bojo estratégias para fortalecê-la. Esta mesma Reforma Sanitária, defendida por Sergio Arouca (1975), para uma saúde mais integral, com a busca para análise das causas das causas, sem restrição a nenhum dos níveis de atenção.

O esboço 2002 traz importantes temas, a exemplo de autonomia, participação comunitária, emancipação, intersetorialidade. No entanto, neste documento ainda não se fala em vulnerabilidade, tão discutido no campo da Prevenção das DST e AIDS.

A partir desta contextualização e importância estratégica do tema, precisamos analisar de qual promoção da saúde, partiremos e atuaremos no cenário futuro. Em qualquer espaço educacional, seja nas escolas, universidades, municípios, comunidades, nos ambientes de trabalho, de que forma e sob que promoção da saúde, vislumbraremos para melhoria dos indicadores de saúde e sociais?

As equipes de trabalhadores do SUS necessitam atuar de forma mais interdisciplinar e em consonância com o conceito amplo da promoção da saúde, que articula os grupos explicativos do entendimento do processo de saúde e doença, nascido no Canadá, além da integração com a determinação social da doença, tão ressaltada por Paulo Buss e Pellegrini Filho (2007).

Em síntese, a partir do conceito acima, para qualquer lado e cenário de intervenção, que atuemos, sempre precisaremos na visão de futuro, ter como pano de fundo, a determinação social da doença.

Então, as equipes de Atenção Básica, do Programa Mais Médicos, Trabalhadores Técnicos da Saúde, Equipes de Vigilância em Saúde, todos precisam atuar em uma promoção da saúde mais ampla e articulada, mas também desenvolver novas formas de interagir com a saúde das coletividades de forma mais efetiva no território.

Temos a Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Promoção da Saúde do Homem, Política Nacional de Atenção Básica, Estratégia da Saúde da Família. Onde queremos e podemos chegar?

Outro dilema que preocupa em relação à atuação das equipes do SUS, além do embasamento nos próprios princípios, é a importância desta atuação como promotores de saúde com mais efetividade e buscas resolutivas, mesmo diante do cenário dual e sob as regras do livre mercado, do capital.

Mergulhando um pouco mais no tema, quando analisamos a atuação dos trabalhadores técnicos da saúde, descortina-se uma promoção da saúde mais distante ainda, pois temos lacunas nos processos formativos destes trabalhadores, além da fragmentação na própria estrutura de organização das equipes no Ministério da Saúde e implementação destas políticas públicas.

O que se denomina promoção da saúde, qual o seu objetivo? Saúde das coletividades ou uma redução da atuação do Estado neste sentido?

Estamos diante de uma promoção da saúde que engloba a autonomia, emancipação, com o olhar para a determinação social do processo de saúde e doença e o empoderamento?

Ainda conforme Hammerschidt (2010), o empoderamento carreado pelo movimento da promoção da saúde se torna um processo que oferece possibilidade às pessoas de autodeterminar suas próprias vidas com a inserção efetiva nos processos sociais e políticos, como empreendedores individuais, e inclusive de articulação com outras organizações.

Os agentes de controle de endemias, assim como os agentes comunitários de saúde seriam os facilitadores do empoderamento na comunidade, mas estes trabalhadores do SUS

não estão envolvidos em um cenário atual para esta prática articulada com a promoção da saúde e olhar para as desigualdades sociais e iniquidades em saúde.

Cenário este que envolve contexto político e social, além de políticas públicas mais intersetoriais, estrutura organizacional reformada para a prática integrada e novos processos de educação permanente para a atuação ampliada com resultados positivos para a integração das vigilâncias.

Práticas de saúde pública, programas e políticas mais democráticas com enfoque nos direitos humanos, etnicidade, interculturalidade e equidade em saúde.

Além de analisar o trabalho dos agentes de controle de endemias, podemos também questionar que competências são estas necessárias para a implementação das políticas públicas saudáveis? Novas competências para atendimento às necessidades do mercado ou para uma integração saudável e subjetiva com o trabalho em saúde coletiva e para um conceito mais amplo da vigilância em saúde junto às coletividades?

No centro deste processo do setor saúde encontramos a política econômica de cunho neoliberal implementada pelo governo federal e parte dos governos estaduais. Imposta por países e organismos internacionais e pela elite financeira nacional, desenvolve-se esta nefasta política que produz: dependência e endividamento interno e externo, empobrecimento, desemprego, quebra de direitos trabalhistas, exclusão social, doença, violência e morte. Sob o discurso da modernização estabelece-se, de fato, o Estado mínimo para as políticas sociais, e o Estado máximo para o grande capital financeiro nacional e internacional. Esta é a lógica...do atual projeto de Reforma Administrativa e do Estado (CARTA da 10ª CNS, 1996, p.1).

Atuar em vigilância em saúde de forma mais integrada, requer conhecimento e competências para a complexidade da formulação e implementação de políticas públicas.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E PRÁTICAS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Quase todo problema social ou político tem múltiplos componentes que estão associados às várias disciplinas acadêmicas, não caindo claramente em nenhum domínio disciplinar exclusivo, sendo assim, quando analisamos a implementação de políticas públicas necessariamente surge a multidisciplinaridade como ponto central da atuação junto à população (DeLeon, 2006, p. 40-41).

Conforme Carlos Aurélio Pimenta de Faria (2013), a abordagem das chamadas *policysciences* se sustenta sobre um tripé, que desdobra na perspectiva analítica e de intervenção, explicitamente voltada para os problemas sociais e políticos. Além da abordagem que deve ser multidisciplinar nas suas articulações práticas e intelectuais. E de forma

concomitante, as *policysciences* são consciente e explicitamente orientadas por valores, particularmente o ethos democrático e a busca da dignidade humana.

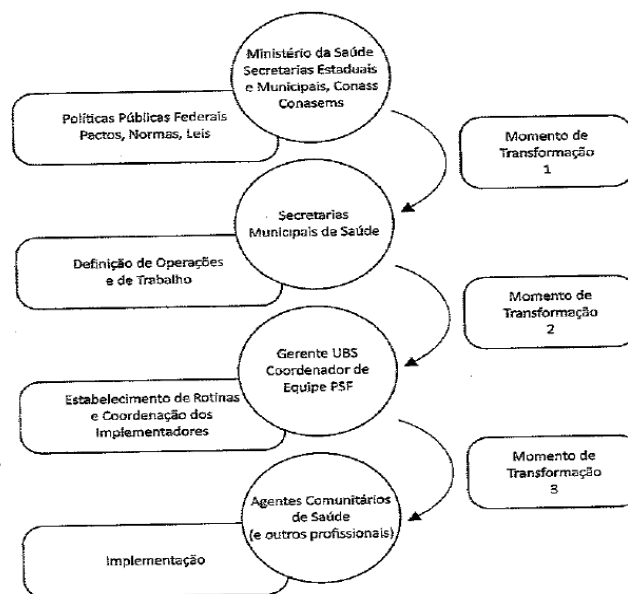
Em estudo recente, Souza (2006) apresenta uma conceituação ampla, onde política pública é compreendida como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação e, quando necessário, propor mudanças no curso, ou seja, durante a implementação destas ações.

A partir de uma grande análise de Arretche (2001), um programa é um desdobramento de decisões entre diferentes agentes, mas a implementação efetiva é sempre realizada com base no arcabouço e referências que os executores adotam para desempenhar as suas atividades laborais em saúde pública.

Pensando neste importante ponto, fica claro porque alguns agentes trazem para a sala de aula, mínimas experiências pontuais que se aproximam de um trabalho mais articulado e multidisciplinar na ponta. Estes trabalhadores já trazem referências diferenciadas de práticas, apesar da grande proporção de discentes manter o modelo hegemônico da vigilância fragmentada.

Considerando então, a complexa cadeia de trabalhadores do SUS, entre atores e tomadores de decisão, toda regulamentação nacional pode sofrer uma série de desvios e transformações ao longo desta cadeia de atores, quando analisamos a implementação das políticas públicas e direcionamentos da instância nacional (Lotta, 2015).

Figura Número 9: Implementação de políticas públicas e etapas de transformação



Fonte: Gabriela Spanghero Lotta (2015)

Historicamente Barrett (2004) afirma que o estudo em efetividade de políticas públicas, traz uma análise mais profunda sobre o processo de implementação e fatores que contribuem para falhas: como a falta de clareza dos objetivos das políticas, muitos atores envolvidos na implementação, problemas de coordenação e comunicação entre as agências, diversas motivações para a implementação, além da relativa autonomia de implementação das diversas agências.

Sendo assim, mesmo que as políticas públicas sejam amplamente negociadas de forma intersetorial na sua concepção, durante a sua fase de implementação, os diversos atores envolvidos podem manter os seus interesses e valores preservados na intervenção.

Então teríamos que ter um processo efetivo de gestão do trabalho e educação em saúde pública, pensando desde a etapa de concepção da política pública até a base ou atividade final no território junto à comunidade.

Sendo assim, o olhar para o processo de implementação de políticas públicas passa também pela análise e percepção dos trabalhadores envolvidos na execução, estando estes atuando conforme o planejamento ou em atuação com discricionariedade (Lotta, 2015).

Logo, caberá uma análise da integração do setor saúde nos diversos espaços, de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas e ações de vigilância em saúde.

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, com articulação de um grupo de ações direcionadas para o controle dos determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem nos territórios (Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, 2010).

Portanto, o conceito de vigilância em saúde envolve a vigilância e o controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não-transmissíveis, a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.

Segundo o Ministério da Saúde na publicação Pacto pela Saúde (MS, 2010), vigilância em saúde, com vistas à integralidade do cuidado deve estar intimamente articulada com as redes de atenção à saúde, facilitadas pela Atenção Primária à Saúde.

Para tanto, a integração entre a vigilância em saúde e a atenção primária à saúde é um elemento obrigatório na construção da integralidade na atenção e melhoria do cenário epidemiológico.

As ações de vigilância em saúde, inclusive a promoção da saúde, devem estar inseridas no escopo de trabalho das equipes de Atenção Primária – Saúde da Família e

também integrados aos processos de trabalho dos agentes de controle de endemias, com foco em prevenção de doenças.

Desta forma, a promoção da saúde apesar de localizada em um referencial teórico delimitado em relação à prevenção de doenças, pode também estar articulada nas agendas de prevenção de doenças transmissíveis e agravos não-transmissíveis.

Sendo assim, um aspecto fundamental da vigilância em saúde é o cuidado integral à saúde das pessoas por meio da promoção da saúde compreendida como estratégia de articulação transversal, com o olhar para os territórios e as diferentes necessidades dos países e das populações, com vistas à equidade e ao controle social na gestão das políticas públicas.

Logo, caberá uma análise da integração do setor saúde nos diversos espaços, de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas.

A partir do referencial teórico apresentado sobre políticas públicas, surge o seguinte questionamento que será melhor detalhado no capítulo 3. Apesar do Ministério da Saúde descrever nos Guias de Atenção Básica, que os agentes de controle de endemias estão inseridos nas equipes de atenção básica e ligados a Política Nacional de Atenção Básica, pergunto se seria a esta política que este profissional estaria estritamente relacionada.

Além disso, se durante as fases de implementação da política, se estes dois atores, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agente de Controle de Endemias (ACE) fariam um trabalho integrado no território.

O desenvolvimento orientado para a qualidade de vida e bem-estar, assim como para a sustentabilidade está muito além de um crescimento econômico ou de consumo. É desta forma, que em uma rede se conectam dimensões importantes, como ambiental, social, política e cultural, que de forma integrada com a saúde, são consideradas pré-requisitos para o desenvolvimento.

Este referencial teórico está em consonância também com a integração das vigilâncias, ambiental, sanitária e epidemiológica, tão almejada nas práticas em saúde e de consolidação do SUS.

Sendo assim, um saneamento orientado pela promoção da saúde e direcionado para a sustentabilidade ambiental exigem mudanças estruturais em formação, políticas públicas, gestão do trabalho e intervenções no território.

Logo em paralelo ao cenário de implementação de políticas públicas, sempre estamos em permanente análise para as questões ambientais e de sustentabilidade de forma global, portanto as políticas também devem estar em consonância com as metas globais e atuais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

A agenda 2013 para o Desenvolvimento Sustentável é um plano de ação para as pessoas, o planeta e a prosperidade, que busca fortalecer a paz universal com mais liberdade e reconhece a grande necessidade da erradicação da pobreza em todas as suas formas e dimensões. Esta agenda tem estreita relação com a promoção da saúde e melhoria da saúde pública.

Figura Número 10: Políticas públicas e sustentabilidade



Fonte: Territórios do Futuro (2010). Adaptação da Autora

Assim, seguimos uma saúde pública, assim como a consolidação do SUS, que preocupa a todos os atores e que requer a todo o momento, um grande caminho de luta contra um modelo hegemônico e conflitos de espaços e poderes no setor saúde e outros.

“Na realidade, é possível prever cientificamente apenas a luta, mas não os momentos concretos dela, que não podem deixar de serem resultados de forças contrastantes em contínuo movimento” (Gramsci, 1999, p. 121).

Neste movimento contra hegemônico de enfrentamentos e luta para a consolidação do SUS e integração das vigilâncias em saúde, surgem três grandes estratégias para a melhoria dos processos de trabalho, educação permanente em saúde e gestão do trabalho para a intersetorialidade e políticas públicas mais saudáveis.

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO UMA SOLUÇÃO DE ARTICULAÇÃO NO PROCESSO

Segundo Ceccim (2004), a educação permanente em saúde ganha ampla visibilidade na década de 1980 através da reflexão coletiva na América Latina sobre a produção da saúde e melhoria dos processos de trabalho.

Além disso, ela é reformulada como uma proposta metodológica educacional e uma estratégia para a reestruturação dos serviços de saúde nas diversas instâncias, visando à melhoria dos processos de trabalho, com enfoque para a equidade e integralidade da atenção à saúde.

A educação permanente em saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor das políticas públicas de saúde. Para que o trabalho em saúde seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente, há necessidade de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica no setor, entre seus trabalhadores e entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma rede-escola (CECCIM, 2004).

Sendo assim, uma das principais características da educação permanente em Saúde (EPS) é considerar o fator educativo do trabalho. Sendo assim, a problematização da própria prática é o fator modelador do ato educativo e é uma grande estratégia de análise e melhoria na implementação das políticas públicas, além de ganhos na melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores do SUS.

Este impacto de melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores foi inclusive sinalizado durante os processos de aprendizagem na ETSUS Bahia, de como o processo formativo para técnicos de vigilância em saúde trouxeram melhoria do conhecimento sobre o território e outras possibilidades de escolhas de vida mais autônomas e saudáveis.

Visualizamos uma educação permanente que também contribui para o empoderamento deste agente no ambiente de trabalho, assim como na sua qualidade de vida de forma integral.

De acordo com Ceccim (2004) a educação permanente, enquanto vertente pedagógica da educação adquiriu o estatuto de política pública apenas na área da saúde, visando atingir o desenvolvimento dos sistemas de saúde na região das Américas, a partir do reconhecimento dos serviços de saúde enquanto organizações complexas nas quais a aprendizagem significativa tem potencialidade para fazer a adesão dos trabalhadores aos processos de mudança no cotidiano (Ceccim, 2004, p. 9-10).

Ceccim, Feuerwerker reconhecem que a ordenação da formação para a área de saúde como política pública afirma a perspectiva de construção de espaços locais, regionais e microrregionais com capacidade de desenvolver a educação das equipes, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais para uma saúde de maior qualidade. (Ceccim; Feuerwerker, 2004. p.50).

É a partir deste referencial, que quando enfrentamos possibilidades de implementar as estratégias de educação permanente junto aos serviços e comitês intersetoriais, é sempre imprescindível e estratégico, planejar estes processos pensando em todas as instâncias da intersetorialidade (nacional, estadual, municipal e no território), para assim ganharmos em efetividade na implementação das políticas públicas.

Portanto, para concretizar o ordenamento da formação de profissionais de saúde, previsto na Lei nº 9090/ 90, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), através da Portaria GM/ MS nº 198/ 90, de 13/02/03, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalho.

Nessa perspectiva, portanto, a Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde (SGTES), criada em 2003, através do Decreto nº 8065, de 07.08.03, no âmbito do Ministério da Saúde, desenvolve políticas e programas que buscam assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, impondo à função da gestão do trabalho e da educação a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde, constituindo novos perfis profissionais com condições de responder às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. (BRASIL, 2011).

Ainda que em 2003, conforme Vieira e Chinelli (2013, p. 1594) a criação da SGETS tenha inserido o trabalho e a formação profissional na agenda de formulação das políticas públicas de saúde no país, as questões relacionadas ao trabalho e aos trabalhadores permanecem como um dos maiores problemas a ser enfrentado no âmbito do SUS.

Em relação às políticas de educação permanente e humanização, Vieira e Chinelli (2013, p. 1594) ressaltam que ao operarem com a perspectiva de reforço das possibilidades da micropolítica no ambiente de trabalho, acabam por enfatizar que o grau de satisfação/ insatisfação no trabalho depende, em grande medida, da própria atuação dos trabalhadores. No entanto, quando esse discurso ganha uma dimensão mais ampla, pretendendo transformar o sistema de saúde como um todo, o resultado é o deslocamento da realidade concreta na qual os trabalhadores se inserem, minimizando as tensões, constrangimentos e limites que atravessam a situação real em que os encontros entre trabalhador-usuário acontecem. As

políticas vêm sendo conformadas em um intenso contexto de disputa e se insere em uma conjuntura bastante desfavorável à ampliação dos direitos sociais. A 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES), realizada em Brasília, de 27 a 30/03/06, resgatou muitas reivindicações que nortearam a 1ª e a 2ª Conferências de RH, em 1986 e 1993. (BRASIL, 2006).

Na 3ª CNGTES, considerando a política nacional de educação profissional e o novo cenário tecnológico, defendeu-se a ampliação da oferta de cursos de formação profissional básica e de docentes, conforme os princípios da educação problematizadora, da humanização e da integralidade do SUS, formação técnica por itinerário no SUS, assim como desenvolver políticas do primeiro emprego em saúde para jovens e egressos de educação técnica pode significar o incremento da qualidade e resolubilidade do trabalho (Brasil, 2003).

Em 2007, por meio da Portaria GM/MS nº 1996, de 20.08.07, a PNEPS assumiu um novo desenho que inclui os Colegiados de Gestão Regional (CGR)² e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)³.

Portanto, a educação permanente em saúde é, simultaneamente, uma política de educação na saúde e uma prática de ensino-aprendizagem. Como política nacional, ela está assentada nas diretrizes aprovadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde, nas disposições aprovadas no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e em diversos dispositivos formais pactuados na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e publicados pelo Ministério da Saúde. Como política, a Educação Permanente em Saúde afirma,

1) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) o reconhecimento de bases locorregionais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em co-operação para a formulação de estratégias para o ensino, assim como para o crescimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade. (Bahia, 2007)

² CGR- considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), cabem elaborar um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde (BRASIL, 2006). Cabe também aos CGR definir cursos de formação técnica de nível médio, levando em consideração o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde e as prioridades pactuadas. (BRASIL, 2009).

³ CIES - são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde e previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH – SUS (BRASIL, 2006). A CIES estadual foi aprovada na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 189, de 22.07.10 (Bahia, 2010). A SUPERH/ EFTS e a SUVISA integram a CIES estadual, dentre outros atores sociais.

Na perspectiva da educação permanente considerar o trabalho como princípio educativo equivale dizer que o ser humano é produtor de sua realidade e, por isso, se apropria dela e pode transformá-la. Equivale dizer, ainda, que nós somos sujeitos de nossa história e de nossa realidade. Em síntese, o trabalho é a primeira mediação entre o homem e a realidade material e social (Brasil, 2007).

Sendo assim, as experiências de problematização das escolas do SUS e a influência de Paulo Freire no trabalho destas escolas, descortina uma grande experiência de análise do processo de trabalho dos técnicos da saúde e a construção de possibilidades de melhoria do trabalho e implementação de educação permanente em saúde nas diversas instâncias do governo, como foi experimentado nos processos de aprendizagem junto aos agentes de controle de endemias na Bahia.

a ordenação da formação para a área de saúde como política pública afirma a perspectiva de construção de espaços locais, regionais e microrregionais com capacidade de desenvolver a educação das equipes, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais para uma saúde de maior qualidade. (Ceccim; Feuerweker, 2004. p.50).

As mudanças voltadas para as necessidades de saúde da população e de organização do SUS no ensino de pós-graduação, graduação e educação técnica, serão incentivadas, pela articulação e inserção de docentes e estudantes nos cenários de prática dos serviços de saúde, pela implantação das diretrizes curriculares e pela inserção das instituições formadoras nos Pólos.

Na maioria das vezes a prática profissional nos espaços da saúde deixa pouco ou nenhum tempo disponível para a reflexão sobre esta mesma prática. Deste modo, é inviabilizada a possibilidade de realimentar o processo de trabalho em saúde – e de gestão da saúde – através da troca de experiências e da produção de novos sentidos para este processo. Nesta perspectiva, uma das principais características da Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerar o fator educativo do trabalho; trata-se da perspectiva onde a problematização da própria prática é o que configura o ato educativo (Ceccim, Ferla, 2009).

As práticas educativas, conforme Ceccim e Ferla (2009), são definidas pelos conhecimentos, valores, relações de poder, organização de processos, contexto político, dentre outros fatores que interagem no mundo do trabalho e, nessa perspectiva, portanto,

a aprendizagem no contexto do trabalho – envolvendo pessoas adultas – requer uma didática composta por elementos que façam sentido para os sujeitos envolvidos; a chamada aprendizagem significativa. Tendo como ator protagonista deste processo de aprendizagem as equipes de saúde, a prática da EPS é ascendente, ou seja, é a partir da análise coletiva dos processos de trabalho que são identificados os nós críticos a serem problematizados e enfrentados na atenção e na gestão da saúde. A aposta presente na EPS é de criar campos de possibilidade para a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas objetivando, assim, a efetiva transformação do processo de trabalho (CECCIM, FERLA, 2009).

Nessa perspectiva, ainda de acordo com Ceccim, Ferla (2009) a educação permanente opõe-se ao processo de ensino-aprendizagem mecanicista, ou seja, quando os conhecimentos são descontextualizados do cotidiano e os discentes os absorvem passivamente.

Assim foi que no processo formativo em técnicos de vigilância em saúde desenvolvido na ETSUS Bahia, os docentes enfermeiros, sanitaristas e odontólogos sempre concebiam e implementavam sequências dos guias que impulsionavam a contextualização real do trabalho no território, e desta forma, podíamos identificar de forma coletiva, as grandes lacunas para um trabalho em vigilância em saúde.

Peduzzi et al (2009, p. 123) demarca algumas diferenças entre a educação permanente da educação continuada, ressaltando que,

a EPS está fundamentada na concepção de educação como transformação e aprendizagem significativa, centrada: no exercício cotidiano do processo de trabalho, na valorização do trabalho como fonte de conhecimento, na valorização da articulação com a atenção à saúde, a gestão e o controle social, e no reconhecimento de que as práticas são definidas por múltiplos fatores; voltada à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade, com estratégias de ensino contextualizadas e participativas, e orientada para a transformação das práticas. A EC é pautada pela concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento; é pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais, e se coloca na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional (Peduzzi, 2009, p.123).

A lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas (Ceccim, Feuerwerker, 2004).

Portanto, para Ceccim e Ferla (2009) a educação permanente em saúde deve ser entendida concomitantemente como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde que se aproxima com várias vertentes brasileiras de educação popular e compartilha parte de seus conceitos, entretanto a educação popular privilegia a cidadania e a educação popular o trabalho.

A multiplicidade de interesses e pontos de vista existentes nos territórios locorregionais deixa clara também a necessidade de negociação e pactuação política nesse processo de estabelecimento de orientações concretas para a educação permanente em saúde. O núcleo central da política de formação para a área da saúde é constituído pela própria população. Suas necessidades sanitárias e mesmo de educação para a gestão social das políticas públicas de saúde devem ser contempladas, promovendo-se o desenvolvimento da autonomia diante das ações, dos serviços e dos profissionais de saúde (Ceccim, Feuerwerker, 2004).

Merhy (apud Ceccim, Feuerwerker, 2004, p. 42) coloca que justamente o modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram um dos grandes nós críticos das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil, “que se tem mostrado comprometido com muitos tipos de interesse, exceto com a saúde dos cidadãos”.

Enquanto política de educação na saúde, a educação permanente em saúde envolve a contribuição do ensino à construção do Sistema único de Saúde (SUS) e as fortalecimento da própria vigilância em saúde, sempre com o olhar para a promoção da saúde como uma estratégia de fortalecimento em saúde pública.

Conforme Carmem Teixeira (1998, p.18), a vigilância em saúde apresenta sete características básicas: intervenção sobre problemas de saúde, ênfase em problemas que requerem atenção, operacionalização do conceito de risco, articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas, atuação intersetorial, ações sobre o território e intervenção sob a forma de operações. No entanto, como vimos na contextualização, o processo de trabalho dos agentes de controle de endemias está distante desta atuação articulada e consoante com planejamento de intervenções operacionais, analisada e proposta por Jairnilson Paim (2004); considerando que os trabalhadores técnicos da saúde atuam em um cenário de vulnerabilidade social, com o pano de fundo da determinação social da saúde.

Quais seriam as competências necessárias para o trabalhador técnico em uma atuação em vigilância em saúde com a perspectiva mais ampliada da promoção da saúde, livre das exigências do mercado e diretivas restritivas?

Segundo o Observatório dos Técnicos de Saúde da EPSJV – Fiocruz, trabalhadores técnicos são aqueles que possuem a habilitação profissional de nível técnico, mas também os trabalhadores de nível fundamental e médio que atuam na área.

A partir desta classificação, é necessário localizar e identificar as competências técnicas, saberes e conhecimentos necessários para a realização do trabalho dos agentes de controle de endemias segundo as concepções da vigilância em saúde, conforme os objetivos da dissertação.

Quadro I: Conhecimentos, saberes e competências para atuação em intersetorialidade, integração das vigilâncias e transversalidade da promoção da saúde

1	Conhecimento para uma atuação em território a partir de análises de situação de saúde e determinantes sociais
2.	Conhecimento em priorização de problemas de saúde para atuação em saúde pública
3.	Conhecimento de práticas de prevenção articuladas com promoção da saúde
4.	Conhecimento sobre determinação social do processo saúde e doença, desigualdades sociais e iniquidades em saúde
5.	Competências para o trabalho em equipe
6.	Conhecimento e competências em educação e comunicação em saúde com enfoque integral
7.	Conhecimento sobre o ciclo das doenças infecciosas e formas de prevenção, para articulação e convivência com a promoção da saúde na busca da participação comunitária
8.	Conhecimento sobre rede de atenção à saúde, atenção biopsicossocial e integração das vigilâncias
9.	Competências para implementação de atividades de advocacy e mobilização nas comunidades
10.	Conhecimentos em Epidemiologia articulada com os determinantes sociais e desigualdades
11.	Conhecimentos e competências para o planejamento em saúde
12.	Conhecimentos e competências em multidisciplinaridade e interdisciplinaridade
13.	Conhecimentos e competências em projetos e intervenção em promoção da saúde

14.	Conhecimento da rede local, organização das instâncias do governo e stakeholders para atuação em política pública
15.	Conhecimento de SUS, Atenção Primária em Saúde, Atenção Básica em Saúde, Qualidade de Vida e referencial teórico da vigilância em saúde e promoção da saúde
16.	Conhecimentos e competências em estratégias de intersetorialidade

Elaboração Autora a partir das fontes do Ministério da Saúde e da EPSJV

Logo, com foco para os trabalhadores técnicos da saúde, é importante a análise de processos formativos dos técnicos de vigilância em saúde, que tem como população alvo, os agentes de controle de endemias nas ETSUS, mas que desempenham as suas atividades ainda muito distantes do referencial teórico proposto pela vigilância em saúde, em um cenário de fragmentação da vigilância, ausência de práticas de promoção da saúde e redução do trabalho em equipe.

Mas é importante não perder a lente sobre a estrutura a que está ligado este agente da vigilância e a realidade da descentralização das responsabilidades e ações entre as instâncias do aparelho estatal. É importante perceber o quanto esta realidade é estruturante.

Deflagra-se então uma estrutura educacional aligeirada, sem a possibilidade do processo de ensino integral, além do baixo nível de intelectualidade e desarticulação teórica-prática, influenciadas pelo modelo econômico do capital e acumulação rígida, que posteriormente avança para a acumulação flexível, analisada por Acácia Kuenzer (2007), em seu artigo “Da dualidade assumida à dualidade negada: o discurso da flexibilização justifica a inclusão excludente”, sobre o discurso da flexibilização.

Esta dualidade educacional direciona uma disponibilidade de escolas para burgueses, diferenciadas das escolas para trabalhadores, em um modelo amplo de fragmentação do processo de trabalho, que se perpetua de forma cruel e agressiva no mundo do trabalho, com impacto nos processos de trabalho em saúde e nos espaços onde se desenvolve o SUS.

A dualidade estrutural expressa uma fragmentação da escola a partir da qual se delineiam caminhos diferenciados segundo a classe social, repartindo-se os indivíduos por postos antagonistas na divisão social do trabalho, quer do lado dos explorados, quer do lado da exploração (Campelo; Filho, 2008, p. 136).

Além da divisão social do trabalho presente nas práticas e atuação dos agentes de controle de endemias em processo formativo para técnicos de vigilância em saúde, também há

uma distância entre o trabalho realizado por estes trabalhadores técnicos da saúde e as concepções da vigilância em saúde, sob a luz da integralidade e interdisciplinaridade.

Segundo Deluiz (1995, p. 168), ao se enfatizar a dimensão da subjetividade dos trabalhadores, as novas qualificações, por um lado, possibilitam colocar em discussão o papel dos indivíduos na produção, não mais como apêndice de máquinas, mas como sujeitos ativos, em um processo de reconstrução de sua identidade. A partir desta visão, as novas qualificações permitem desenvolver uma consciência crítica e questionadora sobre o processo de trabalho, exercendo assim, um posicionamento mais interativo no trabalho e na sociedade.

É essencial que na atuação em vigilância em saúde, o trabalhador do SUS possa desenvolver esta consciência crítica e questionadora sobre o processo de trabalho, posicionamento que pode ser facilitado através de estratégias de educação profissional, sem perder a ótica da realidade, de que o ambiente de trabalho e diretrizes da rede SUS também influenciam neste processo de possibilidades de autonomia do trabalhador.

Logo, uma atuação mais autônoma e criativa não depende apenas de educação profissional ou diretrizes de concepções da vigilância em saúde, mas também de ambientes de trabalho mais democráticos e com abertura de integração de pastas em saúde pública.

Formação de recursos humanos, educação permanente em saúde, novos modelos de atenção em saúde e estrutura organizacional democrática para viabilizar a implementação de práticas embasadas no referencial teórico.

Especificamente, em relação ao histórico dos cursos Técnicos de Vigilância em saúde, e nesta trajetória da Educação Profissional e avanço da Saúde Coletiva, desponta a criação da Funasa, que na década de 1990, deflagra cursos com maior preocupação com a formação de uma base interdisciplinar de conhecimentos para a atuação na área da Vigilância em Saúde.

Acompanhando um pouco este percurso dos cursos técnicos de Vigilância, o curso básico de vigilância epidemiológica (CBVE) e, posteriormente, o curso básico de vigilância ambiental em saúde (CBVA) foram marcos nesse sentido. Com carga horária maior, apresentavam uma seleção de conteúdos e um desenho metodológico que demonstravam maior preocupação com a aprendizagem dos estudantes e com a articulação de conhecimentos de diferentes áreas (história, bioestatística, epidemiologia, gestão dos serviços, políticas de saúde, meio ambiente, entre outras).

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a qualificação é a capacidade potencial do trabalhador de realizar atividades de trabalho, e a competência como alguns aspectos do acervo de conhecimentos e habilidades dessa capacidade potencial (Ramos, 2011).

A educação profissional no setor saúde se apresenta em um cenário onde são desenvolvidas novas tecnologias e apresentados a todo momento novos cenários epidemiológicos, como a atual epidemia da Zika e avanço recente da Chikungunya, com demandas cada vez mais urgentes de formação destes trabalhadores com contribuições efetivas à melhoria da saúde pública.

Se não visualizamos estruturas de educação menos aligeiradas, não identificamos esta articulação e integração dos níveis de atenção à saúde, logo assim, não ocorre a integralidade em saúde, e conseqüentemente, não se implanta novas possibilidades para a vigilância em saúde.

Para a melhoria deste processo de trabalho e avanço na vigilância em saúde, será necessária uma lente efetiva e novas propostas de educação permanente, formulação de novas políticas, reformas na estrutura de vigilância em saúde, além de estratégias de gestão do trabalho em vigilância em saúde.

CAPÍTULO 3

3.1 OS AGENTES DE CONTROLE DE ENDEMIAS E AS LACUNAS DE ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO

O intuito deste capítulo é apresentar os agentes de controle de endemias e as lacunas identificadas no trabalho efetivamente realizado por eles e as concepções da vigilância em saúde. Selecionamos os agentes vinculados ao Centro de Controle de Zoonoses, que está inserido na estrutura da Secretaria Municipal de Saúde do município de Salvador.

Os agentes de controle de endemias têm as atividades laborais regidas pela lei número 11.350, de 5 de outubro de 2006. E estes atores do SUS devem preencher os seguintes requisitos para o exercício do seu trabalho no território:

I - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada;

II – haver concluído o ensino fundamental

Além disso, os agentes admitidos pelos gestores locais do SUS e pela Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, submetem-se ao regime jurídico estabelecido pela Constituição das Leis do Trabalho – CLT, salvo se, no caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, lei local dispuser de forma diversa.

Em 2015, o Decreto número 8.474, de 22 de junho, regulamenta a Lei número 11.350, dispõe sobre as atividades dos Agentes de Controle de Endemias, que envolve desde o enfoque nas atividades de controle de vetores e de endemias mais prevalentes, até integração das ações com as equipes de Atenção Básica em Saúde. Ainda sobre a legislação que dispõe sobre as atividades destes trabalhadores, a portaria 165 / SAS / MS, de 25 de fevereiro de 2015 que cria código provisório de Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) dos Agentes de Controle de Endemias ou Agentes de Combate às Endemias.

Estes trabalhadores estão ligados ao Centro de Controle de Zoonoses do município de Salvador e são hoje todos concursados no município de Salvador, com carga horária de 30 horas semanais no território. Realidade diferente de outros estados no território nacional.

O concurso é uma modalidade como forma de inserção no serviço público e esteve como um dos grandes direcionadores da gestão da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia na gestão iniciada em 2007. Sendo assim, a secretaria avança em um processo de substituição dos trabalhadores com vínculos precários por vínculos estatutários, e este processo

contemplou também os Agentes Comunitários de Saúde. Da mesma forma que o estado, o município percorreu o mesmo caminho de desprecarização dos vínculos destes trabalhadores,

Partindo desta análise de vínculo empregatício garantido na Bahia, mas ainda sem grandes benefícios trabalhistas, como o não pagamento do piso nacional aos agentes de Salvador, ainda temos condições precárias de segurança e saúde no trabalho, que acometem estes trabalhadores durante a implementação das suas intervenções no território, como a questão dos riscos ocupacionais (químicos, físicos, biológicos, mecânicos, ergonômicos e psicossociais), dificuldades de acesso e uso de EPIs e exposição à violência no território, já que são ambientes de trabalho inseridos nas comunidades.

Note-se que os determinantes sociais da saúde, quando analisamos trabalhadores com atuação nas comunidades, tornam-se grandes riscos ocupacionais a estes trabalhadores do SUS, a exemplo das situações de violência e usuários de drogas no território.

Inserido ao grupo de agentes de controle de endemias do município de Salvador, ainda existem trabalhadores com tempo maior de serviço, ligados diretamente a Funasa, denominados municipalizados, com salários maiores, mas alguns ainda em exercício da mesma atividade no campo, assim como os novos trabalhadores concursados. Outros municipalizados, já alcançaram melhoria de função, em atividades como coordenadores e supervisores.

Os agentes de controle de endemias no cenário atual de 2016 estão inseridos em uma luta integrada com os agentes comunitários de saúde por alguns direitos trabalhistas, o PLC 210-2015, que traz benefícios como: a contagem do tempo de serviço desses profissionais para a aposentadoria independente do vínculo empregatício, o direito a adicional de insalubridade, prioridades no acesso ao financiamento de moradias e recursos do Fundo Nacional de Saúde para formação, pois estes trabalhadores estão ligados ao mesmo sindicato de classe, que na Bahia, é chamado de Sindicato de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias da Bahia (SINDACS). Além de ligados ao sindicato, também estão contemplados pela Associação dos agentes comunitários e de endemias de Salvador, de instância municipal.

Além deste cenário de luta por direitos trabalhistas, estes agentes têm alcança algumas mudanças de gestão do trabalho devido a pleitos dos trabalhadores, como a experiência do Centro de Controle de Zoonoses da Secretaria Municipal de Salvador, que no ano de 2016, inicia algumas reuniões de planejamento em saúde envolvendo coordenadores e agentes de controle de endemias para pensar a melhor forma de organizar o trabalho e implementar as ações no território.

Os Centros de Controle de Zoonoses (CCZs) são estabelecimentos onde se desenvolvem as atividades de vigilância ambiental e o controle de zoonoses e doenças transmitidas por vetores para atendimento às diversificadas populações de municípios onde são implantadas.

Os termos agentes de controle ou agentes de combate às endemias modificam a partir de literaturas diversas e os próprios coordenadores de programas não possuem acesso a nomenclaturas e fluxos de trabalho oficiais, apesar de serem compostos por procedimentos rígidos com baixo nível de flexibilidade e reduzida possibilidade de autonomia sobre o trabalho em vigilância em saúde.

O trabalho dos agentes de controle de endemias está centrado com foco nas endemias, com atividades bem direcionadas e descritas conforme procedimentos no setor saúde. Logo, guarda algumas semelhanças com um processo de trabalho de origem militarizada e também com procedimentos de saúde realizados no modelo hospitalocêntrico.

As atribuições no território são descritas nos documentos da Secretaria Municipal de Saúde. Entre outras, estão atividades bem alinhadas ao modelo taylorista fordista.

Os agentes de controle de endemias e supervisores descrevem algumas atividades durante os processos de sala de aula na ETSUS: visitar periodicamente os moradores, realizar mensagens educativas de como evitar a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, quais os seus riscos para a saúde, como prevenir as doenças, quais os seus sintomas, quais as consequências e quais as primeiras providências no caso de proliferação de focos do mosquito no território. Além das atividades supracitadas, fazer reconhecimento do território, identificar suas potencialidades, seus fatores de riscos, quem são os atores sociais, entre outras atividades do escopo de trabalho destes agentes.

O Centro de Controle de Zoonose, seguindo as diretrizes das Secretarias Municipais de Saúde e normativas do Sistema Único de Saúde e Ministério da Saúde, coordena as atividades destes trabalhadores para uma atuação com enfoque nas endemias, sem nenhuma ponte ou articulação com as concepções da Vigilância em Saúde e práticas de Promoção da Saúde. Logo, estes trabalhadores estão distantes de desenvolver uma prática, um trabalho em equipe, alinhado com todo este arcabouço teórico da vigilância em saúde.

As atribuições no território são descritas nos documentos da Secretaria Municipal de Saúde. Entre outras, estão: visitar periodicamente os moradores, passando mensagens educativas de como evitar a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, quais os seus riscos para a saúde, como prevenir as doenças, quais os seus sintomas, quais as consequências e quais as primeiras providências no caso de proliferação de focos do mosquito no território. Além das

atividades supracitadas, fazer reconhecimento do território, identificar suas potencialidades, seus fatores de riscos, quem são os atores sociais, entre outras atividades laborais.

Pensar em necessidades da população brasileira na sua totalidade está em dissonância com as práticas do trabalho em saúde dos agentes de controle de endemias no território, pois estes trabalhadores atuam com foco em prevenção de doenças transmissíveis, que também apresentam atividades segregadas por tipo específico de endemias, conforme sinalizado em sala de aula pelos próprios trabalhadores.

O trabalho se apresenta de forma fragmentada por tipos de endemias desde a organização dos programas, e este direcionamento segue até a intervenção no território, onde os agentes desenvolvem mais atividades operativas.

A divisão do trabalho básica é uma equipe formada por dez agentes de controle para 01 supervisor de campo e 01 líder geral por Distrito Sanitário ou Sub-Distrito Sanitário (01 distrito é dividido em 02 partes), sendo que Salvador é dividida em 12 distritos sanitários. Sendo que estes agentes com carga horária diária de seis horas tem estipulada uma produtividade de visita técnica em 25 a 30 imóveis por dia.

No processo hierárquico, de modo geral, os líderes são os trabalhadores que participam das reuniões de planejamento e programação de atividades com as áreas técnicas, que fazem posteriormente o repasse das informações aos agentes, e desempenham alto nível de supervisão e acompanhamento dos processos de trabalho dos agentes. Há algumas exceções, quando ocorre participação em um trabalho específico, a exemplo de participação em estudos ou projetos de pesquisa.

Estas equipes estão inseridas em processos de trabalho sem fluxo de reuniões de planejamento e sistemáticas. As necessidades partem de cada programa de endemias como demanda espontânea, em dissonância com uma atuação mais planejada. Embasamento prioritário para atuação em vigilância em saúde, assim como protocolos e documentos também não são pontos fortes de manualização dos processos de trabalho dos agentes.

De modo geral, os agentes têm uma rotina fixa de trabalho de carga horária diária de oito horas e quarenta horas semanais, com mudanças influenciadas por cada programa por endemias nos Centros de Controle de Zoonoses.

Os trabalhadores do SUS estão envolvidos pela mesma atmosfera de problemas sociais, políticos, deficiência de recursos financeiros para a saúde e a grande busca pela intersetorialidade, para alcançar melhorias na saúde pública com práticas no território junto à população. A partir deste cenário, entendemos a grande importância do trabalhador técnico da saúde que está intimamente ligado ao processo de prevenção e controle das endemias, com

foco em prevenção das doenças transmissíveis, em dissonância com práticas de promoção da saúde.

O trabalho está relacionado à historicidade à medida que se modifica e que deve atender as necessidades humanas básicas. Nessa perspectiva, Marx (2007 apud Renault (2010, p. 62) ressalta que:

No trabalho, o homem se comporta para com a natureza como uma potência natural, ele a transforma segundo suas próprias leis, ele modifica a natureza exterior ao mesmo tempo que modifica sua própria natureza desenvolvendo as potencialidades que nela estão adormecidas. O trabalho se encarna nos objetivos naturais, se transforma de trabalho vivo em trabalho passado. Nessa objetivação, o trabalho exibe um duplo aspecto (...), ele é trabalho útil ou trabalho útil concreto, enquanto produtor de valor de uso, mas, por outro, é enquanto dispêndio de força de trabalho humana no sentido fisiológico (...) nessa qualidade de trabalho humano idêntico, ou ainda de trabalho abstratamente humano, que ele constitui valor mercantil ou o valor-mercadoria (Marx, 2007 apud Renault, 2010, p. 62).

A fragmentação do processo de trabalho dos agentes de controle de endemias está capilarizada nas próprias atividades descritas nos documentos do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais, que ainda não estão formalmente delimitadas, assim como também se trata de um trabalhador que não aparece de forma clara nas políticas nacionais, necessitando de uma identidade mais forte e em paralelo, de uma imagem bem definida como categoria profissional e que necessita estar integrada a equipe do SUS.

Segundo Marina Peduzzi (2008), as políticas de recursos humanos em saúde, para as quais a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, representa uma inflexão importante, destacam cada vez mais a importância da equipe de saúde como uma possibilidade mais efetiva do trabalho em saúde, que se contrapõe ao trabalho individualizado.

A partir deste panorama, podemos entender também que as características da organização do processo de trabalho e tarefas presentes no escopo de atuação dos agentes de controle de endemias sofrem alterações a partir do perfil epidemiológico, onde os agentes trabalham e da própria organização dos serviços de saúde, processo que inclusive impacta nos direcionadores das escolas do SUS para a formação destes trabalhadores.

A partir da necessidade de analisar o processo de trabalho dos agentes de controle de endemias, é importante trazer legislação e portarias do Ministério da Saúde para uma investigação mais aprofundada, a exemplo da Lei número 11.350, de 5 de outubro de 2006, que dispõe sobre as atividades do agente de controle de endemias, que são:

I. desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade na prevenção e controle de doenças e agravos à saúde;

II. executar ações de prevenção, identificar casos suspeitos de doenças e agravos à saúde e encaminhar para a unidade de saúde de referência;

III. comunicar o fato à autoridade sanitária responsável, divulgar informações de medidas de prevenção e individual e quadro de sinais e sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças;

IV. executar ações de campo para a pesquisa entomológica, malacólica e coleta de reservatórios de doenças; realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para definição de estratégias de prevenção e controle de doenças;

V. executar ações de prevenção e controle de doenças utilizando as medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental; executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de prevenção e controle das doenças;

VI. registrar as informações referentes às atividades executadas de acordo com os norteadores do SUS;

VII. realizar identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada principalmente aos fatores ambientais e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores.

A partir da descrição da portaria, são identificadas atividades desarticuladas das concepções da vigilância, da integralidade em saúde e dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, que também está sob a gestão e condução da Secretaria de Vigilância em Saúde. Logo, a questão da fragmentação do processo de trabalho dos agentes de controle de endemias, parte de uma condição estrutural do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, até capilarizar para a atuação na ponta das Secretarias Municipais de Saúde, além das lacunas nos próprios processos formativos e visão dos gestores e docentes das escolas do SUS, através de uma complexa rede multicausal.

A Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde tem como objeto de ação o controle de doenças e agravos, cobertos pela vigilância epidemiológica e controle de endemias, além de outras temáticas que foram incorporadas recentemente, através da vigilância ambiental e saúde do trabalhador.

Dentro das secretarias do Ministério da Saúde também existem as dificuldades de articulação das áreas e de alcance de propostas mais intersetoriais, desde os planos de

trabalhos semestrais do Ministério da Saúde, com capilaridade para as equipes de gestores, técnicos e trabalhadores do SUS nos Estados e Municípios.

Existem políticas e estratégias de mobilização de intersetorialidade e intrasetorialidade, como a Política Nacional de Promoção da Saúde e algumas iniciativas da própria Organização Pan-Americana da Saúde, como a Estratégia de Saúde em Todas as Políticas (2014), que tem como sólidos fundamentos, equidade em saúde, participação social e intersetorialidade, mas ainda assim, estamos todos trabalhadores do SUS, no caminho da busca por políticas e ações no território mais intersetoriais.

Segundo Augusta do Amaral (2015), o processo de mudança do sistema social é desencadeado por pessoas ou grupos quando, a partir do alargamento das suas visões e percepções (paradigmas), tomam consciência da inadequação de atitudes, comportamentos, desempenhos, no nível pessoal ou social e decidem integrar-se na superação.

Em movimentos e programas intersetoriais, o processo de mudança envolve as seguintes etapas: comunicação e sensibilização, participação e envolvimento, facilitação e apoio, além de negociação efetiva.

Estas pessoas envolvidas na superação em saúde pública são os formuladores de políticas públicas, gestores e trabalhadores do SUS.

Em paralelo, segundo a pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Ministério da Saúde sobre atribuições dos trabalhadores de nível médio que atuam nas áreas da vigilância, esta elucida que existe um predomínio de profissionais do nível médio em todas as áreas da vigilância, com números que alcançam até dez vezes mais o quantitativo global de trabalhadores de nível universitário, como no caso da vigilância ambiental. (Universidade Federal de Minas Gerais, 2008).

No entanto, nem todas as atividades regulamentadas pelo decreto 8.474 de 2015 são implementadas conforme descrição na legislação, pois as atribuições de campo conseguem ser mais fragmentadas e reducionistas quando comparadas às atividades dispostas e prescritas, devido à transformação das diretrizes do Ministério da Saúde nas etapas de implementação.

Durante as dinâmicas coordenadas por mim no curso da escola do SUS no município de Salvador (Bahia), os agentes de controle das endemias sinalizaram que chegam a ser segregados e organizados por tipo de epidemia ou agravo. Segundo eles o argumento era possibilitar uma atuação mais efetiva, produtiva, além de favorecer o acompanhamento mais eficaz pelos supervisores e gestores no cenário do SUS, em consonância com as práticas da divisão social do trabalho. Assim, encontramos trabalhadores que atuam apenas com dengue ou trabalhadores que atuam apenas com hanseníase. Nesse sentido, no cenário de práticas

efetivas de vigilância em saúde, observamos a resistência de um modelo de organização do trabalho de inspiração taylorita-fordista; muito embora o compromisso seja com a melhoria da saúde da população.

Esta organização tem uma série de implicações para o desenvolvimento do trabalho e para o trabalhador. Primeiro, cabe indagar se ela é capaz de propiciar o pleno desenvolvimento das atividades, uma vez que o trabalho nas vigilâncias é atravessado por uma série de complexidades, entre as quais destaca-se a mediação entre as secretarias de saúde e a população.

Segundo há uma intensificação na utilização da força de trabalho, visando a máxima produtividade por trabalhador. A maior interação entre o trabalhador e a população em muitos casos é sacrificada para o cumprimento de metas que estipulam número de residências visitadas, por exemplo. O aumento da produtividade e a intensificação do ritmo de trabalho ocorrem em um cenário de ausência de condições dignas de remuneração e trabalho.

De modo geral os trabalhadores que atuam na vigilância como agentes de controle de endemias não possuem contratos de trabalho estáveis. Temos assim relações de trabalho reguladas pela ótica da qualidade total e da busca por processo mais produtivo e competitivo. Ao menos duas dimensões são sacrificadas nesse arranjo: a qualidade da interação com a população e os espaços para desenvolvimento de um trabalho mais autônomo.

Em total dissonância com os princípios da vigilância em saúde, observamos que o trabalho dos agentes está organizado e é regulado segundo a lógica da economicidade, que valoriza a competitividade e o aumento da produtividade, em acordo com o capitalismo. Essa lógica contamina a atuação e formação dos trabalhadores.

De acordo com Ramos (2011), a pedagogia das competências aí neste cenário não é vista como educação integral ou direito ao trabalho, muito distante de políticas universais, mas sim de um trabalho flexível, em consonância com as necessidades do empregador e demandas de competitividade e inovação empresarial.

Segundo Harvey (2010), autor fundamental para o desenvolvimento da concepção da pedagogia das competências, o neoliberalismo significou a financeirização das políticas e processos formativos em educação, com o objetivo de valorizar o capital privado, com repercussões na vida cotidiana das pessoas e nos ambientes de trabalho. O mesmo se aplica ao trabalho no setor saúde, saúde pública e o impacto na vida dos trabalhadores do SUS.

Como mostra Mészáros (2002), a estratégia da destruição criativa analisada por Schumpeter (1982) o sistema capitalista desdobra em uma produção destrutiva. Essa mesma produção anti agenda social que está presente também em algumas estruturas de Secretarias

Municipais de Saúde, contaminadas pela dinâmica da competitividade intercapitalista e descompromissadas com os direitos dos trabalhadores.

Esta dinâmica da competitividade e do capitalismo flexível desdobra no trabalho dos agentes de controle de endemias, líderes e gestores do fluxo laboral dos Centros de Controle de Zoonoses, em dissonância com as concepções da vigilância e as perspectivas dos processos formativos das escolas do SUS.

Este processo de “pseudo-avanço” técnico-científico repercute na ideologia da sociedade do conhecimento ou sociedade da informação, na qual temos a permanência do capital humano e da divisão de classes, com mais violência, que cresce ao longo da história, com desdobramentos no mundo do trabalho, através da fragmentação do processo de trabalho dos técnicos da saúde. Sendo assim, estamos muito distantes do trabalho como atividade humana essencial à produção da vida humanizada e a emancipação dos homens como seres livres.

A organização e a regulação do trabalho assim fragmentado dificulta sua articulação com outros atores sociais e ações de saúde pública. Dificulta especificamente a implementação das perspectivas da intersectorialidade e da integralidade na atenção, bem como a articulação das vigilâncias.

A rígida divisão de trabalho entre as vigilâncias e entre trabalhadores de nível superior e os trabalhadores técnicos, observada na descrição das atividades e nos relatos dos trabalhadores ao longo dos processos formativos realizados pela ETSUS de Salvador, também compromete a efetivação da perspectiva da interdisciplinaridade. Ela figura em boa parte da literatura especializada como essencial ao trabalho na vigilância em saúde.

Dentro do escopo de atividades preconizadas para trabalhadores técnicos, em especial os agentes de controle de endemias, regulamentadas em 2006, há um descolamento com outra dimensão identificada pela literatura como essencial à perspectiva da vigilância em saúde. No caso, o descolamento com planejamento de mais longo prazo em saúde.

É importante observar que a instabilidade contratual dos agentes e as condições precárias da atividade laboral comprometem a continuidade das equipes de saúde no território, bem como a interação com a população. Quando o agente adquire maior familiaridade com uma comunidade e com outros trabalhadores da saúde com atuação naquele território, seu contrato é descontinuado.

Outro ponto fundamental a se considerar é como a fragmentação afeta negativamente a associação do trabalho em vigilância com a perspectiva da promoção da saúde, em consonância, nesse caso, com a Política Nacional de Promoção da Saúde e marcos mundiais.

Uma lacuna crítica, identificada no relato dos trabalhadores e observada por equipes das Secretarias Estaduais, Municipais e do Ministério da Saúde, é a ausência de um fluxo de trabalho integrado, que possibilite a articulação do agente de controle de endemias com o agente comunitário de saúde, os outros atores das Equipes de Saúde da Família e a Política Nacional de Atenção Básica.

Mas apesar das lacunas supracitadas, vislumbramos alguns espaços de articulação entre as vigilâncias e delas com a perspectiva da integralidade em saúde. No caso a atividade específica de execução de atividades de campo que visem avaliar novas metodologias de prevenção. Um exemplo, apontado nos relatos dos trabalhadores durante processo formativo, e a colaboração entre agentes comunitários de saúde e as equipes de saúde do trabalhador.

No entanto, esses espaços são insuficientes. Pensar em mudanças na organização do trabalho requer ações de gestão e reforma de todo o fluxo de trabalho dos gestores, supervisores e agentes de controle de endemias, além de mudanças estruturais no próprio modelo das diretrizes do Ministério da Saúde. Requer também, novos modelos pedagógicos e didáticos para os novos processos formativos, pensados em torno de uma atuação interdisciplinar e da concepção ampliada da promoção da saúde. Essas mudanças podem contribuir de forma efetiva para o processo gradual de integração efetiva das Vigilâncias Ambiental, Epidemiológica e Sanitária.

3.2. TRABALHO E SUAS COMPETÊNCIAS

Estas considerações sobre a organização do trabalho impõem pensar sobre “trabalho”, “trabalho em saúde” e “trabalho em equipe”. E a partir deste ponto, pensar nos processos de formação, sempre integrados à necessidade de ações de gestão do trabalho na saúde. Na saúde, os estudos mais consistentes, a partir dos quais muitos outros trabalhos foram realizados, são os de Maria Cecília Ferro Donnangelo (1975-1976). Ela foi a primeira a chamar atenção para as relações indissociáveis entre trabalho, práticas de saúde, cultura e sociedade, com implicações nos conhecimentos e tecnologias médicas. Logo pensar o trabalho do agente de controle de endemias implica em pensar nas relações deles com gestores, com equipes de saúde da Atenção Básica, com as comunidades, bem como com as tecnologias utilizadas pelas vigilâncias.

Conforme Marx (1994), no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, que está relacionada a um determinado fim. Sendo assim, temos três

elementos componentes do processo de trabalho: atividade adequada a um fim, o objeto do trabalho, a matéria a que se aplica o trabalho e os instrumentos ou meios do trabalho.

Segundo Mendes Gonçalves (1983), no estudo do processo de trabalho em saúde é necessário analisar de forma articulada o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes.

A partir da análise de Marise Ramos (2011), na ótica de investigação dos processos de trabalho, o aporte principal da investigação de competência parte da investigação ocupacional e também, a partir da análise funcional, que traz uma abordagem superior. A análise foca na função estratégica da organização e nos resultados esperados a partir da atuação dos trabalhadores, e não apenas nas tarefas laborais realizadas.

Sendo assim, para pensar a formação e as competências deve-se partir do arcabouço teórico da vigilância em saúde e do referencial da promoção da saúde. Portanto, a análise das competências necessárias ao trabalho não pode se restringir ao modo como a estrutura de trabalho e relações entre trabalhadores da vigilância se apresentam hoje, ou como as diretrizes chegam das instâncias nacionais e estaduais, e sim como deveria ser o desenho da integração das vigilâncias, sem o enfoque apenas na doença.

Um desenho de atuação que traga a visão de determinantes sociais da saúde, de visão do contexto político, social e as desigualdades sociais, que desdobram com grande impacto na saúde das populações, principalmente as populações em alta vulnerabilidade social.

No entanto, os agentes de controle de endemias ainda não tem o quadro de competências definido. Em parte, porque o quadro de atribuição não é uniforme, como ocorre com outros trabalhadores da saúde. O quadro de atribuições depende do cenário epidemiológico das regiões e territórios onde estes trabalhadores atuam. Outro elemento considerado para estruturação do quadro, que também está sujeito a variações sazonais, é sua integração com os Agentes Comunitários de Saúde para realização das práticas de trabalho de equipe em saúde. É importante observar que a articulação mais estável é uma lacuna importante do processo de trabalho em Atenção Básica em Saúde. A partir desse ponto, fica clara, a necessidade de reformas estruturais da rede da vigilância e organização de secretarias no Ministério da Saúde.

Agentes de controle de endemias e os demais trabalhadores técnicos da saúde estão sujeitos a uma organização do trabalho espelhada no modelo taylorista-fordista. Esse espelhamento se expressa em muitas ações de qualificação, nas quais também não há uma articulação de conteúdos e, principalmente, na interação com as atribuições dos gestores da saúde. O modo taylorista-fordista de organizar um trabalho, que deveria seguir lógicas de

integralidade, horizontalidade e interdisciplinariedade, produz lacunas de comunicação e dificuldades para o trabalho em equipe.

Durante as dinâmicas no processo formativo na ET-SUS em Salvador os agentes do controle de endemias apontavam esses problemas, identificados fartamente na literatura sobre trabalho e formação profissional em saúde. De modo geral, defendiam a necessidade de maior autonomia como futuros técnicos de vigilância em saúde. Mas tinham grandes dúvidas e contestações sobre melhoria salarial, avanço de categoria profissional e estabilidade na função. Um ponto recorrente nas dinâmicas realizadas na ETSUS é o seu reconhecimento social na equipe de vigilância em saúde e atenção básica.

É importante compreender que as escolas, trabalhos e movimentos sociais são campos empíricos onde as pesquisas se realizam, sendo assim quando os agentes de controle de endemias entram em contato com a teoria da vigilância em saúde nas escolas do SUS (campo da educação profissional em saúde), ocorrem questionamentos e reflexões sobre as práticas reais no mundo do trabalho.

Entretanto em função do tempo disponível para realização da dissertação, um mergulho mais aprofundado no trabalho realizado pelos agentes de controle de endemias ficou comprometido. Assim, a dissertação irá se ater a análises da legislação que dispõe sobre as atividades destes trabalhadores, impressos de itinerário e coleta de dados para a vigilância, além de uma construção de quadro de tarefas dos agentes e proposições de novos saberes e competências. Utilizamos a literatura especializada e a sistematização das minhas próprias anotações realizadas nas oficinas e demais atividades propostas pela ETSUS no curso de formação de técnicos em vigilância em saúde para preencher as lacunas.

Assim, a partir do referencial teórico apresentado, foi elaborado um quadro de atribuições dos agentes de controle de endemias e a relação com conhecimentos, saberes e competências. As atribuições foram identificadas e consolidadas a partir de pesquisa de publicações como os Cadernos de Atenção Básica, Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e do site da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio.

Figura nº 02

Atribuições dos agentes de controle de endemias / conhecimentos, saberes e competências para atuação em intersetorialidade e integração das vigilâncias, conforme análise técnico-instrumental e conceito político-institucional

1	<p>ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DOS TRABALHADORES PRECONIZADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE – PREPARO TÉCNICO-INSTRUMENTAL DO TRABALHADOR</p> <p>Vistoria de residências, depósitos</p>	<p>CONHECIMENTOS, SABERES E COMPETÊNCIAS PARA UMA ATUAÇÃO ATRIBUIÇÕES PARA UMA ATUAÇÃO EM INTEGRALIDADE EM SAÚDE – PREPARO PARA UM CONCEITO POLÍTICO-INSTITUCIONAL</p> <p>Conhecimento de atuação em território com enfoque em determinantes sociais Conhecimento de práticas de prevenção articuladas com promoção da saúde</p>
2.	<p>Inspeção cuidadosa para busca de criadouros (caixa d'água, calhas e telhados)</p>	<p>Conhecimento em identificação de criadouros e ciclos de vida do mosquito ou outros transmissores de doenças e visão ampla em saúde do trabalhador Conhecimento de atuação em território com enfoque em determinantes sociais Conhecimento de práticas de prevenção articuladas com promoção da saúde</p>
3.	<p>Aplicação de larvicidas e inseticidas</p>	<p>Manejo de substâncias químicas em território Conhecimento de proteção individual para manejo de substâncias químicas e visão ampla em saúde do trabalhador Conhecimento de atuação em território com enfoque em determinantes sociais Conhecimento de práticas de prevenção articuladas com promoção da saúde</p>
4.	<p>Busca de focos endêmicos em residências, estabelecimentos comerciais, terrenos baldios</p>	<p>Conhecimento sobre o ciclo das doenças infecciosas e formas de prevenção Conhecimento de atuação em território com enfoque em determinantes sociais Conhecimento sobre criadouros e outros focos endêmicos Visão ampla sobre a importância das ações de saúde do trabalhador Conhecimento de práticas de prevenção articuladas com promoção da saúde Conhecimentos e competências para estratégias de intersetorialidade</p>
5.	<p>Orientações quanto à prevenção e orientações de doenças infecciosas (Dengue, Zika, Chikungunya, Esquistossomose, Chagas, Hanseníase, Tuberculose, Leishmaniose e Malária)</p>	<p>Conhecimento sobre o ciclo das doenças infecciosas e formas de prevenção Conhecimento em Educação e Comunicação em Saúde Conhecimento de atuação em território e Intersetorialidade, com enfoque em determinantes sociais e desigualdades sociais Conhecimento de desigualdades sociais, determinantes sociais e iniquidades em saúde Políticas públicas e intersetorialidade Conhecimento de práticas de prevenção articuladas com promoção da saúde Conhecimento de vigilância em saúde \ integração das vigilâncias</p>
6.	<p>Atividades de Recenseamento de Animais</p>	<p>Conhecimento sobre o ciclo das doenças transmitidas por animais Conhecimento de atuação em território com</p>

		<p>enfoque em determinantes sociais Visão ampla sobre a importância das ações de saúde do trabalhador Conhecimento sobre o ciclo das doenças infecciosas e formas de prevenção Conhecimento em Educação e Comunicação em Saúde Conhecimento de atuação em território e Intersetorialidade Conhecimento de desigualdades sociais, determinantes sociais e iniquidades em saúde Políticas públicas e intersetorialidade Conhecimento de práticas de prevenção articuladas com promoção da saúde Conhecimento de vigilância em saúde \ integração das vigilâncias</p>
7.	Identificar sinais e sintomas dos agravos/doenças e encaminhar os casos suspeitos para a Unidade de Saúde	<p>Conhecimento sobre o ciclo das doenças infecciosas e formas de prevenção Conhecimento em Educação e Comunicação em Saúde Trabalho em equipe Conhecimento de práticas de prevenção e promoção da saúde Conhecimento de atuação em território e Intersetorialidade Conhecimento de desigualdades sociais, determinantes sociais e iniquidades em saúde Políticas públicas e intersetorialidade Conhecimento de práticas de prevenção articuladas com promoção da saúde Conhecimento de vigilância em saúde \ integração das vigilâncias Competências em assistência ao usuário</p>
8.	Acompanhar os usuários em tratamento e orientá-los quanto à necessidade de sua conclusão	<p>Conhecimento de atuação em território Conhecimento de práticas de prevenção articuladas com promoção da saúde Determinantes Sociais do processo saúde e doença Monitoramento e controle Rede de Atenção à Saúde Trabalho em Equipe Conhecimento sobre o ciclo das doenças infecciosas e formas de prevenção Conhecimento em Educação e Comunicação em Saúde Conhecimento de atuação em território e Intersetorialidade Conhecimento de desigualdades sociais, determinantes sociais e iniquidades em saúde Políticas públicas e intersetorialidade Conhecimento de práticas de prevenção articuladas com promoção da saúde Conhecimento de vigilância em saúde \ integração das vigilâncias Competências em assistência ao usuário</p>
9.	Orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção de doenças	<p>Conhecimento de atuação em território Determinação social do processo saúde e doença Conhecimento de práticas de prevenção e</p>

		<p>promoção da saúde Conhecimento sobre o ciclo das doenças infecciosas e formas de prevenção Conhecimento em Educação e Comunicação em Saúde Trabalho em equipe</p>
10.	Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores	<p>Conhecimento de atuação em território Determinação social do processo saúde e doença Conhecimento de práticas de prevenção e promoção da saúde Conhecimento sobre o ciclo das doenças infecciosas e formas de prevenção Conhecimento em Educação e Comunicação em Saúde Trabalho em equipe Atividades de advocacy e mobilização nas comunidades</p>
11.	Realizar atividades de identificação e mapeamento de coleções hídricas de importância epidemiológica	<p>Conhecimento de atuação em território Conhecimento sobre o ciclo das doenças infecciosas e formas de prevenção Conhecimento em investigação, notificação, mapeamento e controle Competências em investigação, mapeamento e controle Conhecimento em Educação e Comunicação em Saúde Conhecimento de atuação em território e Intersetorialidade Conhecimento de desigualdades sociais, determinantes sociais e iniquidades em saúde Políticas públicas e intersetorialidade Conhecimento de práticas de prevenção articuladas com promoção da saúde Conhecimento de vigilância em saúde \ integração das vigilâncias Conhecimentos e competências em planejamento e gestão</p>
12.	Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos, em sua área de abrangência	<p>Conhecimento de atuação em território Determinação social do processo saúde e doença Conhecimento de práticas de prevenção e promoção da saúde a partir das necessidades da população e cenários epidemiológicos Conhecimento sobre o ciclo das doenças infecciosas e formas de prevenção Educação e Comunicação em Saúde Atividades de advocacy e mobilização nas comunidades Políticas Públicas e Intersetorialidade</p>
13.	Planejar/programar as ações de controle das doenças/agravos em conjunto ao ACS e equipe da Atenção Básica/Saúde da Família	<p>Conhecimento sobre o ciclo das doenças infecciosas e formas de prevenção Conhecimento em Educação e Comunicação em Saúde Conhecimento de atuação em território e</p>

	<p>Intersetorialidade</p> <p>Conhecimento de desigualdades sociais, determinantes sociais e iniquidades em saúde</p> <p>Políticas públicas e intersectorialidade</p> <p>Conhecimento de práticas de prevenção articuladas com promoção da saúde</p> <p>Conhecimento de vigilância em saúde \ integração das vigilâncias</p> <p>Conhecimento de atuação em território</p> <p>Conhecimento de Planejamento, Gestão, Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade</p> <p>Competências para trabalho em equipe em busca das necessidades da população</p>
--	--

Elaborado pela Autora a partir de fontes do Ministério da Saúde e EPSJV

A partir da Figura nº 02, foram identificadas diversas lacunas na atuação destes trabalhadores do SUS, quando analisamos a integralidade no cuidado, promoção da saúde, integração das vigilâncias e as perspectivas de um trabalho mais articulado com o Agente Comunitário de Saúde.

Sendo assim conforme a análise, foram identificadas lacunas críticas de atividades ocupacionais estritamente associadas à detecção de doenças e práticas de prevenção de endemias específicas, conforme uma manualização de práticas no território, em dissonância com o ideário da promoção da saúde e da intersectorialidade tão discutida em saúde pública.

De forma compartilhada, também não identificamos nas práticas destes agentes, enfoques mais amplos de articulação da análise de situação de saúde com as condições econômicas e sociais das comunidades atendidas, também distantes da atuação a partir dos determinantes sociais da saúde.

As dinâmicas implementadas em sala de aula, trazem informações ainda mais subjetivas e críticas para o processo de trabalho, como pouca discussão e proposição ao trabalho, déficit de comunicação com gestores e líderes imediatos, baixa formação e indução para o trabalho intersectorial e na perspectiva ampliada de promoção da saúde, participação precária em momentos de planejamento com supervisores e coordenadores, além das situações de risco e violências vividas por estes trabalhadores da saúde durante a prática no território.

É preciso ponderar que essas lacunas não são completamente negativas. Há potencialidades (trabalho mais autônomo, fluxo de comunicação com gestores e líderes, planejamento em equipe, trabalho em equipe, dentre outras melhorias). No entanto, explorar as potencialidades não é uma meta de alcance rápido seja para as iniciativas de formação, seja para mudanças na organização do trabalho. Até porque explorar as potencialidades, como

permitir a realização da autonomia dos trabalhadores, depende do contexto político, social e econômico vigente e complexo. Estes ainda são os grandes impasses da Reforma Sanitária e da construção e consolidação do SUS.

Segundo o Ministério da Saúde / Brasil (2008), ainda persistem problemas de gestão e organização dos serviços de saúde na integração da atenção Básica e da vigilância em saúde, gerando desdobramentos nas áreas operacionais da vigilância em saúde e impacto no trabalho dos agentes de controle de endemias.

Além disso, existem grandes lacunas em conhecimentos a partir do referencial teórico da Determinação Social do Processo Saúde e Doença, promoção da saúde e das concepções da vigilância em saúde, além de outros saberes estratégicos em interdisciplinaridade e planejamento em saúde, conforme as experiências vivenciadas em sala de aula e as avaliações dos alunos de escolas do SUS, em processo formativo piloto no município de Salvador.

Durante as atividades de docência sobre o módulo de trabalho científico e projetos, foram identificadas grandes lacunas para uma atuação em planejamento em saúde e projetos no território. Em parte, porque não vivenciavam nenhuma experiência de reuniões periódicas com gestores ou líderes imediatos sobre o processo de trabalho em vigilância em saúde e também não tinham conhecimentos em planejamento, políticas públicas, imagem-objetivo e projetos, a partir da interação em sala de aula com os discentes.

Segundo Cohen e Franco (1993), a imagem-objetivo é um modelo de simplificação seletiva e idealista da realidade, com uma característica inerente de sua racionalidade interna. Sendo assim, não seria o somatório dos objetivos, mas uma construção de resolução de problemas entre os diferentes objetivos e a possibilidade idealizada, através de uma organização entre estes objetivos.

As ETSUS tentam perseguir modelos formativos que atendam às questões sociais, e não direcionadas para as necessidades do capitalismo contemporâneo e demandas da acumulação flexível, mas alinhada ao caminho de uma transformação social. No entanto, nas práticas em sala de aula, nos deparamos com trabalhadores em aprendizagem no turno noturno, que sofrem no seu cotidiano de vida o impacto do capitalismo. Em seu ambiente de trabalho, enfrentam práticas cotidianas de trabalho em saúde estruturadas segunda a lógica da divisão social do trabalho.

Um importante aspecto que surgiu nas dinâmicas realizadas ao longo do curso de formação foi a ausência de um olhar mais atento para a segurança e saúde no trabalho, que compromete a capacidade de desempenhar o trabalho com qualidade e traz grande impacto nos serviços.

As características comuns de todos os desenhos supracitados, a exemplo dos processos formativos dos agentes de controle de endemias e agentes comunitários de saúde, são a dualidade educacional, estreitamente relacionada à dualidade estrutural e a divisão social do trabalho, ainda presente em alguns materiais didáticos e na própria realidade do serviço em saúde, como a total falta de comunicação e integração em equipe de saúde, conforme estudos de Acacia Kuenzer (2007) e Neise Deluiz (1995) e Marise Ramos (2011).

Conforme Deluiz (1995), a formação para o trabalho configura-se como um conceito político-educacional que alcança uma dimensão profissional e uma dimensão política articulada à profissional, com possibilidades de uma compreensão mais crítica da vida, da história, do conteúdo e das implicações sociais do trabalho humano, onde ocorre o envolvimento subjetivo do trabalhador.

Sendo assim, a formação para o trabalho não se restringe ao preparo técnico-instrumental do trabalhador.

Desta forma, a sala de aula tornou-se o grande laboratório de análise do trabalho dos agentes de controle de endemias, assim como a possibilidade da identificação das lacunas de um trabalho de saúde em equipe e sua fragmentação total na operacionalização da vigilância em saúde. Este cenário real se tornava muito visível, pois na sala de aula também tínhamos a oportunidade de mergulhar nos referenciais teóricos da prática da vigilância em saúde.

3.3 O CURSO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AS LACUNAS NO TRABALHO DOS AGENTES

Em sua maioria os alunos trabalhadores eram egressos de processos de aprendizagem anteriores estruturados na lógica do treinamento aligeirado, na contramão do caminho integral no campo da educação, conforme analisa Acácia Kuenzer (2007). Essas experiências afetavam seu envolvimento inicial com o curso. Logo o grupo de alunos trabalhadores não teve acesso anterior a muitos conhecimentos e informações. Essas deficiências contribuíram para o desenho e adoção de novas estratégias no processo de aprendizagem, a exemplo da metodologia da problematização.

O curso de vigilância em saúde segue a metodologia da problematização, com um guia composto por sequência de atividades e processo formativo com currículo integrado, em consonância com outros processos formativos da ETSUS – BA e durante a implementação do currículo integrado e as sequências de problematização, são mediadas metodologias

interativas onde os discentes trazem a realidade do território e diversos exemplos de atuação fragmentada junto à população.

Especificamente, em relação ao histórico dos cursos Técnicos de Vigilância em saúde, e nesta trajetória da Educação Profissional e avanço da Saúde Coletiva, desponta a criação da Funasa, que na década de 1990, deflagra cursos com maior preocupação com a formação de uma base interdisciplinar de conhecimentos para a atuação na área da Vigilância em Saúde, já mencionado anteriormente.

A partir daí, já visualizamos a importância de trabalhar a multidisciplinaridade e planejamento em sala de aula, para a atuação como Técnicos de Vigilância em Saúde. Sendo assim esta prática pedagógica requer um olhar contínuo sobre posicionamentos em sala de aula, apresentação de atividades, envolvimento com a sequência de atividades e ato de pesquisa, dentre outras observações.

Diante deste panorama, identificamos em sala de aula, alunos trabalhadores, com déficit de escolaridade e dificuldades de aprendizagem. No entanto, sempre trazemos como referência as suas atividades no campo, ou seja, o trabalho real dos agentes de endemias, para mediar os processos de aprendizagem em saúde coletiva, promoção da saúde e planejamento em saúde.

No entanto, antes de conhecer as lacunas do processo formativo e dificuldades em sala de aula com alunos trabalhadores, é importante entender o referencial teórico da Vigilância em Saúde para contrapor com as lacunas sinalizadas no trabalho dos agentes que relatam a todo o momento o desconhecimento sobre um conceito mais global de saúde e as concepções da vigilância em saúde.

Conforme Carmem Teixeira (1998, p.18), a Vigilância em Saúde apresenta sete características básicas: intervenção sobre problemas de saúde, ênfase em problemas que requerem atenção, operacionalização do conceito de risco, articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas, atuação intersetorial, ações sobre o território e intervenção sob a forma de operações.

A partir da análise das características da Vigilância em Saúde, podemos traçar diversas análises e desdobramentos em lacunas de atuação destes trabalhadores técnicos da saúde.

A primeira característica de intervenção sobre problemas de saúde e ênfase em problemas que requerem atenção já traz uma leitura de lacunas, pois estes trabalhadores atuam com foco nas endemias (Dengue, Zika, Chikungunya, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma, Tuberculose), sem uma atividade que articule também a questão das condições de saúde e estilo de vida das famílias, que trazem outros agravos, a exemplo das

Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Violências, questão do uso abusivo de álcool e outras drogas.

A terceira característica de articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas e atuação intersetorial, já traz uma nova leitura de lacunas, pois estes trabalhadores atuam com foco nas endemias, prevenção de doenças e encaminhamentos a unidades e equipes que implementam ações curativas, sem qualquer ponte de articulação com a Promoção da Saúde e Determinantes Sociais, e como as práticas de Promoção da Saúde podem apoiar as ações de Prevenção de Doenças, através de estratégias de educação e comunicação em saúde com enfoque integral e ações intersetoriais.

Segundo Sérgio Resende de Carvalho (2013), um sistema de saúde baseado em princípios de atenção primária à saúde dará ampla prioridade à promoção da saúde em articulação com a prevenção de doenças, com uma grande expectativa e atuação para o bem-estar, assim teremos um sistema de saúde e trabalhadores pautados pela realidade dos grandes problemas de saúde da população brasileira e/ou comunidade.

No cenário atual, a Carta de Curitiba da vigésima segunda Conferência Mundial de Promoção da Saúde, que ocorreu no Brasil, traz as recomendações dos participantes da conferência, e enfatiza como o fortalecimento da promoção da saúde e maior equidade pode melhorar a vida das pessoas, independente de onde vivam, trabalhem, brinquem e aprendam. Os objetivos da Promoção da Saúde só serão plenamente atingidos através da incorporação dos quatro princípios básicos: equidade, direitos humanos, paz e participação (Carta de Curitiba / OMS, 2016).

No caminho da problematização das lacunas e as questões de dificuldade dos trabalhadores do SUS em buscar intersetorialidade, é importante elucidar que a fragmentação do processo de trabalho em vigilância é identificado junto às equipes do Ministério da Saúde, e também visualizada nas equipes de Vigilância em Saúde das Regiões e Estados do país. Logo, como poderíamos aguardar uma vigilância em saúde integrada nos municípios, se toda a rede mantém a estrutura de fragmentação do processo de trabalho de vigilância em saúde.

Segundo Emerson Merly e Túlio Franco (2009), o trabalho em saúde é sempre desenvolvido por um trabalhador coletivo. Não existem equipes capazes de darem conta sozinhas do mundo das necessidades de saúde. E esse mundo é o objeto real do trabalho em saúde. Considerando, no entanto, que como as necessidades são histórica e socialmente construídas, elas se transformam. Logo é preciso propiciar integração e comunicação permanente entre trabalhadores de diferentes perfis, formações e inserções no SUS e as comunidades.

Um exemplo crítico de fragmentação é que dentro da estrutura do Centro de Controle de Zoonoses, os programas e coordenadores são divididos por tipos de endemias, sendo assim, a lógica da integração se torna mais crítica, quando a fragmentação está em nível de coordenação com capilaridade para o processo de trabalho dos agentes de controle de endemias no território.

A quarta característica de ações sobre o território e intervenção sob a forma de operações, traz outro fator interessante do processo de trabalho dos Agentes de Controle de Endemias. Em função da fragmentação estes trabalhadores, apesar de atuarem no território com foco nas endemias, têm dificuldades para apreenderem de forma global o processo de trabalho em saúde. A fragmentação com a dimensão do planejamento em saúde, enfatizada pelos trabalhos de Carmen Teixeira, também compromete a constituição da compreensão das articulações entre as atividades e os princípios do SUS. Tudo isso compromete a implementação de intervenções sob a forma de operações de forma mais efetiva no território, com enfoque integral.

Assim, em diversos momentos em sala de aula durante o módulo de trabalhos de pesquisa e projetos, os trabalhadores da saúde desdobraram nas rodas de aprendizagem, as grandes dificuldades de entendimento de objetivos e concepção de cronograma de tarefas ou operações em projetos de saúde, logo são trabalhadores que realizam as tarefas de forma prescrita sem grandes proposições de melhoria, autonomia e criatividade na atividade laboral.

Esta situação se confirma, quando os coordenadores do Centro de Zoonoses também sinalizam que estes trabalhadores têm baixa participação em reuniões de planejamento para as possibilidades de integração e melhoria do processo de trabalho, já que tanto políticas públicas, quanto os programas de promoção da saúde, requer multidisciplinaridade e participação de todos os atores sociais.

A partir das características apontadas, revisitamos o quadro de saberes e competências, a partir das concepções da vigilância em saúde (Quadro III).

Figura nº 03

As características da vigilância em saúde e a mapeamento de saberes e competências esperados.

	CARACTERÍSTICAS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE	NOVOS SABERES E COMPETÊNCIAS QUE DEVERIAM TER PARA UMA ATUAÇÃO MAIS EFETIVA
1	Intervenção sobre problemas de saúde	<p>Conhecimento e olhar mais global da determinação social</p> <p>Conhecimento de Políticas Públicas Saudáveis</p> <p>Conhecimento também das questões sociais, de estilo de vida e promoção da saúde</p> <p>Epidemiologia básica</p> <p>Conhecimento sobre planejamento e trabalho em equipe</p> <p>Interdisciplinaridade</p>
2.	Ênfase em problemas que requerem atenção	<p>Conhecimento e olhar mais global da determinação social</p> <p>Conhecimento de Políticas Públicas Saudáveis</p> <p>Conhecimento também das questões sociais, de estilo de vida e promoção da saúde</p> <p>Epidemiologia básica</p> <p>Conhecimento sobre planejamento e trabalho em equipe</p> <p>Interdisciplinaridade Priorização e articulação dos problemas e necessidades de saúde da população</p>
3.	Operacionalização do conceito de risco	<p>Conhecimento e olhar mais global da determinação social</p> <p>Conhecimento de Políticas Públicas Saudáveis</p> <p>Conhecimento também das questões sociais, de estilo de vida e promoção da saúde</p> <p>Epidemiologia básica</p> <p>Conhecimento sobre planejamento e trabalho em equipe</p> <p>Interdisciplinaridade</p> <p>Riscos e vulnerabilidades</p>

4.	Articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas	<p>Conhecimento e olhar mais global da determinação social Conhecimento de Políticas Públicas Saudáveis Conhecimento também das questões sociais, de estilo de vida e promoção da saúde Epidemiologia básica Conhecimento sobre planejamento e trabalho em equipe Interdisciplinaridade Conhecimento sobre o ciclo das doenças infecciosas e formas de prevenção Educação em saúde com enfoque integral</p>
5.	Atuação intersetorial	<p>Conhecimento e olhar mais global da determinação social Conhecimento de Políticas Públicas Saudáveis Planejamento, Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade Trabalho em equipe Poder de mobilização e articulação em saúde pública Advocacy</p>
6.	Ações sobre o território e intervenção sob a forma de operações.	<p>Conhecimento e olhar mais global da determinação social Conhecimento de Políticas Públicas Saudáveis Conhecimento também das questões sociais, de estilo de vida e promoção da saúde Epidemiologia básica Conhecimento sobre planejamento e trabalho em equipe Interdisciplinaridade Conhecimento em Educação e Comunicação em Saúde Conhecimento de Planejamento, Políticas Públicas Saudáveis e Projetos em Saúde</p>
13.	Planejar/programar as ações de controle das doenças/agravos em conjunto ao ACS e equipe da Atenção Básica/Saúde da Família	<p>Conhecimento e olhar mais global da determinação social Conhecimento de Políticas Públicas Saudáveis Planejamento em saúde, Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade Trabalho em equipe</p>

Elaborado pela Autora a partir de fontes do Ministério da Saúde e EPSJV

A partir de referencial teórico da vigilância em saúde, identificamos que estes trabalhadores têm dificuldades mínimas e básicas, como a diferença entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. Logo avançar para conhecimentos relacionados ao planejamento, com vistas a projetos de intervenção é um grande desafio, inclusive, para a transformação e efetividade das políticas públicas.


Sendo assim, de que forma podemos exigir que estes trabalhadores operacionalizem durante a execução das suas atividades, as concepções da vigilância em saúde e que estejam em integração com a política pública saudável e a equipe de Atenção Básica em Saúde?

Conforme Feitas & Freitas (2005), as discussões intensificadas a partir da década de 1990, em torno da reorganização do sistema de vigilância epidemiológica, trazem três elementos que precisam ser integrados: a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e a ambiental. Sendo que essa integração é crucial para alcançar a grande proposta de ação baseada na vigilância da saúde e práticas mais intersectoriais.

Segundo Maurício Monken e Carlos Batistella (2009), a excessiva fragmentação observada na institucionalização das ações de vigilância no âmbito do SUS (epidemiológica, sanitária e ambiental) é alvo de críticas desde a etapa de sua construção conceitual. A fragmentação da organização do sistema é reproduzida nas práticas das equipes de vigilância em saúde no território. À título de exemplo, utilizamos um dos impressos de trabalho destes atores do SUS com foco na vigilância epidemiológica (Imagem I).

Figura nº 05

Impressos de Trabalho dos Agentes de Controle de Endemias

 **PREFEITURA MUNICIPAL DO SALVADOR**
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSE
SETOR DE CONTROLE DE VETORES E ANIMAIS PEÇONHENTOS

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE DENÚNCIA

IDENTIFICAÇÃO

Nº Protocolo: _____ Subcoordenação PMCD: _____ Bairro: _____
 Endereço: _____
 Nº Estrato: _____ Nº Quarteirão: _____ Nº PMCD: _____ Nº Imóvel: _____
 Data do Atendimento: ____/____/____

DIAGNÓSTICO AMBIENTAL

Rua pavimentada	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Boca de lobo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Presença de lixo/entulho	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Canal de esgoto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vegetação excessiva	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Caso de dengue na área	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

SITUAÇÃO DO IMÓVEL

Abastecimento de água regular	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Depósitos com água	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Material inservível na área externa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Próximo a terreno baldio	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ATIVIDADE REALIZADA

<input type="checkbox"/> Inspeção	<input type="checkbox"/> Depósito(s) eliminado(s). Quantos? _____
<input type="checkbox"/> Depósito(s) inspecionado(s). Quantos? _____	<input type="checkbox"/> Amostra(s) colhida(s). Quantas? _____
<input type="checkbox"/> Depósito(s) tratado(s). Quantos? _____	Depósito <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D2 <input type="checkbox"/> E

OBSERVAÇÕES

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

Nome completo: _____
 Vínculo: Secretaria Municipal da Saúde Ministério da Saúde Nº Matrícula/GIAPE: _____
 Função: Líder de equipe Supervisor de campo Supervisor de equipe Agente
 Assinatura: _____

Rua do Mucambo, s/n, Trobogy, Salvador/BA – CEP 41.720-010
 Telefones: +55 (71) 3611-7308, 3611-7330, 3611-7331 – E-mail: zoonoses@pms.ba.gov.br

As fichas com enfoque em ambiente e busca de criadouros do *Aedes aegypti* compartilhada pelos agentes de controle de endemias, supervisores de campo, supervisores de equipe e líderes de equipe (direcionamento para apenas três tipos de endemias, a dengue, zika e chikungunya).

Existe um calendário padrão nacional de atendimento que direciona algumas práticas entre os agentes de controle de endemias, a exemplo deste processo focado em prevenção da dengue, para possibilitar uma lente mais específica sobre as lacunas e dissonâncias com o ideário da integralidade em saúde e de que forma podemos aportar às proposições de melhoria para o processo de trabalho em análise.

- I. Pesquisa Vetorial Especial – visita a cada 30 dias em domicílios, com aplicação de larvicidas e borrifação (processo de trabalho ainda desenhado no modelo orientado pela Sucam).
- II. Ponto Estratégico – é um alerta vermelho para a atuação mais específica, que requer visita a 15 dias e com coleta de larvas.

O fortalecimento de capacidades humanas para este grupo de trabalhadores requer a identificação destas lacunas e transformação em novas estratégias de gestão do trabalho e educação na saúde.

Nas práticas de trabalho dos agentes de controle de endemias, é possível identificarmos marcas ou sobrevivências de características militaristas, associadas ao período inicial liderado pela Funasa. Neste período, os trabalhadores eram denominados “guardas da saúde” e trabalhavam uniformizados. De muitos modos essas características nos remetem a enorme tradição sanitarista/campanhista que se mistura com a própria história da vigilância com uma ação mais reducionista.

Romper com esta tradição, valorizando as práticas preventivas e de promoção da saúde é parte dos desafios. Para a realização das atribuições, na lógica da vigilância em saúde, os trabalhadores também devem desenvolver competências para o *advocacy* e a educação em saúde junto à população em domicílios ou estabelecimentos comerciais, para embasamento das práticas e alcance de mudança de ações e cenários epidemiológicos. Desafios e proposições de integração das áreas e percepção sobre os determinantes sociais da saúde.

²Advocacy é uma estratégia utilizada com o objetivo de influenciar o poder público e a sociedade na formulação e implementação de políticas públicas.



PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE - PNCD
RESUMO SEMANAL DO SERVIÇO ANTIVETORIAL

01 Controle Digitação

02 Município					03 Código e nome da localidade				
04 Categ. localid.	05 Tipo	06 Ciclo/ano	07 Concluído?	08 Sem. Epidem.	09 Data início	10 Data final			
	1-sede 2-outros	/	S-sim N-não	/	/ /	/ /			
11 Atividade									
1-LI - Levantamento de índice			2-LI + T- Levantamento de índice+Tratamento			3- PE-Ponto Estratégico			
4-T - Tratamento			5- DF-Delimitação de Foco			6-PVE-Pesquisa Vetoria Especial			

RESUMO DO TRABALHO DE CAMPO

12 Total quart. concl.	13 N° Imóveis trabalhados por tipo							19 N° Imóveis				22 Amostras Coletadas	23 Pendência		
	13 Residência	14 Comércio	15 TB	16 PE	17 Outro	18 Total	19 Focal	20 Perifocal	21 Inspeccionados	23 Recusa	24 Fechados		25 Recuperados		
TB - terreno baldio PE - Ponto Estratégico															
26 N° depósitos inspecionados por tipo															
26 A1		27 A2		28 B		29 C		30 D1		31 D2		32 E		33 Total	
34 Depósito Eliminado															
27 N° depósitos tratados															
35 Larvicida (1)						38 Larvicida (2)						41 Adulcificada		43 Agentes por dia trabalhado	
35 Tipo	36 Qtde.(Gramas)	37 Qtde.dep.trat	38 Tipo	39 Qtde.(Gramas)	40 Qtde.dep.trat.	41 Tipo	42 Qtde (Cargas)								

RESUMO DO LABORATÓRIO

44 N° depósitos com espécimes por tipo													
44 A1		45 A2		46 B		47 C		48 D1		49 D2		50 E	51 Total
com Aedes aegypti													
com Aedes albopictus													

A1 - caixa d'água (elevado)

D1 - Pneus e outros materiais rodantes

A2 - Outros depósitos de armazenamento de água (baixo)

D2 - Lixo (recipientes plásticos, latas) sucatas, entulhos

B - Pequenos depósitos móveis

E - Depósitos naturais

52 N° de imóveis com espécimes, por tipo							58 N° de exemplares				
52 Residência	53 Comércio	54 Terreno Baldio	55 Ponto Estratégico	56 Outros	57 Total	58 Larvas	59 Pupas	60 Exúvia de pupa	61 Adultos		
com Aedes aegypti											
com Aedes albopictus											
outros											

62 N° e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti				63 N° e seq. dos quarteirões com Aedes albopictus				64 N° e seq. dos quarteirões com Aedes aegypti + Aedes Albopictus			
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

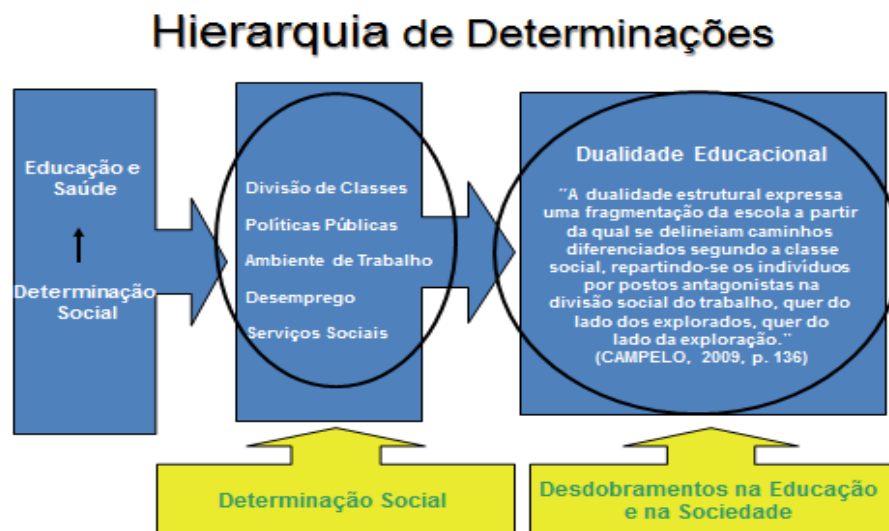
65 Visto do Supervisor	66 Data do visto
------------------------	------------------

como em alguns cursos de curta duração com enfoque em projetos de intervenção mediados durante um Fórum de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde no município de Salvador no ano de 2015.

A partir das constatações de impressos e ferramentas de trabalho que impulsionam um olhar fragmentado do processo de trabalho, este mesmo arsenal e orientações dos coordenadores impulsionam práticas fragmentadas no território, como a escuta e acolhimento da comunidade, apenas sob o enfoque da epidemia, sem articulação com outros fatores que impactam na saúde das famílias e comunidades.

Segundo Vieira e Chinelli (2013), o novo paradigma produtivo que demanda dos trabalhadores, capacidade para executar diversas tarefas com graus de flexibilidade, relacionadas com a reorganização do processo de trabalho, tornam estes trabalhadores distantes de uma subjetividade mais plena. A partir desta visão, podemos identificar também as características da organização do processo de trabalho e tarefas presentes no escopo de trabalho dos agentes de controle de epidemias (Figura nº 08).

Figura nº 09: Hierarquia de Determinações e Dualidade Educacional



A Figura número 10 abaixo traz os principais norteadores das Conferências Internacionais e marcos mundiais da Promoção da Saúde e suas contribuições para o arcabouço teórico de uma atuação mais ampliada em Saúde Pública com prioridades estratégicas, que deve nortear as equipes do SUS, assim como um novo processo de trabalho para os Agentes de Controle de Epidemias (Quadro V).

Figura nº 10: Direcionadores de Marcos Mundiais para atuação em Promoção da Saúde



A Figura nº 10 acima traz o ideário da Promoção da Saúde e os norteadores de Saúde em Todas as Políticas (Intersectorialidade e Políticas Públicas mais democráticas) capilarizadas nas práticas das equipes do cenário SUS em vários âmbitos (escolas, universidades, ambientes de trabalho, territórios, comunidades e cidades saudáveis), que deve nortear as equipes de Saúde Pública, assim como os Agentes de Controle de Endemias (Quadro VI).

Figura nº 11: Modelo esquemático de capilarização da promoção da saúde na rede do SUS



A última Conferência Mundial de Promoção da Saúde ocorreu em Curitiba e destacou valores como democracia e participação social para atuação em Promoção da Saúde. O tema foi a “Promoção da Saúde e Equidade”, com a elaboração da Carta de Curitiba, em consonância com o cenário político, social e econômico especificamente vivido pelo país, dentre outros países da América Latina.

De forma clara e crítica, os agentes de controle de endemias em processo formativo para técnicos de vigilância em saúde ainda estão distantes de uma atuação articulada e com planejamento de intervenções operacionais, analisada por Jairnilson Paim (2004). O agravante é o fato dos trabalhadores técnicos da saúde atuarem em um cenário de vulnerabilidade social, com o pano de fundo da determinação social do processo de saúde e doença. Temática complexa, mas que ganha o espaço em sala de aula em um caminho facilitado pelas sequências de atividades, mas que muitas vezes também vem articulada com aulas expositivas e bem interativas junto aos discentes, com o olhar para a prática no território através de estratégias mais integradas e intersetoriais.

Segundo Lefèvre (2004) se a saúde é responsabilidade de todos os setores (habitação, emprego, renda, meio ambiente e etc), a própria vigilância em saúde esvaziaria a ação específica do setor saúde em detrimento de ações de construções de políticas mais globais, com alto grau de generalidade, em consonância com a iniciativa Saúde em Todas as Políticas (OMS, 2014).

Os agentes de controle de endemias também necessitam de processos de qualificação e formação que desenvolvam novos saberes e conhecimentos para uma atuação, que favoreça a intersetorialidade, principalmente devido às grandes necessidades de saúde das populações.

Uma característica histórica da vigilância em saúde é sua relação com os conceitos de saúde e doença presentes em algum território ou época.

A saúde da população estimula o crescimento econômico e resiliência. Uma população saudável pode aumentar a sua poupança interna, têm maior produtividade do trabalho, mais facilmente se adapta às mudanças de trabalho e mantém a vida útil e mais longa. Para aproveitar a saúde e bem-estar, os governos precisam institucionalizar processos que valorizem a solução intersetorial resolver problemas e desequilíbrios de poder (Declaração de Adelaide sobre Saúde em Todas as Políticas, 2010).

Nos processos formativos da ETSUS da Bahia trabalhávamos com conteúdos que implicavam em algum domínio em Saúde Coletiva, Epidemiologia, Planejamento em saúde, Projetos, Promoção da Saúde, dentre outros temas pertinentes à Vigilância em Saúde, além dos conhecimentos em Determinantes Sociais.

Segundo Gondim (1999), a interdisciplinaridade é intrínseca à vigilância em saúde. Ela é fundamental para remodelar a atuação em saúde pública, e sobretudo para planejar a implementações de ações de saúde a partir de contextos sociais específicos, nos quais realidades locais, determinantes sociais, situações, contextos e riscos afetam a qualidade de vida das populações.

Além de reafirmar a complexidade da vida das populações, essa remodelagem de atuação a partir dos problemas e das necessidades em saúde pública, indica o espaço local como o âmbito privilegiado para transformação social, que no melhor dos cenários, seria a atuação em equipe de saúde nos territórios (Gondim, 1999).

Mas para melhoria do processo de trabalho dos técnicos da saúde, é necessário mudanças nas estruturas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde. Atualmente, estas estruturas mantém uma rede sem integração de agendas e ainda com muita delimitação de agendas e pastas técnicas de trabalho em saúde pública.

As mudanças dependem de ações políticas na conformação das diferentes instancias de poder; na organização do trabalho; na formação inicial e continuada. Sob a formação ela é parte constituinte do desenvolvimento de uma compreensão mais integral, social e historicamente situada da saúde e do trabalho.

Quando olhamos o trabalho e a formação em saúde uma questão é saber quais competências, em termos de habilidades, conhecimentos e atitudes são necessárias?

Novas competências para atendimento às necessidades mais imediatas ou para ação efetiva segundo a compreensão ampliada de saúde?

Como vimos ao longo do capítulo, o desafio é formar trabalhadores para atuarem sobre situações emergências, mas capazes de estabelecerem relações com fatores estruturantes das condições de saúde das populações.

Conforme Gustavo Matta e Márcia Morosini (2009), no Brasil, a Atenção Primária em Saúde (APS) incorpora os princípios da Reforma Sanitária levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação de Atenção Básica à Saúde para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde, direcionado pela I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata. E, a partir deste referencial, identificamos também a fragmentação entre o processo de trabalho da vigilância em saúde e a atenção básica, que de forma mais capilar, se apresenta na distância dos processos de trabalho do agente de controle de endemias e os agentes comunitários de saúde.

Além de toda problemática do processo de trabalho reducionista, descortina-se a possibilidade de adoecimento e outros agravos nos ambientes de trabalho, devido às precárias condições de segurança, saúde e bem-estar a que estão expostos estes atores da saúde pública.

Quem cuida destes trabalhadores? Qual a estratégia de melhoria para ambientes de trabalho saudáveis nesta realidade de atuação nos territórios? Cabe também esta lacuna e problemática, visto que diversas pesquisas qualitativas e quantitativas comprovam impactos positivos na melhoria dos processos de trabalho.

Além de também refletirem nas queixas em sala de aula e processos de aprendizagem junto a estes discentes.

Por fim, cabe dizer que estes trabalhadores são o elo com a comunidade, logo têm um papel estratégico na efetividade das ações em saúde pública. A mediação para ser efetiva precisa de uma rede integrada de vigilância em saúde, formação e condições dignas de trabalho no SUS, para que assim, possa acolher, entender e contribuir para a saúde pública com práticas promocionais transversalizadas na prevenção.

CAPÍTULO 4

CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSIÇÕES PARA MELHORIA E POSSIBILIDADES DE AVANÇOS EM SAÚDE PÚBLICA

O objetivo geral desta dissertação é analisar o trabalho dos agentes de controle de endemias frente à perspectiva de desfragmentação do trabalho e integração das áreas Epidemiológica, Ambiental, Sanitária da Saúde do Trabalhador, segundo as concepções da vigilância em saúde.

A partir deste ponto, foi realizada uma análise criteriosa dos documentos norteadores do Ministério da Saúde, experiências de aprendizagem com os agentes nas escolas do SUS, os impressos de trabalho do Centro de Controle de Zoonoses - Secretaria Municipal de Salvador, além de alguns resultados da pesquisa coordenada pela Universidade Federal de Minas Gerais - Atribuições dos trabalhadores de nível médio que atuam nas áreas de vigilância, em integração com a EPSJV, a OPAS e o Ministério da Saúde.

Após a consolidação das informações dos documentos e publicações, além da revisão de literatura das concepções da vigilância em saúde e amadurecimento das análises, foram identificadas lacunas neste processo de trabalho que impactam na efetividade da implementação das políticas públicas e avanço da saúde pública.

Em síntese, as lacunas identificadas foram a fragmentação do trabalho em vigilância em saúde, atribuições laborais com ausência da articulação de prevenção de doenças com a promoção da saúde e a estratégia da intersetorialidade.

Sendo assim, apesar de um trabalho que demanda ainda avanços com enfoque na integralidade em saúde, surgem neste caminho do pesquisar, grandes janelas de oportunidades para uma atuação mais efetiva em saúde pública, através de melhorias nos processos formativos das escolas do SUS, mudanças estruturais nas áreas da vigilância em saúde, além de estratégias de intersetorialidade na formulação de políticas públicas saudáveis e gestão do trabalho no acompanhamento da intersetorialidade nos diversos níveis de implementação nas necessárias instâncias até o território.

Além dos resultados acima, a dissertação traz respostas aos objetivos específicos:

Identificar as competências técnicas, saberes e conhecimentos necessários para a realização do trabalho dos agentes de controle de endemias segundo as concepções da vigilância em saúde e identificar e analisar as competências técnicas, saberes e conhecimentos

necessários para os Agentes de controle de Endemias executarem o trabalho prescrito pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Seguindo estes direcionamentos a partir das inquietações, foram construídos quadros comparativos entre as competências, saberes e conhecimentos necessários sob a ótica das duas perspectivas, e assim, surgem também novas janelas de oportunidades de educação profissional em saúde e educação permanente articulada com gestão do trabalho para acompanhamento da efetividade da implementação das políticas públicas, programas e intervenções no território, em prol da melhoria da qualidade de vida das coletividades.

As práticas da Vigilância em Saúde se desenvolvem através da articulação da Epidemiologia, do planejamento, das ciências sociais e promoção da saúde. Um fazer da intersetorialidade, com enfoque nos determinantes sociais e riscos para um cenário de melhoria dos indicadores, com equidade em saúde e participação social.

Este é o nosso ideológico para efetividade em saúde pública, mas o cenário de organização do trabalho e de formação no SUS confrontam com este retrato.

No entanto, os agentes de controle de endemias que são o braço capilar da rede de vigilância em saúde nos municípios, com um processo de trabalho com enfoque nas endemias, sem grande participação em etapas de planejamento em saúde com gestores e reduzida articulação e integração com a Atenção Básica, desenvolve um trabalho em um cenário de fragmentação.

O que ocorre é que temos um retrato de um processo de trabalho fragmentado, orientado para a divisão parcelar do trabalho ou a divisão técnica do trabalho, típica do modo de produção capitalista.

Semelhante à divisão social do trabalho em especialidades produtivas, como a organização dos agentes de controle de endemias por tipos específicos de enfermidades, para ganhar velocidade e produtividade gerencial, mas sem possibilidades de autonomia e uma análise mais global do processo de trabalho a partir das necessidades de saúde da população.

Como alcançar um trabalhador técnico da saúde que lance sobre o território e as comunidades, a visão global do processo de trabalho em vigilância em saúde?

Mas se pensarmos no trabalho dos agentes de controle de endemias, também identificamos um modelo taylorista-fordista, mais próximo da qualificação, onde a divisão social do trabalho se apresenta de forma clara, através da definição das atribuições de gestores da saúde e dos trabalhadores técnicos da saúde, que também podem se especializar mais, quando a organização deste processo de trabalho se divide especializado por endemias, para assim cuidarmos por partes sem visão do integral em saúde.

Conforme a análise de Marise Ramos (2011), confrontar o conceito de qualificação com a noção de competência não implica em defender uma oposição rígida entre os dois lados, mas sinalizar uma tensão perene que as aproxima e as separa também dialeticamente.

A partir desta visão, as novas qualificações permitem desenvolver uma consciência crítica e questionadora sobre o processo de trabalho, exercendo assim, um posicionamento mais interativo no trabalho e na sociedade para uma atuação em saúde com enfoque em direitos humanos e nas iniquidades em saúde.

Logo, se desenharmos um novo processo de trabalho para estes trabalhadores e toda a rede de vigilância em saúde com aportes de intersectorialidade, poderíamos alcançar melhores resultados frente às concepções da vigilância em saúde, fundamentado em um trabalho mais integrado em equipe e com ampla atuação em planejamento e promoção da saúde articulada com outras temáticas da saúde, além de ganhos em resultados para a saúde pública.

Como também reconstruir um novo modelo de gestão do trabalho e uma educação profissional em saúde que se aproxime das diretrizes de referenciais teóricos da vigilância em saúde? E que esteja em consonância com uma formação profissional totalmente humana? Como mediar uma aprendizagem de adultos em processos formativos de trabalhadores técnicos da saúde para uma atuação mais ampliada de interface com a promoção da saúde?

O caminho não seria tão curto e a causa não estaria em um ponto ou localizada nas escolas do SUS, mas estamos diante de toda uma árvore da vigilância em saúde, de equipes que estão organizadas em secretarias no Ministério da Saúde, além das equipes de instâncias estaduais e municipais que replicam esta organização estruturante e que impacta em um trabalho de equipe em saúde mais efetivo.

Um modelo que se aproxime das concepções de vigilância em saúde, ressaltados por Carmem Teixeira (1998) e Jairnilson Paim (2004). Que aproxime a atuação dos trabalhadores técnicos da saúde das propostas de planejamento e planos de ação em vigilância em saúde, com vistas à melhoria da saúde integral das populações e espaços de participação social nos programas de saúde pública.

A partir de todo este processo de fragmentação de equipes de vigilância em saúde que não se integram com equipes de Atenção Básica, identificamos também gestores e docentes das escolas do SUS frente a estes grandes desafios, em processos de educação profissional, com utilização de diversas ferramentas e metodologias de aprendizagem e sequência de atividades em uma experiência de sala de aula para superação destes desafios.

De um lado temos uma estrutura de fragmentação que não se integra devido a questões estruturantes dos serviços, arrogância sanitária e questões de delimitação de espaços, ao

mesmo tempo, que de forma cruel, as escolas do SUS também tentam uma formação diferenciada para uma atuação ainda fragmentada.

Na luta pela melhoria da saúde pública, surgem várias proposições tanto para a gestão do trabalho, como para a formação nas escolas do SUS.

E estes novos técnicos de vigilância em saúde avançarão em mudanças de categoria profissional e melhoria das condições no ambiente de trabalho? Além da superação da própria desfragmentação do trabalho?

Os trabalhadores técnicos da saúde chegam ao mundo do trabalho com um novo olhar após a formação profissional, mas no mesmo cenário e organização fragmentada da vigilância em saúde.

Este novo trabalhador técnico do SUS se depara com um mesmo cenário de dificuldades de acesso a reuniões e espaços de planejamento em saúde, dificuldades de integração com os agentes comunitários de saúde e pouca possibilidade de articular promoção da saúde no território.

Sendo assim, são necessárias medidas de reforma e estratégias de gestão do trabalho para implementar novos fluxos de trabalho mais integrados, além de iniciativas de formação de trabalhadores do SUS para uma vigilância em saúde na ponta com qualidade, em consonância com as práticas de promoção da saúde e cidades saudáveis.

São novas proposições de mudanças para uma nova concepção real: mudanças estruturais a nível e instância nacional, estadual e municipal, formulação de políticas públicas mais intersetoriais, gestão do trabalho em vigilância em saúde e efetividade de implementação de políticas, além de melhorias das condições e benefícios destes trabalhadores, assim como afinal, educação profissional em saúde com referenciais teóricos mais amplos. Ampla reforma.

Se não visualizamos esta articulação e integração dos níveis de atenção, não teremos a integralidade em saúde. O desafio e o olhar da sala de aula se torna mais crítico, e o professor no seu cotidiano se esforça para entender uma cultura taylorista de práticas destes grandes trabalhadores do SUS.

Em síntese, mudanças sociais, políticas públicas com atuação em advocacy, reformulação de processos formativos e um olhar para a promoção da saúde, são necessárias. Trabalhadores técnicos da saúde com uma atuação interdisciplinar, ampliada, com conhecimentos em planejamento, epidemiologia, ciências sociais e próximos da vigilância da saúde sem fragmentações, com expertise para a territorialização.

No entanto, os coordenadores e líderes de campo também não têm estas capacidades desenvolvidas, logo, reformas amplas e mais estruturais são necessárias para alcance de melhorias de processo de trabalho e um fluxo mais integrado e articulação biopsicossocial.

No entanto, o que se apresenta de forma crítica, é visualizar a lógica de organização das equipes de vigilância em saúde a partir de um modelo típico de divisão social do trabalho, de especialização das atividades presentes no setor saúde, como se entre estas áreas ou atividades, existissem grandes muros e espaços bem delimitados de poder, como se cada uma destas áreas tivessem a possibilidade individual de resolver os problemas complexos da saúde da população brasileira.

Marx, em *O capital* (1982), diz que a divisão social do trabalho está intimamente relacionada ao caráter específico do trabalho humano. A divisão social do trabalho em ramos de atividades necessárias para a reprodução da vida.

A partir do referencial teórico marxista para pensar o trabalho e a formação para o trabalho, surge a demanda urgente por educação permanente em saúde em toda rede, em todas as instâncias, pois as grandes lacunas da fragmentação estão por todo o caminho do sistema de saúde.

Uma educação permanente para atuação em políticas públicas mais saudáveis e com o apoio da vigilância e promoção da saúde, na busca da intersetorialidade e melhoria da saúde pública.

E não seria menos importante, ressaltar mais uma vez que esta Educação Permanente em Saúde para todas as instâncias e inclusive para mediar um novo fluxo de trabalho em saúde, seja também concebida e planejada para a integralidade em saúde e a implementação democrática da grande vigilância em saúde para todos e todas.

Além disso, as estratégias de gestão do trabalho além de acompanhar a efetividade da integração das áreas no território, também teriam possibilidades de acompanhar a implementação efetiva das políticas formuladas, com espaços de comunicação comum para as equipes de implementação, evitando assim, o fenômeno dos burocratas de rua, que direcionam as intervenções conforme as suas referências e desejos.

Uma atuação de trabalhadores técnicos da Vigilância em Saúde que contribua de forma efetiva para o processo de construção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde no Brasil, além da melhoria na gestão e organização do processo de trabalho de toda a rede em vigilância em saúde, seriam já passos largos e um grande avanço para uma atuação intersetorial e com enfoque integral no território junto à comunidade.

Creio que neste caminho, alcançaremos intersetorialidade, vigilância em saúde, promoção da saúde, cidades saudáveis e melhoria de cenários epidemiológicos com mais efetividade.

Uma vigilância em saúde, que segundo Raska (1964), apresenta a sua complexidade técnica condicionada aos recursos disponíveis de cada país e região na difusão como instrumento da saúde pública, para além das doenças transmissíveis, em busca da investigação de outros eventos adversos à saúde e dos determinantes sociais.

No entanto, dentro deste panorama, existem as janelas de oportunidades, com a inclusão da área de Promoção da Saúde dentro da abrangência da Secretaria da vigilância em saúde, subsidiando assim uma possibilidade de propostas mais integradas direcionadas à atuação dos agentes de controle de endemias, principalmente diante de cenários epidemiológicos complexos, de avanço concomitante de doenças transmissíveis, violências, acidentes de trânsito e doenças crônicas não transmissíveis, na realidade do cenário dos países da América Latina.

Assim na busca da melhoria da educação profissional em saúde, precisamos cada vez mais entender a qualificação deste docente para este desafio grandioso, além das condições destes trabalhadores que estão em vulnerabilidade social, mas em processo para uma nova formação e possibilidade de interação com o mundo, visando à transformação social.

Este trabalhador que deveria atuar como um interlocutor do SUS e da comunidade, sendo um grande canal de referência para novas práticas educativas no território que pense prevenção de endemias em total interdisciplinaridade com a promoção da saúde e traga as contribuições para a melhoria das políticas públicas.

Qual seria o cenário, contexto político e econômico ideal para uma organização da rede de vigilância em saúde e condições de trabalho que favorecem esta nova atuação para a equidade em saúde? Uma atuação frente às concepções da vigilância em saúde?

Reformas de estruturas organizacionais, mudanças na rede, novos processos formativos, muitas proposições de melhoria alinhadas às propostas de democracia da promoção da saúde e de integração de agendas de uma vigilância em saúde sem delimitação dos espaços e áreas, com vistas à melhoria da saúde pública.

Trabalhadores que estão em condições precárias de segurança e saúde no trabalho, benefícios trabalhistas comprometidos, além das orientações fragmentadas em todas as instâncias, nacional, estadual e municipal.

Os agentes de controle de endemias são um grande elo do SUS com a comunidade, mas sozinhos não fazem melhoria de cenários epidemiológicos e qualidade de vida da população brasileira em espaços mais promotores de saúde e democráticos.

Estes são os trabalhadores que podem provar que o ideário da promoção da saúde se faz em transversalidade para toda a atuação em saúde pública e a concretização dos novos modelos de integração das vigilâncias.

Assim, a vigilância em saúde será possível nas instâncias nacionais, estaduais, municipais e no território. Avanço para uma atuação transformadora e empoderada no SUS, sem donos de espaços ou áreas na saúde, para uma atuação transformadora e democrática.

ANEXOS

É importante aproveitar toda esta análise realizada a partir das áreas de vigilância em saúde e o trabalho dos agentes de controle de endemias, além do próprio cenário epidemiológico nacional, e trazer duas experiências de cooperação técnica da OPAS, em atuação recente como consultora nacional em vigilância, prevenção e promoção em saúde em dois estados, Goiás e Tocantins, em articulação com a Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde.

Estas duas etapas de cooperação técnica vislumbram a realização no território nacional de algumas estratégias de melhorias propostas a partir da dissertação de mestrado, com vistas a organização do trabalho em consonância com a vigilância em saúde.

EXPERIÊNCIA EM GOIÁS

Na experiência de Goiás foi realizada uma oficina de promoção da saúde e o enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs), mediada pela OPAS e Ministério da Saúde, ainda sem um Termo de Cooperação Técnica oficial, onde foram realizadas explanações sobre o cenário epidemiológico das doenças crônicas, as políticas públicas e planos no âmbito do Ministério da Saúde, a importância da estratégia da promoção da saúde no enfrentamento das DANTs, as concepções da vigilância em saúde, a dualidade educacional, a divisão social do trabalho e os desdobramentos no processo de trabalho dos agentes de controle de endemias ainda de forma reducionista e com dificuldades de articulação com os agentes comunitários de saúde no território.

A área da vigilância em saúde e outras áreas do Estado estavam presentes, assim como a área de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e os consultores das áreas de promoção da saúde e DCNTs da OPAS-OMS.

Foi apresentada também a importância da articulação da promoção da saúde em todas as áreas da vigilância em saúde e a necessidade de educação permanente em saúde para alcance dos resultados em saúde pública e melhoria do cenário epidemiológico.

A partir desta experiência, iniciamos uma sensibilização de um trabalho mais integrado e fortalecimento da estratégia de promoção da saúde no Estado.

A superintendente da vigilância tem perspectivas de trazer a área de promoção da saúde para uma área mais estratégica e assim fortalecer os processos de trabalho e

redirecionar o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis em integração com a estratégia da promoção da saúde.

Além disso, Goiás também articula junto com a Universidade de Brasília (UnB), um processo formativo que promove mais articulação entre os agentes de controle de endemias e os agentes comunitários de saúde, vislumbrando a integralidade em saúde e já desenvolve um trabalho de promoção da saúde segundo os direcionadores dos marcos mundiais da promoção da saúde.

O fortalecimento deste trabalho requer a continuidade da cooperação técnica da OPAS junto ao estado em articulação com o Ministério da Saúde, com vistas ao apoio técnico às áreas de vigilância e implementação de políticas públicas mais intersetoriais.

Segue abaixo, alguns slides que mediarão o processo de diálogo com as equipes, durante a implementação da cooperação técnica junto ao estado de Goiás.



Estratégia Nacional – Redes Formais / Parcerias e Arranjos Híbridos



Estratégias

- A inserção das diretrizes das **políticas de saúde** nos processos de educação dos trabalhadores da saúde.
- O desdobramento da estratégia nacional em **ações de mobilização social**, a negociação com gestores e a implementação da Educação Permanente em Promoção da Saúde e Prevenção das DCNT, com vistas à efetividade de projetos mais sinérgicos.
- A formação de um **comitê de líderes** através de novas contratações e/ou mudanças estruturais.
- A criação de um de alto potencial de capilaridade, através de um **cronograma com atividades**.
- A articulação de estratégias de **Educação Permanente** com ações de **Gestão do Trabalho** para as equipes de Educação, Promoção da Saúde e Sistemas de Saúde.

EXPERIÊNCIA EM TOCANTINS

Na experiência de Tocantins está sendo desenvolvida uma cooperação técnica no estado para implantação de um comitê intersetorial e a implantação da política estadual de promoção da saúde.

A partir da cooperação técnica com a OPAS/OMS, será trabalhada a articulação da estratégia de promoção da saúde junto ao trabalho dos trabalhadores do SUS e processos formativos da ETSUS.

Além da proposta de articular promoção da saúde com planos de enfrentamento do *Aedes aegypti*.

REFERÊNCIAS

AROUCA, ASS. O dilema preventivista – contribuição para a compreensão e crítica à medicina preventiva. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp; 1975.

AZEVEDO, L. A.; SHIROMA, E. O; COAN, M. As Políticas Públicas para a Educação Profissional e Tecnológica: sucessivas reformas para atender a quem. R. Educ. Prof. Rio de Janeiro, 2012.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Projeto Político Pedagógico – Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis, 2007 a.30p.

BAPTISTA, T. W. F.; SILVA, P. F. A. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional da Promoção da Saúde. PHYSIS Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2014.

BARBIERI, A.; NOMA, A. K. Políticas Públicas de Educação e Saúde na Escola: Apontamentos sobre o Programa Saúde na Escolas. Anais do XII Seminário de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Estadual de Maringá. Curitiba, 12 a 14 de junho de 2013.

BATISTELLA, C. E. C. Qualificação e Identidade Profissional dos Trabalhadores Técnicos da Vigilância em Saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos. Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. EPSJV: Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. 12ª Conferência Nacional de Saúde Sergio Arouca: “Saúde: um direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Portaria GM/MS nº 198 de 13/02/. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalho. Brasília: Ministério da Saúde/ SGETS, 2003.

_____. Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS, 2003a. 65p.

_____. lei 8080/90 e na NOB/RH – SUS (BRASIL, 2006)

_____. Educação profissional técnica de nível médio integrada ao ensino médio – documento base. Brasília: mec/ secretaria de educação profissional e tecnológica 2007. 59 p.

_____. Portaria GM/MS nº 1996, de 20/08/07. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde/ SGETS, 2007.

_____. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/SGETS/DEGES, 2009. Série Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9.

_____. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2010.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Saúde do Trabalhador do SUS. (Mimeo), 2010.

_____. Ministério da Saúde. SGETS: Políticas e Ações. Brasília: Ministério da Saúde/ SGETS, 2011. 34 p.

_____. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) No Brasil, 2011-2012/Ministério da Saúde. Disponível em: <www.portalsaude.gov.br>. Acesso em: 10/08/2016.

_____. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) No Brasil, 2011-2012/Ministério da Saúde. Disponível em: <www.portalsaude.gov.br>. Acesso em: 05/11/2015.

_____. Portaria GM/MS nº 1.378 de 09/07/2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde/ SGETS, 2013.

_____. Portaria GM/MS nº 121 de 11/02/2015. Portaria que estabelece os vínculos de profissionais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/ SGETS, 2015.

_____. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde/ SVS/ SAS, 2015. Revisão da Portaria MS-GM número 687, de 30 de março de 2006.

_____. Lei número 11.350 de 05/10/2016. Regulamenta a contratação dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília: Ministério da Saúde/ SGETS, 2016.

Portaria número 535, de 30 de março de 2016

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora 31. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2012.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05/11/2015.

CAMPELLO, A. M. M. B.; FILHO, D. L. L. Educação Tecnológica. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

CARVALHO, S. R. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde. Sujeito e Mudança. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

CASTRO, Fábio Fonseca. A sociologia fenomenológica de Alfred Schutz. Pará, 2012.

CDSS. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal. Organização Mundial da Saúde, 2010.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECCIM , R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. In *Rev. Min. Saúde Públ.* A. 3, Nº 5, p. 4-15, jul./dez. 2004.

_____. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface: Porto Alegre, 2005.

CECCIM, R. B., FERLA, A. Educação Permanente em Saúde. In PEREIRA, I. B., LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário de Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2009. p. 162-168.

CECIM, R. B.; FERLA, A. Notas sobre a Educação Permanente em Saúde. Processo de Formação para a Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde do Estado da Bahia. Curso de Especialização em Gestão Regionalizada do Sistema Único de Saúde. In BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador: SESAB/ SUPERH/ SUREGS/ DIPRO. p. 17-22. Bahia, 2009a.

CIAVATTA, M.; RAMOS, M. A “era das diretrizes”: a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. *Revista Brasileira de Educação*, 2012.

COSTA, SOUZA. A. M. e C. M. J. Saneamento: promoção da saúde, qualidade de vida e sustentabilidade ambiental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CZERESNIA, FREITAS, D. e C. M. Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DELUIZ, Neise. Formação do Trabalhador, Produtividade e Cidadania. Rio de Janeiro: Editora Shape, 1995.

DONNANGELO, MCF. Medicina e Sociedade. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: Desafio ambicioso e necessário. *Interface.Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.16, p.161-177, set.2004/fev.2005.

FILHO, N. A.; PAIM, J. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 1998.

FLICK, U. Qualidade na Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GALLO, E.; SETTI, A. F. F. Abordagens Ecológica e Comunicativa na Implantação de Agendas Territorializadas de Desenvolvimento Sustentável e Promoção da Saúde. ENSP: Rio de Janeiro, 2012.

GERTZ, René (org). Max Weber & Karl Marx. São Paulo: Editora Hucitec, 1994

GONDIM E MOKEN. Territorialização em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. EPSJV: Rio de Janeiro, 2009.

GONÇALVES, Mendes. Maria Cecília Donnangelo: seis lembranças e um depoimento. Medicina, Cultura & Ciência – Revista da Associação Médica Brasileira, 1983.

GOULART, F. A. de A. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Estratégias de Controle e Desafios para os Sistemas de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde/OMS, 2011.

GRAMSCI, ANTÔNIO. Cadernos do Cárcere. Volume 1. 1948

HARVEY, David. Um companheiro do Capital de Marx. 2010

IBAÑEZ, N. et al. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec Editora, 2015.

KUENZER, A. Z. *Da dualidade assumida à dualidade negada*: o discurso da flexibilização justifica a inclusão excludente. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 28, n. 100, p. 1153-1178, Out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302007000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08/11/2015.

LEFÉVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; FERNANDES, E.; CAZZUNI, D. H.; MEDEIROS, I. Y.; OLIVEIRA, N. G. S. Uma experiência de formação de pesquisadores juniores: discursos do sujeito coletivo sobre a violência contra a criança. *Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano*, 2004.

LEROY, J. P. Territórios do futuro. Educação, meio ambiente e ação coletiva. Acre: Lamparina Editora, 2010.

LIMA, J. C. F. & NEVES, L. M. W. Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

LOPES, M. Políticas de Participação e Saúde. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária - UFPE, 2014.

LOTTA, G. S. Burocracia e Implementação de Políticas de Saúde. Os Agentes Comunitários na Estratégia de Saúde da Família. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

MACHADO, J. M. H. A Propósito da Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 797-807, 2005.

MARIAN, L. de F. Políticas Públicas Regionais: uma aplicação prática nos COREDES. Curitiba: Appris, 2015.

MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. A Política Pública como campo multidisciplinar. Editora Fiocruz. Editora Unesp. Rio de Janeiro. São Paulo, 2013.

MARQUES, E. et al. Políticas Públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

MARX, K.; ENGELS, F. A ideologia alemã. Rio de Janeiro, 2007.

MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde. Contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, EPSJV, 2008.

Matta; Morosini; Gustavo e Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. EPSJV: Rio de Janeiro, 2009.

MATUS, C. Teoria da ação e Teoria do Planejamento, in: C. Matus. Política, planejamento e governo. Brasília: Ipea, 1996).

MERLY; FRANCO, Emerson e Túlio. Trabalho em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. EPSJV: Rio de Janeiro, 2009.

MINAYO, M. C. de S. O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14ª Edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

_____. Avaliação por triângulo de métodos. Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014a.

MOKEN, Maurício. Territorialização em Saúde. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009.

MOROSINI, M. V. G. C. Educação e Trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Editora EPSJV. Rio de Janeiro, 2010.

_____. Educação e Trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010a.

MOROSINI, M. V. G. C. Educação e Trabalho em disputa no SUS: a política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010.

MOROSINI, M. V. G. C. et al. Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2013.

OMS. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa (1986).

OMS. Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas. Genebra, 2010.

_____. Relatório Mundial da Saúde. Financiamento dos Sistemas de Saúde. O caminho para a cobertura universal. Genebra (2010).

_____. Carta de Curitiba. 22ª Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde. Curitiba (2016).

_____. Planejamento em Saúde para Não Especialistas. Hucitec: Rio de Janeiro, 2006.

_____. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

_____. Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica. Edufba. Editora Fiocruz. Salvador. Rio de Janeiro, 2013.

PAIM, J. S. e TEIXEIRA; C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Bahia: Revista de Saúde Pública, 2006.

PAIM, J. S. e TEIXEIRA; C. F. 2010

PEDUZZI et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. Interface Comunicação, saúde e educação, v.13, nº 30, p. 121-134.

PELIZZARI, A. *et al.* Teoria da Aprendizagem Significativa segundo Ausubel. Educação Rev. PEC, Curitiba, v.2, n.1, p.37-42, jul. 2001-jul. 2002 PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

RAMOS, M. N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001, 320p.

_____. Concepções e Práticas Pedagógicas nas Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. Trabalho, educação e saúde. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.

_____. Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do Sistema Único de Saúde: fundamentos e contradições. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, supl. 1, p. 153-173, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08/11/2015.

_____. Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Editora UFRJ. Rio de Janeiro, 2010.

_____. Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ e EPSJV, 2010, p. 93-108. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&Tipo=8&Num=148>>. Acesso em: 08/11/2015.

_____. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação.* São Paulo: Editora Cortez, 2011.

RAMOS, M. N.; BRASIL, I. P. Trabalho, educação e correntes pedagógicas: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2010.

ROSA, G. R. Quando a Promoção da Saúde provoca uma revolução. Curitiba: Editora Appris, 2014.

SOLLA, J. J. S. P. Estratégias da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Salvador: edufba, 2014.

SOUZA, M. F. et al. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. São Paulo: Editora Saberes, 2014.

TEIXEIRA, C. O Planejamento das ações de Vigilância em Saúde e o Processo de Territorialização. Fiocruz: Rio de Janeiro, 1998.

_____. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida. Rio de Janeiro, 2000.

_____. Entrevista: Carmem Teixeira. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

_____. (Org.) Planejamento em Saúde. Conceitos, Métodos e Experiências. EDUFBA. Bahia, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. & VILLASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS. Bahia, 1998

UFMG. Atribuições dos Trabalhadores de Nível Médio que atuam nas áreas de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador: Pesquisa em Municípios Brasileiros. Belo Horizonte, 2008.

VIANA, M. L. T. W. Em torno do conceito de Política Social: notas introdutórias. Rio de Janeiro, 2012.

VIEIRA, M. L. T. W. Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde – Organização de Mônica Vieira, Anna Violeta Durão; e Marcia Raposo Lopes. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

_____. Em torno do conceito de Política Social: notas introdutórias. Rio de Janeiro, 2012.

VIEIRA E CHINELLI. Trabalhadores Técnicos da Saúde. Aspectos da qualificação profissional no SUS. EPSJV: Rio de Janeiro, 2013

WALDMAN, E. A. Vigilância em Saúde Pública. Para gestores municipais de serviços de saúde. São Paulo: Editora Fundação Peirópolis Ltda, 2002.