

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO
CLÁUDIA HUMPHREYS PILOTTO

**TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: uma prática curricular transitante da
regulação à promoção da saúde**

Itajaí
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE E GESTÃO DO TRABALHO
CLÁUDIA HUMPHREYS PILOTTO

**TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: uma prática curricular transitante da
regulação à promoção da saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

Itajaí
2009

FICHA CATALOGRÁFICA

P647t Pilotto, Cláudia Humphreys, 1965 -
Técnico de vigilância em saúde [manuscrito] : uma prática curricular
transitante da regulação à promoção da saúde / Cláudia Humphreys
Pilotto. – Itajaí, 2009.
127 f. : il. (fig.)

Inclui apêndice.
Referências: p.119-125
Cópia de computador (Printout(s)).
Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Programa
de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, 2009.
“Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo.”

1. Direito à saúde. 2. Vigilância sanitária. 3. Qualificações
profissionais. 4. Ensino técnico - Currículos. I. Cutolo, Luiz Roberto
Agea, 1960 -. II. Título.

CDU: 614.2

CLÁUDIA HUMPHREYS PILOTTO

**TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: uma prática curricular transitante da
regulação à promoção da saúde**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de mestre e aprovada pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho, da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI.

Itajaí (SC), 08 de dezembro de 2009.

Comissão Examinadora

Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo
Universidade do Vale do Itajaí

Profa. Dra. Elisete Navas S. Próspero
Universidade do Vale do Itajaí

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti Pires
Universidade Federal de Santa Catarina

“ Não há progresso sem mudança. E quem não consegue mudar a si mesmo, acaba por não mudar coisa alguma. ”

George Bernard Shaw – escritor, jornalista e dramaturgo irlandês.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu a chance e as condições para chegar até aqui.

Ao Ministério da Saúde que financiou e me possibilitou realizar o mestrado.

À Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e ao Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha pelo interesse e apoio durante o curso.

À UNIVALI que me acolheu e ofereceu o que tem de melhor.

Aos Professores Doutores Beth, Yolanda e Cutolo, pela entrevista que me ajudou a ser aprovada para iniciar o mestrado.

A todos os professores do mestrado, obrigada por me introduzirem os seus estilos de pensamentos.

À Rosélia, Vânia, Juliano e Helenize, por toda a ajuda na secretaria.

À Professora Doutora Águeda, exemplo de postura, dedicação e fortaleza.

À Professora Doutora Elisete, enfermeira com E maiúsculo, sempre disponível, atenciosa, verdadeira “mãezona” da turma. Obrigada pela aprovação do meu projeto.

À Professora Doutora Stella pelo carinho, apoio e aprovação do meu projeto.

Especialmente ao Professor Doutor Cutolo, meu querido orientador, mestre, amigo, que nunca, jamais, em tempo algum deixa “a peteca cair”. O mundo fica bem melhor com a tua presença.

Aos colegas de turma que mesclando o Norte e o Sul do Brasil conseguiram construir uma família.

Meus queridos amigos Miriam e Rodrigo, obrigada por dividirem muito do espaço de vocês comigo. Seremos amigos para a vida toda.

Aos meus colegas de trabalho pela tolerância e principalmente pelo conhecimento, ajuda, livros, artigos, sugestões, críticas. Foram muitas contribuições.

Obrigada Paulo pelo pronto atendimento aos vários pedidos de socorro.

Obrigada Félix pela ajuda tão espontânea para a revisão do texto.

Às amigas Ana Maria, Arlete e Tereza, companheiras de estrada, de poucos momentos de tristeza e muitos momentos de alegria.

A meus pais pelo apoio e incentivo.

Às minhas irmãs Luciana pela ajuda com a língua estrangeira e Márcia pelos diversos empréstimos.

Às primas Christiane e Viviane. Esta pela arte na dissertação e aquela pelo incentivo.

Aos meus amados filhos Luíza e Caetano que intercalando as minhas viagens com as deles, foram sempre muito compreensivos e tolerantes. Eu não disse que logo acabaria?

Mais especialmente ao meu marido Roberto pelo seu amor, carinho, incentivo e apoio irrestrito.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente colaboraram na execução desta jornada.

PILOTTO, Cláudia Humphreys. **Técnico de Vigilância em saúde**: uma prática curricular transitante da regulação à promoção da saúde. 2009. Dissertação (Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí.

RESUMO

A partir do pressuposto que práticas curriculares voltadas para a promoção da saúde, um dos principais eixos à consolidação do SUS precisam ser construídas para a formação do trabalhador da saúde, deu-se início a essa pesquisa. A vigilância hoje concebida está mais voltada para mecanismos regulatórios; o SUS tem como diferencial o eixo da promoção da saúde; a vigilância está desarticulada do eixo da promoção da saúde do SUS; o núcleo do problema desta contradição encontra-se nas opções de práticas curriculares; a construção e consolidação do SUS pelo olhar da vigilância, necessitam de uma revisão das práticas curriculares dominantes e as de promoção da saúde na formação do Técnico de Vigilância em Saúde precisam ser construídas. A partir disso, foi feita a análise do conceito de vigilância da saúde diante do paradigma da promoção à saúde e uma análise de conteúdo de documentos, com o estabelecimento de categorias e subcategorias, desenvolvida em 5 etapas: 1. análise documental oficial; 2. análise documental técnica; 3. análise dos resultados da pesquisa “Atribuições do pessoal de nível médio que atua na área de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária”; 4. análise do currículo do Curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (CFRH)/ Escola Técnica do SUS/ PR; e 5. análise do currículo do Curso Técnico de Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ. Os resultados das análises permitiram observar a pouca representatividade de conteúdos relacionados à promoção da saúde, e a alta intensidade da presença de conteúdos relacionados à prevenção de doenças, bem como identificar e propor algumas práticas curriculares à formação dos trabalhadores de nível médio dos serviços de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador que poderão contribuir para esta mudança paradigmática visando uma formação qualificada, embasada no conceito ampliado de saúde, com ênfase na promoção da saúde.

Palavras-chave: Vigilância em Saúde; Promoção da Saúde; Formação Técnica.

PILOTTO, Cláudia Humphreys. **Health Surveillance Technician: A curricular practice based on the regulation for health promotion.** 2009. Dissertation (Health and Management of Work) - University of Vale do Itajaí.

ABSTRACT

This research was based on a perceived need for curricular practices focusing on health promotion, one of the central axes of the consolidation for the SUS (the Brazilian national health service). Today, health surveillance is more geared towards regulatory mechanisms; The SUS has the distinguishing feature that it focuses on health promotion; surveillance is dealt with separately from health promotion in the SUS; the core of this contradiction lies in the options for curriculum practices; the implementation and consolidation of the SUS in health surveillance require a review of the prevalent curricular practices and those relating to health promotion in Technical training in Health Surveillance, and also need to be constructed. Based on this context, an analysis was carried out on the concept of Health Surveillance, based on this paradigm of health promotion, and also a content analysis of documents, establishing the categories and subcategories, developed in five stages: 1. 1. Analysis of official documents; 2. Analysis of technical documents; 3. analysis of the results of the research “Attributes of the intermediary-level worker in the area of epidemiological, health and environmental surveillance”; 4. Analysis of the Technical Course Curriculum in Health Surveillance and Environmental Health of the Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha – CFRH (Caetano Munhoz da Rocha Human Resources Training Center of the Escola Técnica do SUS)/PR; and 5. Curriculum analysis of a Health Surveillance Technician Course at the Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ. The results of the analysis revealed a lack of representativeness, in the course curriculum, of contents on health promotion, and a high level of contents related to disease prevention. Some curricular practices are identified and proposed for training intermediate-level workers in epidemiological, health, environmental surveillance and occupational health, that could contribute to this paradigmatic change, seeking a better-qualified training that is grounded in a broader concept of health, with emphasis on health promotion.

Key words: Health Surveillance; Health Promotion; Technical Formation

SUMÁRIO

	P
INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I	
CONSTRUINDO UM SISTEMA DE SAÚDE.....	19
1.1 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	19
1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	23
CAPÍTULO II	
IMPLEMENTANDO UM MODELO DE ASSISTÊNCIA.....	26
2.1 Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB).....	26
2.2 Estratégia Saúde da Família: reorientação do modelo de atenção..	30
2.3 Promoção da Saúde: ação nuclear do modelo de atenção.....	31
2.4 Vigilância à Saúde: proposta de mudança de concepções e de integração das práticas sanitárias.....	36
CAPÍTULO III	
FORMAÇÃO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE	41
CAPÍTULO IV	
A PESQUISA E SEUS RESULTADOS.....	51
4.1 Bloco de categorias relacionadas ao conteúdo.....	61
4.2 Bloco de categorias relacionadas à orientação pedagógica.....	94

CAPÍTULO V

SÍNTESE PROPOSITIVA..... 111

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 117

REFERÊNCIAS..... 119

APÊNDICE..... 126

INTRODUÇÃO

O Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha (CFRH) é uma escola técnica que tem como mantenedora a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) e faz parte da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS). Esta rede foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria nº. 1.298, de 28 de novembro de 2000 e visa facilitar a articulação entre as 36 escolas técnicas do SUS distribuídas em todo o território nacional e fortalecer a educação profissional em saúde.

Criadas na década de 80, as escolas técnicas surgiram para profissionalizar os trabalhadores empregados nas instituições de saúde, que não possuíam qualificação específica para as funções que exercem.

O CFRH atua no cenário paranaense, executando cursos à profissionalização dos trabalhadores da área da saúde, desde 1954, ano em que foi criado como Escola de Auxiliares de Enfermagem Dr. Caetano Munhoz da Rocha, através da Lei Estadual nº. 1954/54- D.O.E. 09/07/1954. Estava subordinada à orientação da Associação Feminina de Proteção à Maternidade e à Infância. Seu objetivo era formar Auxiliares de Enfermagem com escolaridade primária (4ª série do antigo primário). Pelo Decreto nº. 19720 de 18/10/1965, a escola passou à administração do governo do Estado do Paraná.

Na década de 1980, com o advento das Ações Integradas de Saúde (AIS), surge a necessidade da profissionalização de outros profissionais da área de saúde, a fim de organizar os serviços. Através da Resolução nº. 1.699/82, da Secretaria de Estado da Educação do Paraná, a Escola de Auxiliares passou a denominar-se Colégio Dr. Caetano Munhoz da Rocha/ Ensino Supletivo de 2º grau, devido ao reconhecimento do Curso Supletivo/ Suplência Profissionalizante, com habilitação parcial de Auxiliar de Enfermagem. Com essa denominação, abriu-se a possibilidade da qualificação em outras áreas da saúde e em 1984, passou a formar também o profissional Técnico em Higiene Dental, com o objetivo de ampliar a cobertura dos serviços de saúde bucal, que cresceram com as AIS.

Em 1.989, o Colégio obteve autorização junto ao Conselho Estadual de Educação do Paraná, pela Deliberação nº. 018/89, para a descentralização dos cursos aprovados, favorecendo desta forma, o acesso à formação e qualificação dos trabalhadores das 22 Regionais de Saúde do Estado, articulando ensino e serviço. Assim, permanecem centralizadas as funções de direção da escola, da secretaria escolar (matrículas, documentação e certificação), do setor administrativo e financeiro, da elaboração de projetos de cursos e materiais didático-pedagógicos, da supervisão pedagógica, descentralizando as salas de aula, melhor dizendo, a execução curricular, sendo realizada por profissionais de nível superior, trabalhadores do SUS, distribuídos nos 399 municípios do Estado. Assim, passa-se a chamar Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha.

O CFRH, escola técnica onde atuo como enfermeira, docente e supervisora desde 1.989, têm como missão:

Formar e qualificar trabalhadores da área da saúde para que se tornem agentes de mudanças, mantendo e acessando postos de trabalho, sem perder de vista a visão de futuro, que é ser uma escola de referência, fomentando técnicas pedagógicas para outras escolas formadoras na área da saúde (PARANÁ, 1995, p. 2).

Atualmente, possui autorização à execução de diversos cursos na área da saúde, tais como: Técnico em Patologia Clínica, Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, Técnico em Enfermagem, Técnico em Saúde Bucal, Auxiliar de Saúde Bucal, Formação Inicial para Agentes Comunitários de Saúde, Capacitação na área de copa, cozinha e lactário dos estabelecimentos hospitalares, Capacitação na área de limpeza e lavanderia de hospitais, e Curso Cuidador de Idosos.

O Curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental do CFRH formou apenas a primeira turma (1995), capacitando 25 (vinte e cinco) trabalhadores das Regionais de Saúde do Estado. Desses, alguns continuam desenvolvendo a função, enquanto outros já se aposentaram.

Sendo o CFRH a ETSUS de referência no Paraná, criou-se uma enorme demanda pela formação dos trabalhadores que atuam nos serviços municipais de vigilância à saúde e que, em sua maioria, possuem o ensino médio ou apenas o fundamental completo.

Solicitamos a assessoria do Ministério da Saúde e este, contratou uma pesquisa intitulada “Atribuições do pessoal de Nível Médio que atuam na Área de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária” (NESCON, 2007). Essa atividade foi realizada pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde, do NESCON (Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Nutrição), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, com vistas a identificar o perfil de competências dos trabalhadores das vigilâncias, que iria subsidiar a elaboração de currículos e itinerários formativos desta área. O referido trabalho foi financiado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde e teve apoio institucional da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, por meio do CFRH.

Enquanto integrante da equipe técnica da escola, colaborei na operacionalização da pesquisa, e como relatora e observadora das oficinas e grupos focais.

Segundo Paim e Teixeira (2000), o sistema de saúde brasileiro após a Constituição de 88, tem avançado na consolidação de modelos de atenção mais efetivos e equânimes, de modo a responder às reais necessidades da população brasileira, em sua totalidade e em suas especificidades loco-regionais. Os atuais arranjos assistenciais hegemônicos – o médico-centrado, focado na atenção hospitalar e na medicalização, e o sanitarista – apoiado em campanhas, programas e em ações de vigilância epidemiológica e sanitária, não reúnem elementos teóricos, práticos, organizacionais e de cuidado adequados e suficientes para responder à complexidade e diversidade dos problemas e necessidades em saúde que circunscrevem o cidadão comum nesse início de século (RIO DE JANEIRO, 2008).

O Modelo Biomédico tem se caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo e especialização. O biologicismo pressupõe o

reconhecimento da natureza biológica das doenças; se justifica na compreensão que a doença é causada por agentes biológicos (químicos e físicos estão incluídos), em corpos biológicos, com repercussões biológicas. O centro da atenção no Modelo Biomédico é o indivíduo doente. As ações de recuperação e reabilitação são priorizadas em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde. Dessa forma, a doença e sua cura, o diagnóstico individual, o tratamento e o processo fisiopatológico é que ganham espaço. Desloca-se respectivamente a saúde e sua promoção e proteção, o diagnóstico comunitário e suas intervenções e a determinação social do processo saúde/doença (CUTOLO, 2006).

Para Buss (2003), hoje, duas grandes proposições em saúde são universalmente aceitas e referenciadas:

- 1) A Atenção Primária como possibilidade de universalizar o acesso a serviços de saúde de qualidade pautados nos princípios de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização nas famílias e orientação comunitária;
- 2) A Promoção da Saúde como paradigma integrador e harmonizador de políticas, processos e ações tanto no campo da saúde coletiva quanto daqueles que compõem o espectro dos direitos sociais e de cidadania, tendo como campos de ação a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde.

Nesse contexto, a Vigilância em Saúde, como proposta de mudança de concepções e práticas sanitárias se reconhece no interior dessas duas propostas norteadoras do SUS e avança em seus recortes teóricos, técnicos e operacionais, para se conformar no século XXI em um “novo” modelo de atenção pautado na democracia, na liberdade e na justiça social. No estágio atual do sistema de saúde brasileiro se coloca como uma proposta radical (polêmica), inovadora (inquietante) e em experimentação (praticada), cujo arcabouço teórico-conceitual se constitui como eixo de um processo de reorientação dos atuais “modelos assistenciais” que dão suporte às práticas sanitárias em curso (FREITAS, 2003).

O modelo tradicional de vigilância privilegia o fiscal que tem por objetivo de ação o produto ou o serviço, descontextualizado e em sua expressão individualizada, tendo como meios de trabalho privilegiados a fiscalização do cumprimento de normas, especialmente exercida com a inspeção, que se expressa como uma prática carregada de intersubjetividades (COSTA, 2001a).

A mudança necessária implica em reorientar o foco das práticas das vigilâncias para a promoção da saúde, integrando uma equipe, atuando em conjunto com outros profissionais e trabalhadores de saúde e com a população, em prol da educação em saúde, da consciência sanitária e na defesa da saúde e qualidade de vida como um direito de todos os cidadãos.

Desde a sua criação, o CFRH elabora currículos dirigidos a trabalhadores adultos, inseridos nos serviços de saúde, de acordo com o perfil de necessidades do SUS e do processo de trabalho em saúde, desenhado pelo modelo hegemônico de produção de saúde.

A oportunidade de participar do Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho da UNIVALI/Itajaí, financiado pelo MS, além da realização de um sonho, seria a oportunidade de contribuir com o CFRH, através da reformulação do curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental para o Curso Técnico de Vigilância em Saúde, com ênfase na promoção da saúde.

As temáticas desenvolvidas sobre políticas públicas e sistemas de saúde, concepção saúde/doença, integralidade, relatório Flexner, promoção à saúde, abordagens qualitativas em pesquisa, políticas e processos educacionais, associadas às minhas lembranças de quando, há poucos anos atrás, atuava como enfermeira do serviço de vigilância epidemiológica do Distrito Sanitário Matriz, na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, trazem como pressupostos básicos que:

1. A vigilância à saúde hoje concebida está voltada a mecanismos regulatórios.
2. O SUS tem como diferencial o eixo da promoção da saúde.

3. A vigilância está desarticulada do eixo da promoção da saúde do SUS.
4. O núcleo do problema desta contradição encontra-se nas opções de práticas curriculares.
5. A construção e consolidação do SUS pelo olhar da vigilância necessitam de uma revisão das práticas curriculares dominantes.
6. Práticas curriculares de promoção da saúde, na formação do Técnico de Vigilância em Saúde, precisam ser construídas.

Partindo destes pressupostos, delimitei o meu problema de pesquisa:

Quais práticas curriculares precisariam ser construídas visando a formação do Técnico de Vigilância em Saúde, voltado para a promoção da saúde, um dos eixos principais à consolidação do SUS?

Para atender ao problema delimitado, estabeleci como objetivo desenvolver uma prática curricular voltada à promoção da saúde, visando a formação dos trabalhadores que atuam na área da vigilância à saúde.

Inicialmente, foram identificadas as políticas oficiais da Vigilância à Saúde, as atribuições do pessoal de nível médio que atua na área da Vigilância à Saúde e as práticas curriculares voltadas à promoção da saúde do curso técnico de vigilância da minha escola e da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ.

O desenvolvimento da dissertação ocorreu da seguinte forma:

- Capítulo I: breve histórico da construção do sistema de saúde brasileiro, desde o movimento da Reforma Sanitária até a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Capítulo II: abordo a Atenção Primária à Saúde e a implementação do SUS através da Estratégia Saúde da Família, a Promoção da Saúde como eixo de

trabalho e a Vigilância da Saúde como proposta de integração das práticas e redefinição do processo de trabalho em saúde.

- Capítulo III: relato um pouco da história da formação profissional e da formação técnica em saúde no Brasil.
- Capítulo IV: faço uma análise dos documentos oficiais e técnico, separando em categorias relacionadas ao conteúdo e à orientação pedagógica do Curso Técnico de Vigilância em Saúde, e apresento os resultados.
- Capítulo V: apresento uma síntese propositiva com a intenção de que sirva como base à elaboração do currículo do Curso Técnico de Vigilância em Saúde do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha.

A expectativa é a de um novo pensar e fazer sanitário para os trabalhadores técnicos da área das vigilâncias. Que o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença e o estímulo à participação social na resolução de seus problemas locais, possam contribuir para a melhoria das condições de vida e de saúde da população. E que com ações de promoção da saúde, tenham como horizonte a autonomia, a liberdade e a emancipação dos sujeitos, na perspectiva da saúde enquanto direito de cidadania.

Em suma, o presente estudo se materializa como uma contribuição de mudança curricular do Curso Técnico de Vigilância, de acordo com as diretrizes curriculares da saúde estabelecidas pelo Ministério da Educação, baseado na literatura, nas políticas oficiais e na experiência principalmente da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio com o referido curso.

Acredito que o compromisso social, pedagógico e político são as bases do trabalho do educador e de sua responsabilidade. Capacitar outros profissionais continuará sendo o meu trabalho.

CAPÍTULO I

CONSTRUINDO UM SISTEMA DE SAÚDE

O capítulo traz um breve histórico da construção do sistema de saúde brasileiro, que teve como marco o movimento da Reforma Sanitária, até a criação e implantação do SUS (Sistema Único de Saúde).

1.1 Reforma Sanitária Brasileira

Na década de 70, após o “milagre econômico”, houve uma grande expansão industrial e muitos investimentos internos. Mesmo assim, o país convivia com a ditadura, o arrocho salarial e a injustiça social. Quando as condições internacionais deixaram de ser favoráveis, o Brasil entrou numa crise, com o aumento da dívida externa e da inflação. Além disso, a população se mostrava muito descontente com o regime militar, caracterizado pela repressão dos direitos individuais, pela censura e pela violência. Neste contexto, o general Ernesto Geisel, ao assumir a presidência (1974-1979), afirmou que faria uma abertura política lenta, gradual e segura (CHAGAS & TORRES, 2008).

As autoras relatam que a sociedade civil, não querendo esperar, começou a se organizar em diversos movimentos a favor da democracia. Foram movimentos sindicais, ondas de greve fortemente reprimidas; reivindicações de direitos humanos mínimos e denúncias de casos de tortura e prisões políticas feitas principalmente por grupos ligados à Teoria da Libertação; criação de associações de moradores que lutavam por melhorias nas condições de vida e buscavam solucionar problemas como saneamento, educação e saúde; e também de médicos residentes, docentes dos departamentos de medicina preventiva e social, escolas de saúde pública e pesquisadores que criticavam o regime e o governo em debates anuais.

Nessa mesma época, nascem movimentos da área da saúde, antecedentes importantes da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que repensam o modelo de assistência, a qual era restrita a poucos e ancorada no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS):

Que foi criado em 1974 para prestar atendimento aos trabalhadores urbanos que possuíam carteira assinada e contribuíam com a previdência social. Os não-previdenciários recebiam assistência de instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, ou utilizavam o setor privado, se pudessem pagar pelos seus serviços. A atuação do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde limitava-se ao campo da prevenção, como na realização de campanhas (CHAGAS & TORRES, 2008, p.2).

Esse movimento de pessoas e idéias associava a luta política a propostas técnicas e era “uma pedra fundamental, embora não a única, do movimento sanitário como movimento social organizado” (SCOREL, 1995, p.141).

Segundo Paim (2008), em 1978 iniciou-se uma mobilização de secretários municipais de saúde e começava a se elaborar a proposta da Reforma Sanitária, “enfazando a unificação dos serviços, a participação dos usuários, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção” (p.80).

A pressão da população brasileira para o fim da ditadura ficou mais forte no governo do general João Baptista Figueiredo (1979-1985), último presidente do regime militar, que promulgou a Lei de Anistia e realizou uma reforma partidária visando enfraquecer a oposição. Medida que, no entanto, fortaleceu os opositores à ditadura sendo confirmada nas eleições de 1982, ano em que a situação perdeu o governo de estados importantes como o Rio de Janeiro e São Paulo (CHAGAS & TORRES, 2008).

Em virtude da derrota das eleições diretas para presidente da República em 1984, a Aliança Democrática formada para derrotar o autoritarismo no Colégio Eleitoral permitiu a eleição de Tancredo Neves para Presidente da República por eleições indiretas. Mas Tancredo morreu às vésperas de tomar posse, e o vice, José Sarney, assumiu o cargo:

O governo Sarney constituía um conjunto de forças políticas heterogêneas, conservadoras e progressistas, o que acabou resultando em um jogo de interesses opostos, privatistas de um lado, estatizantes, de outro, sem uma nítida hegemonia de uma das partes. Essa crise de hegemonia já provinha,

em tempos recentes, dos últimos governos da ditadura, mesmo se valendo o regime de mecanismos autoritários para impor seus pressupostos (FALEIROS *et al.*, 2006, p.46).

Sendo a presidência do INAMPS, a presidência da FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), a Secretaria Geral do Ministério da Saúde, a Secretaria de Serviços Médicos do Ministério da Previdência e Assistência Social, assumidas por pessoas apoiadas pelo movimento sanitário, parlamentares, entidades médicas e de profissionais de saúde, prefeitos, secretários municipais de saúde e organizações da sociedade civil; foi nesse contexto que segundo Paim (2008) houve uma contenção das políticas privatizantes no interior da Previdência Social, a canalização de recursos previdenciários para estados e municípios para o fortalecimento dos serviços públicos, o estímulo à integração das ações de saúde, o apoio à descentralização gerencial, a incorporação do planejamento à prática institucional e a abertura de canais para a participação popular.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram expandidas, fortalecidas e consideradas de relevância para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços. Sua defesa se dava pelos seguintes motivos: “princípios e objetivos consistentes com os do movimento de democratização da saúde; planejamento e administração descentralizados; instâncias deliberativas permeáveis à negociação política; possibilidade concreta da participação popular organizada; percurso para o estabelecimento do *sistema unificado de saúde*; respeito ao princípio federativo; respaldo das forças sociais atuantes no setor; perspectivas mais concretas de viabilidade; incorporação do planejamento à prática institucional; e responsabilidade das universidades na formulação e na implementação das políticas de saúde” (PAIM, 2008).

Um dos motivos que desencadeou a proposta de realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo a primeira com ampla participação da sociedade civil e protagonizada por profissionais de saúde, trabalhadores e setores populares, foi o interesse do Ministério da Saúde em transferir para ele o INAMPS.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um grande marco do movimento da Reforma Sanitária e foi ela que lançou as bases daquilo que viria a ser o texto sobre saúde na Constituição de 1988: o Sistema Único de Saúde. Aconteceu entre os dias 17 e 21 de março de 1986 e foi estruturada sobre três eixos básicos: a saúde como dever do Estado e direito inerente à cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento do setor saúde.

Assim, a conquista da democracia permitia uma atenção maior para a opinião pública e a mobilização e organização da população na defesa dos seus direitos. A consciência do direito à saúde ia sendo irradiada, progressivamente, para a população que passava a cobrar a sua garantia e a melhoria dos serviços. Dessa forma, estava lançado o *projeto* da Reforma Sanitária Brasileira, legitimado e sistematizado na 8ª CNS e formalizado, posteriormente, na Assembléia Constituinte (PAIM, 2008, p.102).

O Relatório Final da 8ª CNS destaca alguns elementos que irão compor o projeto da Reforma Sanitária: ampliação do conceito de saúde (produção do saber sobre determinação social do processo saúde-doença); reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; criação do SUS; participação popular (matriz conceitual: formulações dos movimentos da Medicina Preventiva e da Saúde Comunitária); constituição e ampliação do orçamento social (criação de fundos de saúde e estabelecimento de fontes estáveis de receita).

Os desdobramentos dos trabalhos levaram à criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e posteriormente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo o SUDS uma das iniciativas do INAMPS, Paim (2008) refere que além de contribuir para a integralidade da atenção (distritos sanitários), para o controle social e a descentralização dos serviços, foi a ponte para a construção do SUS e um movimento tático para a implosão programada do INAMPS.

Em 1988 é promulgada a Constituição Federal. O esforço dos profissionais da área da saúde coletiva e das organizações populares em defender a saúde como direito do cidadão e dever do Estado é colocado na redação final. Assim, logo no primeiro artigo da seção Saúde, o artigo 196, regulamenta que a saúde é direito de todos e

dever do Estado, garantida 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.

No ano de 1989 vivemos um momento histórico na política brasileira. Foram convocadas as eleições para presidente da República e eleito, o presidente Fernando Collor assume e adota medidas econômicas que alinham o país às políticas do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial.

Na saúde foi adiada a convocação para a 9ª CNS e lideranças populares, profissionais de saúde e partidos políticos de esquerda mobilizaram-se para aprovar a Lei 8.080 e 8.142 no ano de 1990. Estas regulamentam o SUS e a participação popular no SUS, respectivamente.

Ressalto que a Reforma Sanitária e o SUS ainda estão em construção, na luta contra-hegemônica do modelo de atenção atual.

1.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

Na Constituição Federal de 1988, a Saúde é reconhecida como um direito de cidadania, onde as ações e serviços constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), têm caráter universal e eqüitativo, sendo organizados de forma descentralizada, visando garantir o atendimento integral às necessidades de saúde e a participação da comunidade em sua gestão e controle.

O SUS é fruto do debate sobre a crise da saúde, na segunda metade dos anos 70, e do movimento de Reforma Sanitária, década de 80. Surgiu para universalizar a assistência à saúde, sendo que até então o sistema atingia apenas os trabalhadores contribuintes, bem como incluir todos os serviços instalados ou que viessem a ser criados.

O SUS tem os seguintes princípios doutrinários e organizativos (BRASIL, 1988):

- **Universalidade:** é a garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade o cidadão tem o direito de acesso a todos os serviços

de saúde, seja público ou contratado/conveniado pelo serviço público, pois a saúde é um direito do cidadão e dever dos governos municipal, estadual e federal.

- **Equidade:** é a garantia de que todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido nos serviços de saúde em qualquer nível de complexidade da assistência, conforme o caso requeira, independente de seu local de moradia, sem privilégio e/ou barreiras até o limite de que o sistema pode oferecer.
- **Integralidade:** é a compreensão de que o ser humano é um ser integral e deverá ser atendido por um sistema integrado pelas ações que visam promover, proteger e recuperar a saúde.
- **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida (população alvo). O acesso aos serviços deverá se dar na atenção básica e seguir a hierarquia dos níveis de atenção segundo a necessidade de resolução do problema. A rede de serviços deverá ser organizada de forma hierarquizada e regionalizada para permitir um conhecimento maior dos problemas de saúde a serem enfrentados numa determinada área de abrangência, favorecendo ações de vigilância à saúde, além da assistência ambulatorial e hospitalar nos diferentes níveis de complexidade.
- **Resolubilidade:** é a capacidade do serviço de enfrentar e resolver os problemas de saúde utilizando plenamente sua capacidade instalada até o limite de sua competência.
- **Descentralização:** é compreendida como a redistribuição de responsabilidades em toda a rede de serviços, em todas as esferas de governo (municipal, estadual, federal), buscando um maior compromisso dos mesmos na solução dos problemas de saúde da população de sua responsabilidade e ainda garantindo a participação da população nestas decisões.
- **Participação social:** é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas e de classe, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da execução destas em todos os níveis de governo. Esta participação deverá se dar através dos

conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços. Outra forma seria através da participação nas conferências de saúde, periódicas, que definem as políticas de saúde e as prioridades.

- Complementariedade do setor privado: definido pela constituição que quando da insuficiência do setor público, será necessária a contratação do setor privado, que se dará sob três condições: na celebração do contrato, conforme as normas de direito público, o interesse público prevalece sobre o privado; a instituição privada deverá estar de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS; a integração do serviço privado deverá se dar na lógica organizativa do SUS, com posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços. Desta forma cabe ao setor público gerenciar o que será feito, por quem, em que nível e em que lugar. Dentre os serviços privados deverá ser priorizado o serviço sem fins lucrativos. Todo serviço complementar deverá assinar convênio de regulamentação e neste, deverá constar os princípios e as diretrizes às quais está submetido e em caso de não cumprimento, caberá as punições previstas ou mesmo a revogação do convênio.

Para que esses princípios pudessem ser implantados, o modelo de atenção mais coerente e que foi adotado é o da Atenção Primária, no Brasil Atenção Básica. Através do Programa Saúde da Família que, posteriormente, passou a Estratégia Saúde da Família, entendendo que programa tem início, meio e fim e estratégia não necessariamente precisa acabar, hoje está incluída na Política Nacional de Atenção Básica.

CAPÍTULO II

IMPLEMENTANDO UM MODELO DE ASSISTÊNCIA

Neste capítulo pretendo abordar o conceito de **Atenção Primária à Saúde (APS)**, contextualizando o cenário que levou à adoção do termo **Atenção Básica (AB)** no Brasil.

A implementação do SUS tem avançado a cada dia. Isso evidencia a importância da APS, a contribuição da **Estratégia Saúde da Família** para a reorientação do modelo de atenção nesse processo, o fortalecimento da **promoção da saúde** como eixo de trabalho deste sistema e a **Vigilância da Saúde** como proposta de integração das práticas e redefinição do processo de trabalho em saúde.

2.1 Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB)

No processo histórico brasileiro, mais especificamente na primeira metade da década de oitenta, a noção de que os cuidados primários de saúde referem-se a programas de medicina simplificada, para os pobres de áreas urbanas e rurais, ou seja, atenção primária seletiva, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde, acabou por afastar o tema do centro das discussões da época. Contrários a essa visão, criou-se assim, no Brasil, o termo Atenção Básica de Saúde, utilizado pelo Ministério da Saúde ao referir-se à forma estruturante de organização do modelo de atenção, tendo como base conceitual a APS ampliada, também chamada de APS orientada para a comunidade e como estratégia operacional de implantação e consolidação da AB a Estratégia Saúde da Família (PAIM, 1998).

Um dos primeiros relatos que definem a APS data de 1920, do Relatório Dawson na Grã-Bretanha, divulgando a organização do sistema dos serviços de saúde, que posteriormente, forneceu a base para a reorganização dos serviços de saúde em muitos países (STARFIELD, 2004). Divide um sistema de saúde em três níveis:

- Primário – composto por generalistas em comunidades;
- Secundário – especialistas atuando em ambulatórios;

- Terciário – especialistas vinculados à atenção hospitalar.

Segundo ele, a APS se caracterizaria pela delimitação de um Distrito, com atenção baseada em necessidades locais, desenvolvida por um médico generalista que promoveria ações de prevenção de doenças e recuperação da saúde.

No ano de 1978 a Conferência de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), aprovou, por unanimidade, como meta de seus países membros a “Saúde para Todos no ano 2000”, tendo como definição de atenção primária:

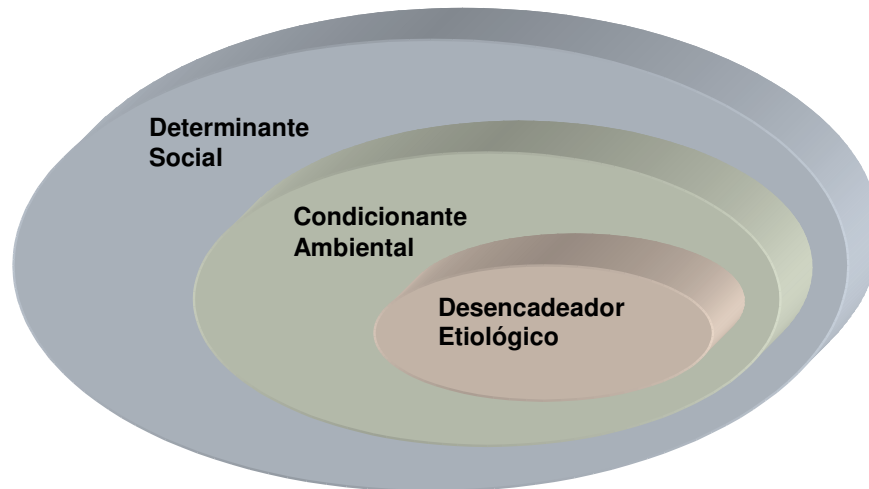
uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui-se como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1979 *apud* BRASIL, 2007a).

Outros pontos abordados no relatório final da conferência são: a base territorial de adscrição, a participação social, a educação, a intersetorialidade, os medicamentos essenciais, o trabalho em equipe, dentre outros.

Para Starfield (2004), todo o sistema de serviços de saúde deve ter duas metas principais: maximizar o nível de saúde da população e minimizar as disparidades existentes entre as diferentes classes sociais, oferecendo acesso uniforme aos serviços de saúde a todas elas.

Sendo assim, a APS está relacionada com o princípio da determinação social do processo saúde-doença. Isso não significa desconsiderar os condicionantes ecológico-ambientais e os desencadeadores etiológicos, mas sim, que este é componente dos condicionantes que estão subjugados aos determinantes.

Para melhor visualização das relações de causalidade das doenças, ver Figura 1:



Fonte: Cutolo (2006)

Figura 1: Representação das relações de causalidade

A partir da experiência européia na reorganização dos sistemas de saúde, a Organização das Nações Unidas, no ano de 1996, elaborou uma carta (Carta de Lubliana) com os princípios que embasam a construção solidificada da Atenção Primária na intenção de melhorar a saúde e a qualidade de vida da população. Segundo Tognoli (2006), a carta propõe que os sistemas de saúde deveriam ser:

- governados pelos princípios de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- focados na saúde com a proteção e a promoção da saúde como conceito primordial em toda sociedade;
- centrados nas pessoas, levando em conta suas expectativas sobre saúde e sistemas de saúde, assegurando voz ativa dos cidadãos na operacionalização dos serviços de saúde, bem como compartilhando da sua responsabilidade pela própria saúde;
- focados na qualidade;
- baseados no financiamento sustentável, garantindo assim o acesso universal e equitativo;
- orientados para a Atenção Primária à Saúde.

A APS possui qualidades únicas que a caracterizam e diferenciam dos demais níveis de atenção. Salienta-se que tais características são interdependentes e complementares. Em Brasil (2007a) está descritos que são elas:

- Primeiro contato (porta de entrada ao sistema de saúde): o serviço é identificado pela população e a equipe como o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando há uma necessidade/problema de saúde. Deve ser de fácil acesso e disponível.
- Longitudinalidade do cuidado (ou vínculo e responsabilização): relação que se estabelece ao longo do tempo, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde, independente do tipo de problema de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde.
- Integralidade: parte do conceito ampliado de saúde, no qual necessidades bio-psico-sociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção e o tratamento são integrados e a abordagem é o indivíduo, sua família e seu contexto.
- Coordenação do cuidado (ou organização das respostas ao conjunto de necessidades): essencial para o sucesso dos demais, partindo do conceito ampliado de saúde, permitirá que as várias necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidades sejam identificadas, e uma equipe multidisciplinar seja capaz de responder a essas necessidades. Sua essência é a informação.

Existem indicativos de que países com sistema de saúde baseados na APS, possuem indicadores de saúde diferenciados, menos gastos com saúde, maior grau de satisfação dos usuários, menor quantidade de medicamentos consumidos.

Em 2006 o Ministério da Saúde através da Portaria n. 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica assume que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de

práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

2.2 Estratégia Saúde da Família: reorientação do modelo de atenção

Inicialmente chamado de Programa Saúde da Família, é uma estratégia que tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, de forma integral e contínua. A primeira etapa de sua implantação teve início em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994, começaram a ser contratadas e formadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família, com o objetivo de incorporar e ampliar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, implementando a APS e o SUS.

Durante a sua operacionalização, em 1997, deixa de ser um programa e passa a ser uma estratégia de reorganização do modelo de atenção, a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Está estruturada a partir de uma Unidade de Saúde da Família, com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população, no território a ela vinculado, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos.

Como princípios norteadores da ESF temos:

1. Estratégia de organização do modelo assistencial.

2. Universalidade.
3. Territorialidade e adscrição.
4. Integralidade como principal eixo.
5. Promoção da saúde como ação nuclear.
6. Resposta à determinação social.
7. Interdisciplinaridade na relação da equipe.
8. Intersetorialidade.
9. Participação social.

Entendo a ESF como uma política de Estado que assume o conceito ampliado de saúde, que considera a determinação social do processo saúde-doença, que promove saúde, que trabalha interdisciplinarmente e intersetorialmente, que empodera os indivíduos e a comunidade pela educação em saúde, enfim, é a possibilidade mais concreta de consolidação da Atenção Básica em nosso país.

2.3 Promoção da Saúde: ação nuclear do modelo de atenção

A Estratégia Saúde da Família, em defesa da Atenção Básica e contra o modelo médico-assistencial hegemônico, enfrenta ainda hoje, segundo Teixeira (2003), a resistência de vários atores implicados na reprodução desse modelo, inclusive os profissionais de saúde e a própria população usuária, habituada a consumir serviços especializados.

Essa estratégia, assumindo o conceito ampliado de saúde, o qual considera a determinação social do processo saúde-doença, deve empoderar a população na busca do atendimento de suas necessidades, incorporar o mesmo conceito nos profissionais de saúde, mobilizar recursos institucionais e comunitários e articular os diferentes setores, para que juntos realizem ações de promoção da saúde visando a melhoria das condições de saúde e de qualidade de vida da população.

A promoção da saúde não é uma expressão nova na área da saúde, vem sendo construída ao longo dos anos, constituindo marco norteador da Saúde Pública a partir dos anos 70.

A primeira citação encontrada na literatura, referente a promoção da saúde foi feita por Winslow, o qual dizia, em 1920, que a promoção da saúde consistia na organização da comunidade com o propósito de alcançar políticas que favorecessem a melhoria das condições de vida. BUSS (2003) refere que Sigerist (1946) foi um dos primeiros autores a fazer referência ao termo promoção da saúde quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Sigerist afirma que a saúde se promove a partir de condições decentes de vida, educação, lazer, entre outros.

Leavell & Clark, já na década de 60, explicavam que a doença se dá a partir de um fator multicausal, isto é, a causa da doença está relacionada a um desequilíbrio da interação entre o hospedeiro, o agente patogênico e o meio ambiente. Segundo BUSS (2003) eles utilizam o conceito de promoção da saúde ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, que comportaria três níveis de prevenção (Figura 2), sendo a prevenção primária, aquela desenvolvida no período pré-patogênese (proteção do homem contra agentes patológicos ou estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente).



Fonte: Leavell & Clark(1965) *apud* Buss (2003).

Figura 2 - Níveis de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença.

Esta teoria destaca um caráter de intervenção higienista, preventivista, entendendo o processo saúde-doença como possível de ser abordado com medidas locais de origem multifatorial simples (CUTOLO, 2001). Desse modo, as ações de saúde predominantes seriam ações de prevenção e não ações de promoção, desconsiderando totalmente a sua determinação social.

Em 1974, surge o *Informe Lalonde* motivado pelos altos custos da assistência médica ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças (BUSS, 2003).

Para o autor, o documento de Lalonde conclui que:

Até agora, quase todos os esforços da sociedade envidados para a melhoria da saúde e a maior parte dos gastos diretos em matéria de saúde, concentraram-se na organização da assistência médica. No entanto, quando se identificam as principais causas de morbi-mortalidade no Canadá, chega-se a conclusão que sua origem está nos outros três componentes do conceito, ou sejam a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida.
(p.23)

A partir daí foram elaboradas cinco estratégias para abordar os problemas da saúde: promoção da saúde, regulação, eficiência da assistência médica, pesquisa e fixação de objetivos. Dentre as medidas componentes da estratégia de promoção, o autor refere que estavam relacionadas exclusivamente a fatores específicos do estilo de vida (dieta, tabaco, álcool, drogas, conduta sexual). Isso denota um equívoco, pois tais ações visam a proteção individual e não a promoção da saúde.

A Carta de Ottawa, resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa/ Canadá no ano de 1986, ampliou o conceito de saúde, pois os indivíduos deveriam modificar favoravelmente o meio ambiente para adquirir saúde. De acordo esta Conferência, o termo Promoção da Saúde diz respeito ao “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p.19).

Propõe cinco campos centrais de ação para a promoção da saúde:

- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis.
- Criação de ambientes favoráveis à saúde.
- Reforço da ação comunitária.
- Desenvolvimento de habilidades pessoais.
- Reorientação do sistema de saúde.

Salienta o autor que desde a sua divulgação, a Carta de Ottawa tem sido o principal marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo, como reconheceram as conferências seguintes.

Evidenciam-se como ações predominantes as de promoção da saúde, alicerçadas na concepção de que o processo saúde-doença é determinado socialmente, sofrendo influência do modo de produção, e sua atenção é voltada para a comunidade.

A Conferência de Adelaide/Austrália (1988) descreveu prioridades às políticas públicas de saúde, onde há predominância das ações de promoção à saúde, sendo elas: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; e ambientes saudáveis. Na declaração é afirmado que o principal propósito das políticas públicas saudáveis é a criação de ambientes físicos e sociais favoráveis à saúde, e foi citada a necessidade das instituições educacionais reorientarem seus currículos com o objetivo de melhorar as habilidades em defesa da saúde pública.

A 3ª Conferência Internacional realizada em Sundsvall/Suíça, em 1991, firmou o compromisso das organizações do Sistema das Nações Unidas com o desenvolvimento sustentável e procurou explicitar e enfatizar a interdependência entre ambiente e saúde. A Declaração preconiza que a criação de ambientes promotores de saúde deve sempre ser guiada pelo princípio da equidade (SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003). A Declaração de Jacarta/ Indonésia, 1997, 4ª Conferência, reitera a concepção e os princípios das conferências anteriores.

Realizada no México, em 2000, a 5ª Conferência Mundial, os autores inferem que procuraram avançar no desenvolvimento das prioridades da promoção de saúde para o século XXI: a) promover a responsabilidade social em matéria de saúde; b) ampliar a capacitação das comunidades e dos indivíduos; c) aumentar a inversão no desenvolvimento da saúde; d) assegurar a infra-estrutura necessária à promoção de saúde e fortalecer sua base científica; e) reorientar os sistemas e serviços de saúde.

No Brasil, para Sícoli & Nascimento (2003) “ao estimular o desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde, a descentralização da saúde, uma das

diretrizes do SUS prevista na Constituição de 1988, criou condições para ampliar a participação social (outra diretriz do SUS) e fortalecer a democracia” (p.106).

A Organização Mundial da Saúde caracteriza como iniciativas de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios, conforme descritos por Sícoli & Nascimento (2003):

- **Concepção holística:** ações que fomentem a saúde física, mental, social e espiritual a partir do conceito ampliado de saúde.
- **Intersetorialidade:** operacionalizar a promoção requer a cooperação entre os diferentes setores envolvidos e a articulação de suas ações.
- **Empoderamento:** a disseminação de informações e a educação são bases para a tomada de decisão. É o processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a saúde.
- **Participação social:** envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas.
- **Equidade:** reorientar os serviços sanitários, visando ampliar o acesso, e criar ambientes de suporte, com políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde, priorizem grupos desprivilegiados e vulneráveis, e revertam as desigualdades sociais instaladas.
- **Ações multi-estratégicas:** pressupõe o envolvimento de diferentes disciplinas e dizem respeito à combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação.
- **Sustentabilidade:** criar iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte.

Importantes decisões foram tomadas na direção do fortalecimento da APS e da promoção da saúde como condição necessária à consolidação dos princípios do SUS.

Saliento a publicação da Portaria n. 648/GM de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, e da Portaria n. 687/ GM de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde.

Sendo o trabalhador da saúde peça chave para a mudança do modelo de atenção, entendo que cabe à educação promover a emancipação deste trabalhador, capacitando-os a desenvolverem ações voltadas à promoção da saúde; e a construção de um currículo que enfatize a determinação social do processo saúde-doença é fundamental para uma formação qualificada, nas suas dimensões política e técnica.

2.4 Vigilância à Saúde: proposta de mudança de concepções e de integração das práticas sanitárias

A expressão “vigilância em saúde” remete à palavra vigiar, do latim *vigilare* = de acordo; nos dicionários significa observar atentamente, estar de sentinela, cuidar, precaver-se. Na área da saúde, historicamente está relacionada aos conceitos de saúde e doença, às ações em saúde e aos mecanismos adotados para impedir a disseminação de doenças (MONKEN & BATISTELLA, 2009).

Ações de Vigilância Sanitária constituem a mais antiga face da Saúde Pública. Desde épocas imemoriais, as sociedades, sob os mais diversos modos de produção da vida social, vêm tentando exercer controle sobre os elementos essenciais à vida em coletividade e que geram ameaças à saúde e à vida. Constata-se que as primeiras ações do campo da Vigilância não foram instituídas com o modo de produção capitalista, nem sob o domínio da medicina e que desde sua origem visam o controle sanitário do ambiente, dos alimentos, do exercício da medicina e farmácia e, gradativamente, de numerosos produtos, tecnologias e serviços, intrinsecamente envolvidos no complexo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida (COSTA, 2001b).

O conceito de vigilância com a função de observar contatos de pacientes atingidos por doenças surge em meados do século XIX, com o advento da bacteriologia e da vacinação, que iniciaram uma nova prática de controle das doenças repercutindo na forma de organização dos serviços e ações em saúde.

A partir da década de 1950, o conceito de vigilância como observação sistemática de contatos de doentes passa a ser entendido como o acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde na comunidade.

A seguir, e ainda presente nos dias atuais, vigilância em saúde passou a ser a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la (BRASIL, 2005). Em 1964, Langmuir utilizou a denominação vigilância epidemiológica, o qual ganhou legitimidade internacional ao ser empregado para designar uma unidade da Organização Mundial de Saúde (OMS), criada em 1966, cuja atividade era a disseminação da atividade de vigilância como um instrumento fundamental para tornar viável a erradicação da varíola (BRASIL, 2007b).

Em relação à vigilância sanitária, na década de 1970 houve uma intensa produção legislativa e foram estabelecidos os fundamentos para a ação e organização do serviço, e em 1976 é criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Leis voltadas para a área de medicamentos; que configuram as infrações sanitárias e as penalidades foram criadas e, embora com algumas alterações, estão em vigência até hoje (BRASIL, 2007c). Neste período, a organização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica se dá através da instituição do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças. A vigilância ambiental surge a partir da década de 1990, especialmente com o Projeto de estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em saúde – VIGISUS.

Para Paim (1998), no pensar a integração dos fragmentos das ações de saúde e a recomposição das práticas sanitárias e sociais para a produção da saúde, surge a proposta da Vigilância da Saúde como um novo modelo assistencial. Pois quando organizadas em bases de conhecimentos e de práticas aparentemente independentes, as vigilâncias desperdiçam um extraordinário potencial analítico e de intervenção sobre os condicionantes da produção social de saúde e doença.

A proposta da Vigilância à Saúde vem sendo discutida desde a implantação do SUS, surgindo da necessidade de reorganizar e reorientar os serviços a fim de considerar a determinação social no processo saúde-doença, uma vez que as ações de saúde sempre estiveram voltadas para a prevenção das doenças através do controle do hospedeiro, agente etiológico e meio ambiente.

Para Mendes (1995), a Vigilância à Saúde é proposta como instrumento para a transformação dos determinantes de saúde e doença referenciada pelo conceito de território, participação da população e promoção da saúde. Para se reconhecer um território, é necessário obter informações demográficas, socioeconômicas, político-culturais, epidemiológicas e sanitárias. A partir daí, torna-se possível identificar e analisar os problemas e as necessidades de saúde da comunidade, para definir prioridades de atenção, com base na intersectorialidade, na integralidade e na equidade.

A vigilância à saúde tem sido identificada, segundo Campos (2003), sob os seguintes aspectos:

- Esforço para integrar a atuação do setor saúde sobre as várias dimensões do processo saúde-doença, especialmente do ponto de vista da sua determinação social.
- Operacionalização dos sistemas de saúde de forma a se respeitar uma visão que se pretende mais totalizadora.
- Eixo reestruturante da maneira de se agir em saúde, buscando enfrentar problemas de saúde de forma integrada por setores que historicamente têm trabalhado de forma dicotomizada.
- Consideração dos determinantes sociais, os riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários associados e os dobramentos, em termos de doença.
- Novo olhar sobre a saúde levando em conta os múltiplos fatores envolvidos na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas.
- Envolvimento de todos os setores inseridos na realidade, vendo o indivíduo e a comunidade como sujeitos do processo.

- Princípio da territorialidade como sua principal premissa, com o trabalho de saúde imerso no contexto territorial.
- Território entendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, de trabalho, de renda, de habitação, de acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, etc.
- Definição de problemas e prioridades e obtenção de recursos para atender às necessidades de saúde da comunidade, considerando cada situação específica.

Estes aspectos demonstram a relação da Vigilância à Saúde com a promoção da saúde, pois segundo o autor, envolvem outros setores fora da saúde, outros atores e a participação individual e comunitária para alcançar a melhoria da qualidade de vida e saúde.

Para entender melhor as dimensões da proposta da vigilância à saúde, trabalha nos três níveis:

- a) Dos determinantes do processo saúde-doença: através de ações de promoção da saúde.
- b) Dos riscos: prevenção dos riscos de adoecimento buscando novas interfaces entre os programas de saúde e as áreas das vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental.
- c) Dos danos à saúde: refere-se à assistência propriamente dita, ao vínculo das equipes de saúde às pessoas inseridas no território e a continuidade da atenção. Veja Quadro 1:

	Sujeito	Objeto	Meios de Trabalho	Formas de Organização
Modelo Médico Assistencial Privatista	Médico, especialização (paramédicos)	Doenças (patologia) Doentes (indivíduos)	Tecnologia médica (clínica, cirurgia)	Rede de serviços de saúde (hospital)
Modelo Sanitarista	Sanitaristas e auxiliares, técnicos	Modos de transmissão das doenças e fatores de risco	Tecnologia sanitária (coletivos de população)	Campanhas sanitárias, programas especiais, sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Modelo Vigilância em saúde	Equipe de saúde e comunidade	Problemas (danos, riscos) e necessidades de saúde Determinantes dos modos de vida e saúde	Planejamento situacional, comunicação social, educação, tecnologia médica e sanitária	Políticas públicas saudáveis, ações intersetoriais – ações específicas de PPP e curativas, operações por problemas e grupos de pop.

Fonte: Teixeira (2004)

Quadro 1 - Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde

Desse modo, para Campos (2003) a ESF e as atribuições das suas equipes “guardam grande coerência e sintonia com os princípios da vigilância da saúde”, cuja lógica deveria ultrapassar a atenção básica e “disseminar-se por todos os serviços, desde as unidades básicas até as unidades hospitalares” (p.581).

Uma das dificuldades na implementação da Vigilância à Saúde é a insuficiente qualificação profissional dos trabalhadores da saúde, sendo o Técnico de Vigilância um deles. Investir na formação profissional é um dos passos que levará em direção à reorganização da atenção com base na Vigilância à Saúde.

CAPÍTULO III

FORMAÇÃO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE

A formação profissional designa todos os processos educativos que permitam, ao indivíduo, adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais, relacionados à produção de bens e serviços, quer esses processos sejam desenvolvidos nas escolas ou nas empresas. (CATANNI, 1997)

Foi criada para explicar processos históricos que digam respeito à capacitação para e no trabalho, portanto, à relação permanente entre o trabalhador e o processo de trabalho na ótica dos trabalhadores. (RAMOS & PEREIRA, 2006)

Com o progresso do capitalismo, o conhecimento passa a ser cada vez mais apreendido como valor de troca, ou seja, passa a constituir-se também como mercadoria, cada vez mais voltado ao processo industrial, com caráter de mercadoria e visando o lucro. No caso da saúde, temos os exemplos da indústria de medicamentos e o aperfeiçoamento das tecnologias cada vez mais voltadas à saúde privada. (idem, 2006)

Ainda segundo as autoras, a formação profissional, como processo educativo que faz parte da formação humana, deve ser vislumbrada na sua relação com a cultura, como instrumento contra-hegemônico ao capitalismo.

A cultura não é outra coisa senão, por um lado a transformação que o homem opera sobre o meio e, por outro, os resultados dessa transformação (SAVIANI, 2007). Para o autor, o homem é então capaz de superar os condicionamentos da situação; ele não é totalmente determinado; é um ser autônomo, um ser livre. Sendo o homem um sujeito capaz de tomar posições, de avaliar, fazer opções e engajar-se nelas, assim também aquele que vive ao seu lado, perto ou longe, é igualmente um sujeito e jamais um objeto.

Ainda conforme Ramos (2006), para os trabalhadores de instituições voltadas a práticas sociais como a educação e a saúde, a formação profissional pode e deve desenvolver concepções que tenham como objetivo instrumentalizar a classe

trabalhadora no seu processo de trabalho e nas demais esferas da vida cotidiana, de modo a possibilitar a não-adequação ao existente.

A valorização negativa do trabalho manual característico da escravidão constituiu óbice no desenvolvimento do ensino técnico profissional na primeira República (HAIDAR & TANURI, 2004). Referem que “as iniciativas pertinentes ao ensino profissional, especialmente o industrial e agrícola, são marcados por finalidades filantrópicas, de recuperação de órfãos, desvalidos e de membros das classes menos favorecidas” (p. 53). Nesse período, as novas camadas sociais – a burguesia comercial e a industrial e as classes médias emergentes – procuravam para seus filhos a educação de tipo acadêmico das velhas elites.

Com a instauração do governo Getúlio Vargas, em 1930, a formação e a expansão da indústria nacional requerem da escola os profissionais qualificados. De sociedade agrária para sociedade industrial, o perfil de atividades no Brasil muda acarretando mudanças na preparação para o trabalho e isso muda a configuração do ensino técnico na época. Constituem-se as escolas de aprendizagem, o Senai (Serviço Nacional da Indústria), em 1942, e o Senac (Serviço Nacional do Comércio), em 1946, como mecanismos de formação de mão de obra qualificada, voltadas para as populações mais carentes. (SILVA, 2004)

Neste período, o ensino secundário caracteriza-se pela formação humanística e científica, continuando a preparar para a universidade, e o ensino técnico-profissionalizante preocupa-se com a formação para o trabalho (RAMOS, 2006).

Em relação ao trabalho na saúde, houve a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp).

Após a queda da ditadura Vargas, em 1945, ocorre a chamada redemocratização do País. A Constituição de 1946 retoma a orientação descentralizada e liberal da Carta de 1934. Depois de longa tramitação na Câmara Federal foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, dando um “importante passo no sentido da unificação do sistema de ensino e da eliminação do dualismo administrativo herdado do Império”. (HAIDAR & TANURI, 2004, p. 65)

Com o Regime Militar, instaurado em 1964, e sua conseqüente centralização político administrativa, evidencia-se uma contra marcha no apenas iniciado processo de descentralização estabelecido pela LDB. São aprovadas as Leis nº 5.540/68, do ensino superior, e nº. 5.692/71, que reforma o ensino de 1º e 2º Graus. (HAIDAR & TANURI, 2004)

A Lei nº. 5.692/71 marca o período tecnicista da educação e o currículo dividido em áreas do conhecimento. Juntou o ensino primário e o ginásial – 1º Grau, e estabeleceu a obrigatoriedade de ensino de 2º Grau ser profissionalizante. Essa lei adotou pontos antecipados por Roberto Campos, em 1.969. Para ele o ensino secundário deveria ser dotado de caráter instrumental e prático, voltado para o mercado de trabalho. (GERMANO, 1994)

Esta lei, segundo Silva (2004) “inovou radicalmente em termos de formação para o trabalho, introduzindo a educação profissional como algo obrigatório para todos os estudantes” (p. 177). Afirma ele que muda a visão da escola sobre a educação profissional, que antes destinada aos pobres, passa agora a ser destinada a todos os que a freqüentam. No entanto essa lei orienta a tendência tecnicista que marcou os currículos escolares nessa época. Além disso, não havia estrutura para que se operacionalizasse na prática o que era proposto pela mesma.

Em novembro de 1973, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/ OMS) e o governo brasileiro, representado pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), firmaram em Brasília um acordo com vistas ao estabelecimento de um programa de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde no país (ALVES & PAIVA, 2006). O ponto de partida foi a proposição, em junho de 1976, do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, o Ppreps.

Seus resultados e desdobramentos estiveram intimamente associados ao próprio processo histórico da moderna reforma sanitária brasileira, com implicações na organização do sistema de saúde no país. (ALVES & PAIVA, 2006)

Os anos 70 foram, no plano internacional, anos de afirmação da saúde como direito, de reforço das demandas por expansão da cobertura da atenção à saúde, que culminam com a meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e na definição da atenção primária à saúde como estratégia central (ALVES & PAIVA, 2006). Também consolidou uma transição na demanda por recursos humanos em saúde: da formação de médicos e demais profissionais de nível superior para a formação de pessoal técnico e auxiliar.

Os temas e debates durante a V Conferência Nacional de Saúde, em 1975, segundo os autores, identificavam um “desajuste entre uma oferta de cursos de formação profissional em expansão e as necessidades das populações, ao mesmo tempo em que criticavam o excessivo foco nos aspectos curativos e especializados tanto nos processos de formação profissional, quanto na prestação de serviços médicos, em detrimento da dimensão preventiva”. (p. 41)

Se nos anos 60 a ênfase recaiu na necessidade de aumentar o número de profissionais de nível superior disponíveis, sobretudo médicos, a década seguinte se orientaria para a necessidade da capacitação de um novo e expressivo contingente de trabalhadores de nível elementar e médio. (ALVES & PAIVA, 2006)

Na década de 1970, o Ppreps visava preparar trabalhadores para uma cobertura adequada às diferentes necessidades de diversas regiões e definir um processo de qualificação de trabalhadores de nível médio e fundamental. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), foi outro que teve maior expressão no país e objetivava a utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas comunidades locais (RAMOS, 2006). Neste último, a capacitação era feita em pouco tempo, decorrente do caráter emergencial na implantação do programa, com currículos voltados para tarefas normatizadas e certificados reconhecidos válidos somente no âmbito restrito da instituição promotora. (idem, 2006)

Relatado pelos autores, no terreno da formação de pessoal auxiliar, nos níveis elementar e técnico, a expectativa de implementação de um programa que objetivava alcançar a cobertura total da população no que concerne a atenção básica, suscitou a ampliação dos esforços voltados para a formação em massa de

pessoal auxiliar. Uma das respostas a estas expectativas foi a implantação do chamado Projeto Larga Escala. Seu desafio metodológico era um desenvolvimento que primasse pela integração ensino e serviço, atendendo a uma necessidade fundamental: proporcionar qualificação específica a uma significativa parcela da força de trabalho inserida nas instituições de saúde, não afastando os trabalhadores de suas atividades. Tinha com propósito possibilitar identidade profissional ao trabalhador por meio da construção sistematizada do conhecimento e de uma abordagem pedagógica crítico-reflexiva, tendo o compromisso da reorganização dos serviços de saúde, atrelada ao processo de formação de pessoal.

Dada a dimensão nacional do Programa, surge a necessidade de organização de um espaço estável e permanente de validação dos processos de capacitação. Assim nascem os Centros Formadores de Recursos Humanos/Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), com o objetivo de profissionalizar todos os trabalhadores de nível médio e elementar necessários ao processo de trabalho em saúde. (SÓRIO, 2002)

A maioria das escolas são de responsabilidade e vinculadas às secretarias estaduais de saúde dos seus respectivos Estados. Galvão *et al.*, 2006, afirmam que “as ETSUS sempre mantiveram sua atuação centrada na oferta da educação profissional para os trabalhadores da Saúde, no assessoramento aos órgãos governamentais em assuntos referentes à área de Recursos Humanos para o nível médio e elementar, na articulação com as prefeituras e secretarias municipais de saúde, na identificação de fontes de recursos, em alguns casos, geridos por fundações de apoio e no desenvolvimento de métodos, técnicas e currículos inovadores no campo de Educação Profissional em Saúde”. (p.61)

Nessa trajetória foram sendo mudados os conceitos de escola, aprender e ensinar. Os princípios desse Projeto são até hoje aplicados, como formação de pessoal em serviço, sem deslocá-los em tempo integral da rede de serviços em saúde; a utilização de instrutores e supervisores devidamente capacitados na função de docente; a adoção de conhecimento integrado com a realidade do serviço; o respeito aos vários ritmos de aprendizagem. Com isso procura-se formar profissionais de saúde não meramente adaptados ao existente, mas como indicam Ramos e Pereira

(2006), trata-se de “construir uma percepção crítica do profissional de nível médio que trabalha nos serviços de saúde”. (p. 52)

O Projeto Larga Escala se constitui numa referência histórica primorosa na educação profissional em saúde. Trouxe mudanças institucionais no país, e seus frutos, os Centros Formadores, continuam buscando e descobrindo novos caminhos para avançar. Ainda que pesem críticas pertinentes sobre sua concepção esse Projeto é aliado importante contra a naturalização das ações de saúde feitas por trabalhadores de nível médio e fundamental. (RAMOS & PEREIRA, 2006)

Por motivos afetos a interesses dos mantenedores de escolas de 2º Grau, especialistas da educação e educadores em geral, a Lei nº. 7.044/82 cessou a profissionalização compulsória do 2º Grau (SILVA, 2004). Através dessa lei se introduziu o conceito de preparação para o trabalho, que, como lembra o autor compõe uma proposta educacional que entende a necessidade de uma educação para a vida produtiva e responsável, para o exercício do trabalho, de modo que o educando contribua com “a manutenção de sua própria vida e da sociedade, sem, contudo, direcionar-se para uma ocupação específica” (Idem p. 179). Ele refere ainda “que novas demandas sociais, entretanto, virão exigir dos educadores e administradores dos sistemas de ensino respostas mais adequadas à realidade social, cultural, econômica e política do País” (Ibidem). Acrescenta o autor que a LDB nº. 9.394/96 sistematiza em seu corpo estas respostas e dedica capítulo especial à educação profissional.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde “marco histórico para a confirmação do SUS, apresentou especialmente um conjunto articulado de informações para a área de recursos humanos em saúde”. Esse tema espelhava as transformações e crises advindas das diversificadas e desarticuladas políticas de saúde e educação. Além disso, “configurava a crise econômica e social que se apoiava no setor saúde como importante gerador de empregos” (CAMPOS, PIERANTONI E MACHADO, 2006, p. 9). Segundo os autores, foram estabelecidas na 8ª Conferência, princípios e propostas para serem aprofundados na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS). Nesta conferência, informam os autores que o tema central, Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária, foi

desenvolvido em cinco temas, a saber, valorização profissional, preparação de recursos humanos, órgãos de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, organização dos trabalhadores de saúde e relação dos trabalhadores de saúde com usuários do serviço.

Na Constituição Federal de 1988 que estabelece a criação do SUS, no Título VIII, Capítulo II, Seção II da Saúde, segundo Cutolo, 2003, “encontramos no Artigo 200, inciso III, que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988). (p.50)

Com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), uma instrumentação legal para por em prática os princípios dispostos na Constituição Federal de 1988, fica enfatizada no artigo sexto, inciso III a responsabilidade do SUS na ordenação da formação profissional na saúde” (BRASIL, 1990). (idem, p.50)

A 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992, reafirma a necessidade de uma política de recursos humanos para o SUS, a definição de uma política de formação e capacitação de recursos humanos, além de apontar outras questões a respeito deste tema. Dizem os autores que em seu relatório final há um vasto conjunto de indicativos para a área de formação de recursos humanos. Eles destacam a criação da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos do Conselho Nacional de Saúde e a conformação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), que baliza a política de recursos humanos deste sistema.

A Lei 9394/96, sobre as Diretrizes e Bases da Educação, conhecida como Lei Darci Ribeiro, flexibilizava mudanças curriculares adotando o termo estratégias curriculares, potencializando a responsabilidade do processo educacional na transformação da sociedade. “Assim, torna-se fundamental a aproximação do SUS com o Sistema Formador, tanto quanto o Sistema de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, visando otimização dos recursos hoje dispersos em programas e atividades desalinhas”. (BRASIL, 2003, p.62)

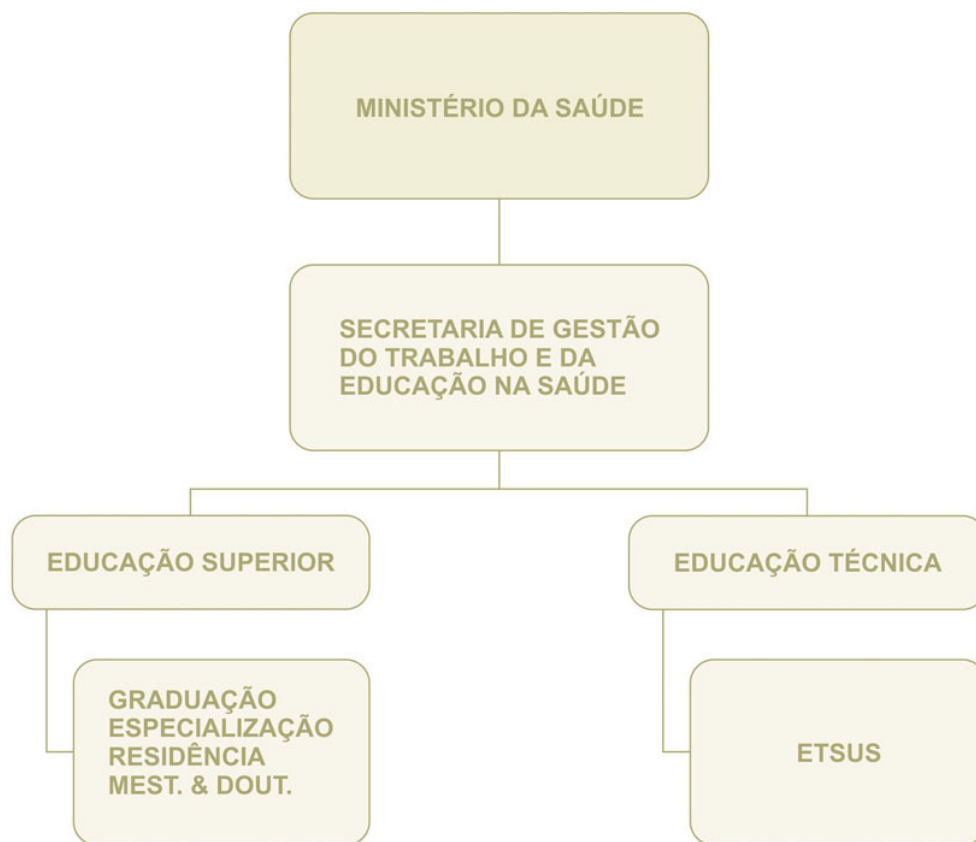
Campos *et al* (2006) relatam que com a criação e consolidação do PSF se buscou a reafirmação dos princípios do SUS. Para a capacitação de equipes para esse

programa o Ministério da Saúde implantou a partir de 1997 os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família. Estes Pólos constituíram um conjunto articulado de instituições voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos responsáveis pela implementação da Estratégia Saúde da Família. Integravam esses pólos Instituições de Ensino (IES) e Escolas de Saúde Pública das Secretarias Estaduais de Saúde. Em 2000, a avaliação da atuação dos mesmos mostrou alguns dilemas relacionados às diretrizes educacionais para a saúde e a institucionalização do ensino.

Campos, Pierantoni e Machado (2006) informam também que a 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, reafirma os princípios e as diretrizes da NOB/RH e recomenda a 3ª CNRH. Em 2003, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, reafirma a 3ª CNRH e a Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde. Para os autores, “a 3ª Conferência representa uma inflexão para o campo do trabalho e do trabalhador da área da saúde consolidando as ações da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, criada em 2003 [...]” (p. 12). “É colocado em pauta o papel do Ministério da Saúde na responsabilidade de formação de recursos humanos para atuação no Sistema Nacional de Saúde. Como o ministério estabelece os princípios, doutrinas e estratégia para as políticas públicas de saúde, é conseqüente que assuma as políticas educacionais na formação profissional que atua e atuará no sistema”. (CUTOLO, 2003, p.49)

Durante o congresso da Rede UNIDA em Londrina, Paraná, no primeiro semestre de 2003, o Ministério da Saúde apresentou um documento datado de maio daquele ano onde propunha um seminário sobre a proposta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para a política de educação na saúde. Neste documento encontramos as bases da criação dos Pólos de Educação Permanente (PEP) (CUTOLO, 2003).

Para um melhor entendimento do fluxo de relações, exponho a seguinte figura:



Fonte: Adaptado de Cutolo (2003)

Figura 3: Organograma Formação Profissional/ SUS

Cabe ao PEP, portanto, a tarefa de carregar iniciativas de mudança no modelo assistencial a partir das mudanças da formação de RH, mobilizando ações de formação e capacitação dos distintos atores da saúde (professores, trabalhadores, estudantes, gestores, usuários). Considerando as bases epidemiológicas e territoriais, enfatizando a formação em serviço, beneficiando, portanto, o fortalecimento da relação entre o Núcleo de Formação e o Núcleo de Trabalho. (CUTOLO, 2003, p.52)

Em fevereiro de 2004, através da Portaria nº. 198 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde “como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, [...]”. (CAMPOS *et al*, 2006 p. 43)

Atualmente a Política Nacional de Educação Permanente está definida pela Portaria GM/MS nº. 1996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre novas diretrizes e

estratégias para sua implementação. São duas as instâncias para sua condução, os Colegiados de Gestão Regional (de pactuação permanente e co-gestão), e, as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (intersetoriais e interinstitucionais). São reafirmados os princípios da EPS como orientadores da construção dos Planos Regionais de EPS.

Em 23 de julho de 2004, o Decreto nº. 5.154, assinado pelo Presidente Lula, veio mudar o ensino médio e a qualificação profissional. Segundo o documento as escolas têm autonomia para articular e até integrar os ensinos médio e técnico, conforme suas necessidades e objetivos. (RETSUS, 2004)

Com a Lei nº 11.741, de julho de 2008, ocorreu a reforma da LDB nº 9.394/96, especificamente em relação à Educação Profissional. Estabelece que a educação profissional técnica de nível médio será desenvolvida nas formas:

a. Articulada com o ensino médio

▪ Integrada – oferecida a quem concluiu o ensino fundamental, matrícula única na mesma instituição.

▪ Concomitante – oferecida a quem ingresse no ensino médio ou já o esteja cursando, matrículas distintas para cada curso, na mesma ou outra instituição.

b. Subseqüente

Oferecida a quem concluiu o ensino médio. (BRASIL, 2008)

É importante a qualificação, formação dos trabalhadores da área da saúde à medida que se ampliam os serviços. Para Pinheiro *et al.* (2003) o advento da tecnologia na saúde e a dinâmica sócio-econômica levam o processo de trabalho em saúde a sofrer “uma oscilação de movimentos e uma variedade de demandas nos serviços de saúde que surgem com as diferentes necessidades da população”. (p. 50)

Tendo o SUS a atribuição da ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde, seria importante dar mais atenção aos currículos dos cursos técnicos da área da saúde, para que haja consonância com o novo modelo de atenção que é a APS/Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família/ Vigilância à Saúde.

CAPÍTULO IV

A PESQUISA E SEUS RESULTADOS

Optei por uma abordagem qualitativa, porque segundo Triviños (2008), as características que Bogdan indica para a pesquisa qualitativa são:

- Tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave. Ressalta a importância do ambiente na configuração da personalidade, problemas e situações de existência do sujeito.
- É descritiva. As descrições dos fenômenos estão impregnadas dos significados que o ambiente lhes outorga e a interpretação dos resultados surge como a totalidade de uma especulação que tem como base a percepção de um fenômeno num contexto.
- O pesquisador está preocupado com o processo e não com os resultados e o produto. Aprecia o desenvolvimento do fenômeno não só em sua estrutura íntima, latente, inclusive não visível ou perceptível a simples observação ou reflexão, para descobrir suas relações e avançar no conhecimento de seus aspectos evolutivos, tratando de identificar as forças decisivas responsáveis por seu desenrolar característico.
- Tende a analisar seus dados indutivamente. O fenômeno tem sua própria realidade fora da consciência. Ele é real, concreto e, como tal, é estudado. O fenômeno social é explicado num processo dialético indutivo-dedutivo e compreendido em sua totalidade, inclusive, intuitivamente.
- O significado é a preocupação essencial. Sua atenção preferencial é pelos pressupostos que servem de fundamento à vida das pessoas. Busca as raízes dos significados que surgem de determinados pressupostos, as causas de sua existência, suas relações, num quadro amplo do sujeito como ser social e histórico, tratando de explicar e compreender o desenvolvimento da vida humana e de seus diferentes significados no devir dos diversos meios culturais.

Estas características relacionam-se com o objetivo da pesquisa, pois parte de uma questão paradigmática que é a do Técnico em Vigilância voltado para a regulação

(fiscalização do cumprimento de normas), ao Técnico em Vigilância que, fazendo parte de uma equipe, deve ter um olhar voltado à promoção da saúde, desenvolvendo nas pessoas uma reflexão crítica do por que fazer cumprir tais normas.

A construção deste “novo” profissional implica na reconstrução de um currículo do curso de formação, com ênfase na promoção da saúde. Para tanto, a pesquisa procedeu-se da maneira a seguir.

Foram sete os documentos analisados na pesquisa, sendo um documento técnico e seis documentos oficiais.

Segundo Ludke & André (1986) documentos técnicos podem ser: um relatório, um planejamento, um livro-texto, uma pesquisa. Para esta análise utilizei a Pesquisa “Atribuições do pessoal de nível médio que atua na área da vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental”.

Documentos oficiais podem ser: um decreto, um parecer, uma lei. Os seis documentos analisados foram a Lei n. 8080 - SUS; a Cartilha Educação Profissional: referenciais curriculares para o nível técnico, eixo profissional saúde, ambiente e segurança - MEC; Lei n. 13331 – Código de Saúde do Paraná; Decreto n. 181 – Prefeitura Municipal de Curitiba; Currículo do Curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental – CFRH; Currículo do Curso Técnico de Vigilância em Saúde – EPSJV.

Documento técnico:

1. Pesquisa: “Atribuições do pessoal de nível médio que atua na área da vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental” (NESCON, 2007).

Este documento foi selecionado, pois apresenta como objetivos:

- Identificar as atribuições dos trabalhadores de nível médio das áreas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância à saúde do trabalhador com a finalidade de subsidiar a definição de perfis de

competências profissionais - referenciais curriculares da formação técnica nesta(s) área(s).

- Conhecer o perfil de escolaridade, vínculo e experiência na área de vigilância, dos coordenadores dos serviços de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária, do Estado do Paraná.
- Conhecer o perfil de escolaridade, vínculo e experiência na área de vigilância, dos técnicos respondentes à pesquisa, dos serviços de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária do Estado do Paraná.
- Identificar as atividades exercidas pelos trabalhadores de nível médio que atuam nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de vigilância à saúde do trabalhador.
- Conhecer a opinião dos trabalhadores das áreas de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de vigilância à saúde do trabalhador com respeito às atividades que deveriam exercer na sua área de competência.

Documentos oficiais:

1. Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL,1990).

A Lei 8080 regula em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. À pesquisa foram analisados principalmente os capítulos que se referem a:

- Objetivos e atribuições do SUS;
- Princípios e diretrizes do SUS;
- Competência do SUS;
- Recursos humanos para o SUS.

2. Cartilha EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico, eixo profissional saúde, ambiente e segurança / Ministério da Educação (BRASIL, 2000).

Os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional objetivam oferecer subsídios à formulação de propostas curriculares para o nível técnico. Foram desenvolvidos para aproximar a prática escolar às orientações expressas nas Diretrizes Curriculares para a Educação Profissional de Nível Técnico na área de Saúde.

3. Lei nº 13331, de 23 de novembro de 2001 - Código de Saúde do Paraná. Dispõe sobre a organização, regulamentação, fiscalização e controle das ações dos serviços de saúde no Estado do Paraná (PARANÁ, 2001).

Esta lei possibilita ao Estado dentro de sua competência, prover as condições indispensáveis ao exercício do direito de saúde garantido a todo o cidadão, respeitando a Constituição da República. Trata da política de saúde, dos planos de saúde, da competência do Estado, do Município, da participação complementar, da comunidade, do financiamento, do fundo de saúde, dos **recursos humanos**, da **promoção**, proteção e recuperação da saúde, da informação, da saúde ambiental, da saúde do trabalho, do sangue e hemoderivados, da **vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental**, das infrações sanitárias, do procedimento administrativo e das sanções.

4. Decreto nº.181 da Prefeitura Municipal de Curitiba. Aprova especificações, atribuições, tarefas típicas, requisitos e demais características da Administração Direta da Municipalidade de Curitiba (CURITIBA, 1995).

O Decreto faz a descrição de cargos, onde constam:

- Cargo.
- Carga horária de trabalho.
- Sumário das atribuições.
- Tarefas típicas.
- Escolaridade.

5. Currículo do Curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha/ ETSUS – PR (PARANÁ, 1995).

6. Currículo do Curso Técnico de Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ. (RIO DE JANEIRO, 2008)

Este documento descreve e contextualiza a proposta do Curso Técnico de Vigilância em Saúde, para a Escola Politécnica Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, implantada no ano de 2008. Por se tratar de um currículo elaborado muito recentemente, pelo corpo técnico do Laboratório de Vigilância à Saúde desta instituição, busquei a articulação das práticas curriculares com a promoção à saúde.

Os documentos constituem fonte rica e estável de dados e algumas pesquisas elaboradas a partir de documentos são importantes não porque respondem definitivamente a um problema, mas porque proporcionam melhor visão desse problema ou, então, hipóteses que conduzem à sua verificação por outros meios (GIL, 1991).

A partir de Olabuénaga e Ispiuza (1989) que falam sobre blocos de informação ao tratar sobre análise de conteúdo, Cutolo em Santos (2005), adapta esses blocos da seguinte forma:

- Conteúdo propriamente dito (do que se trata, o que aborda o texto);
- Autor institucional (características do emissor);
- A quem se destina (a quem interessa, a quem legisla, a quem se aplica);
- Como se veicula (como se torna acessível e conhecido);
- Qual o conteúdo explícito do texto (sentido manifesto);
- Qual o conteúdo simbólico do texto (significados, valores, ideologia);
- Em que ou em quem se baseia conceitualmente (fundamentação teórica).

Constituem passos de um roteiro utilizado na realização da análise do conteúdo dos documentos selecionados (Apêndice).

A análise documental verifica o teor e o conteúdo do material selecionado.

Consiste em um estudo descritivo, o qual propicia ao investigador a possibilidade de reunir diversas informações sobre o assunto a ser pesquisado. (TRIVIÑOS, 2008)

Há três etapas básicas no trabalho com a análise de conteúdo: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial. (TRIVIÑOS, 2008; MINAYO, 1993)

A **fase pré-análise** ou **leitura flutuante** consiste na organização do material, através de uma leitura flutuante do material, que permitirá ao investigador formular os objetivos gerais da pesquisa, as hipóteses amplas da mesma e determinar o *corpus* da investigação (TRIVIÑOS, 2008).

Significa ler e reler os documentos selecionados, decifrar termos desconhecidos, tirando dúvidas, buscando entender o contexto.

Minayo (1993) afirma que a pré-análise consiste na escolha dos documentos a serem analisados, e pode ser decomposta nas seguintes tarefas: a. leitura flutuante com o objetivo de obter um contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo conteúdo; b. constituição do *corpus* com o objetivo de organizar o material para responder a algumas normas de validade como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; c. determinação das palavras-chaves, formas de categorização, modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

Após o entendimento do conjunto dos documentos, passei à próxima fase.

Na **fase de descrição analítica**, o material é submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Os procedimentos como a codificação, a classificação e a categorização são básicos nesta instância do estudo. (TRIVIÑOS, 2008)

A definição dos documentos a serem submetidos à análise denomina-se *corpus*. As principais regras para constituição do *corpus* são (MINAYO, 1993):

- a) Regra da exaustividade, a qual afirma que todos os documentos relativos ao assunto pesquisado, devem ser considerados;
- b) Regra da representatividade: é necessário trabalhar com amostra dependendo da quantidade de documentos produzidos relacionados ao assunto escolhido;
- c) Regra da Homogeneidade: os documentos escolhidos devem ser da mesma natureza, gênero e se reportarem ao mesmo assunto;
- d) Regra da pertinência: os documentos devem ser adequados aos objetivos da pesquisa em todos os aspectos: objeto de estudo, período de análise e procedimentos.

Minayo (1993) denomina a segunda fase como **exploração do material**, e afirma que esta consiste essencialmente na operação de codificação. Bardin *apud* Minayo, 1993 relata que nesta fase realiza-se a transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto.

A **fase de interpretação inferencial** consiste na última parte da análise, que alcança a maior intensidade, pois o pesquisador deve estar baseado nos dados obtidos a partir das etapas anteriores, fazer uma reflexão profunda, intuitiva, que permita estabelecer relações e gerar propostas transformadoras (MINAYO, 1993; TRIVIÑOS, 2008).

Através da análise de conteúdo, busquei nos documentos sentidos, expressões, palavras que tinham significado para a minha pesquisa.

Para que se tenha uma visão geral, mais espectral dos documentos, proponho um quadro descrito de acordo com a intensidade de conteúdos encontrados nas análises. Assumo que expressei um critério subjetivo que mais se relaciona com a densidade conceitual, do que, propriamente, com a quantidade de presença da categoria. Veja Quadro 2:

DOCUMENTOS		D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
CATEGORIAS	Promoção da Saúde	+	++	+++	++	+	+	+++
	Proteção da Saúde	+	+	++	+	0	0	+
	Prevenção das Doenças	+++	+++	+++	+++	+++	++	+
	Determinação Social	0	+	+	0	0	0	+++
	Transformação da Realidade Sócio-sanitária	0	0	+	0	0	0	+++
	Território	+	0	+	0	+	0	+++
	Interdisciplinaridade	0	0	0	0	0	0	++
	Ciências Humanas	0	0	+	0	0	+	++
	Ciências da Natureza	0	0	+	0	0	+	++
	Epidemiologia	++	+	+	0	0	+	++
	Gestão em Saúde	0	+++	+	0	0	0	++
	Tomada de Decisão	0	0	0	0	0	0	+
	SUS	0	+	+	0	0	0	++
	Papel do Téc. VISAU na Equipe e Comunidade	++	0	+	0	+	0	++
	Mudanças nas Práticas Educativas de Saúde	0	0	+	0	0	0	+
	Trabalho, Processo de Trabalho e Trabalho em Equipe	+	0	++	+	0	0	++
	Comunicação em Saúde	0	0	+	0	0	0	+
	Ética	0	0	+	0	0	0	+
	Vig. em Saúde – Mudança de Modelo Assistencial	0	0	+	0	0	0	+
	Inspeção Sanitária	+++	0	++	+++	++	+	+

LEGENDA	
ausência	0
intensidade fraca	+
intensidade moderada	++
intensidade alta	+++

D1	Documento 1: Pesquisa "Atribuições do pessoal de nível médio que atua na área da vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental".	D2	Documento 2: Lei 8080.
D3	Documento 3: Cartilha EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico, eixo profissional saúde, ambiente e segurança.	D4	Documento 4: Lei 13331 Código de Saúde do Paraná.
D5	Documento 5: Decreto 181 da Prefeitura Municipal de Curitiba.	D6	Documento 6: Currículo do Curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha/ ETSUS PR.
D7	Documento 7: Currículo do Curso Técnico de Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ.		

Quadro 2: Intensidade da presença das categorias relacionadas ao conteúdo

Essa visualização de intensidades me permitiu colher uma amostra intencional de dois documentos que considero estratégicos e instrumentais.

Constatei que o documento 7 (D7): Currículo do Curso Técnico de Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ, tem maior intensidade temática, conforme demonstrado no Quadro 1, trazendo uma contribuição mais direta ao meu objeto de pesquisa.

O Currículo da FIOCRUZ foi escolhido, pois é um documento cujas categorias têm maiores fortalezas, existem mais repetições de intensidades nas mesmas e contribuirá por seus princípios de conteúdos paradigmáticos que têm maior relação com o meu problema de pesquisa.

O documento 3 (D3): Cartilha EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico, eixo profissional saúde, ambiente e segurança/ Ministério da Educação, também é importante para a pesquisa, pois traz referenciais sobre as diretrizes curriculares à formação dos profissionais de nível técnico da área da saúde.

A Cartilha EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, não tanto pelas fortalezas ou pela intensidade das categorias como constatado no D7, mas por ser um documento que tem como objetivo oferecer subsídios à formulação de propostas curriculares para o nível técnico e contribuirá por seus princípios normativos e pedagógicos que darão uma diretriz educacional.

O bloco de categorias e subcategorias relacionadas ao conteúdo estão dispostas no Quadro 3:

- 1 Promoção da Saúde
 - a Educação em Saúde
 - b Empoderamento
 - c Intersetorialidade
- 2 Proteção da Saúde
- 3 Prevenção das Doenças
- 4 Determinação Social
- 5 Transformação da realidade sócio-sanitária
- 6 Território
- 7 Interdisciplinaridade
- 8 Ciências Humanas
- 9 Ciências da Natureza
- 10 Epidemiologia
- 11 Gestão em Saúde
- 12 Tomada de decisão
- 13 SUS
- 14 Papel do Técnico VISAU na equipe e comunidade
- 15 Mudanças nas práticas educativas de saúde
- 16 Trabalho, processo de trabalho e trabalho em equipe
- 17 Comunicação em Saúde
- 18 Ética
- 19 Vigilância em saúde-mudança de modelo assistencial
- 20 Inspeção Sanitária

Quadro 3 - Bloco de categorias e subcategorias relacionadas ao conteúdo

4.1 Bloco de categorias e subcategorias relacionadas ao conteúdo

4.1.1 Promoção da Saúde

A definição mais amplamente consagrada após a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde – em Ottawa, no ano de 1986, sobre a promoção da saúde é: Promoção da saúde é o processo que confere às populações os meios de assegurar um grande controle sobre sua própria saúde.

A categoria promoção da saúde foi analisada buscando a relação entre conceito e discurso do documento.

O D3 aponta alguns eixos da promoção da saúde encontrados na Carta de Ottawa:

[...] ações de reintegração e inclusão social, da organização social, da importância terapêutica da recreação, do lazer e do esporte e no objetivo comum da melhoria da qualidade de vida nas coletividades. (p.10)

O uso do conhecimento epidemiológico, a tecnologia da informação e o monitoramento permanente e qualificado dos clientes/pacientes podem ser aspectos de um novo modelo de atenção voltado para a qualidade de vida, em que as políticas de Saúde visarão à promoção da saúde, [...] (p.13)

O reconhecimento da integralidade como um princípio ou diretriz [...] mediante a promoção, [...], deve ser difundido como uma nova cultura da saúde na educação profissional. (p.13)

A diversificação dos campos de atuação dos profissionais de saúde hoje, com a dessetorização de suas práticas, na medida em que envolvam modelos de atenção voltados à qualidade de vida, exige dos trabalhadores uma visão ampliada de Saúde. (p.21)

Atuar como agente de saúde, informando e orientando o cliente/comunidade sobre hábitos e medidas geradoras de melhores condições de vida, ajudando-os a adquirir autonomia na manutenção da própria saúde. (p.30)

Entretanto, ao descrever as matrizes de referência em 5 funções, sendo elas:

1. Apoio diagnóstico;
2. Educação para a saúde;

3. Proteção e Prevenção;
4. Recuperação/reabilitação;
5. Gestão em saúde. (p.21-22)

A Função 3 – Proteção e Prevenção traz como subfunções:

1. Promoção da saúde e segurança no trabalho.
2. Promoção da biossegurança nas ações de saúde. (p.31)

O enfoque da promoção da saúde é o de procurar identificar e enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, e buscar transformá-los favoravelmente na direção da saúde. A prevenção das doenças busca que os indivíduos fiquem isentos das mesmas.

Isso revela uma contradição, pois no documento a promoção da saúde está vinculada à área de proteção e prevenção, bem como as competências das duas subfunções descritas, referem-se a prevenir e realizar ações eficazes de prevenção e controle de riscos e danos.

Já o D7, enfatiza a promoção da saúde como fundamental na construção do currículo do Curso Técnico de Vigilância em Saúde para uma formação qualificada, nas dimensões política e técnica, conforme unidades de registro:

Ao concluir o curso, o aluno será habilitado como técnico em vigilância em saúde, estando apto a desenvolver diferentes ações de promoção da saúde [...] (p.28)

O técnico de Vigilância em saúde é parte do conjunto dos trabalhadores do SUS, que desenvolvem ações de promoção e proteção à saúde, [...] (p.28)

Essas informações sistematizadas vão orientar a equipe de saúde, os gestores e a população a encontrar, juntos, soluções adequadas que possam melhorar as condições de vida e a saúde local. (p.36)

Módulos Temáticos M7 – Promover saúde no espaço local.

Temas – 1. Política de Promoção da Saúde.

2. Desenvolvimento local integrado e sustentável; Municípios/comunidades saudáveis, Escolas promotoras da saúde e Ambientes de trabalho saudáveis.

3. Redes sociais e Movimentos sociais.

Conceitos – 1. Promoção, intersetorialidade, empoderamento;

2. Desenvolvimento, sustentabilidade, integração local/global;

3. Redes, participação, comunidade, subjetividade. (p.51)

Ao planejar ações de promoção da saúde, o Técnico de VISAU precisa partir do conceito de determinação social do processo saúde-doença. Este conceito deve permear todo o currículo do curso.

4.1.1 a) Educação em Saúde

A Educação em Saúde é uma subcategoria da Promoção da Saúde. Esta prática promoverá saúde se tiver como objetivo central o empoderamento individual ou coletivo na busca da melhoria das condições de vida. Caso o objetivo seja a prevenção de doenças, passa a ser considerada educação sanitária.

Em ambos os documentos a referência Educação em Saúde visando o empoderamento individual ou da comunidade é claramente descrita nas unidades de registro a seguir:

No D3:

A área de Saúde ocupa-se de cuidados integrais de saúde [...], educação para a saúde [...] (p.9)

FUNÇÃO 2 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

[...] todas as ações em saúde se constituam num espaço para a educação do cliente rumo à autogestão da sua saúde. (p.23)

[...] os técnicos de nível médio, deverão ter bem clara sua função de “educadores para a saúde”, já que essa é uma alternativa imprescindível para a reversão do quadro da saúde no Brasil. (p.23)

FUNÇÃO 2 – EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

SUBFUNÇÃO 2.1. EDUCAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO

COMPETÊNCIAS:

[...] promover ações de saúde entre cliente/comunidade. (p.29)

No D7:

[...] bem como ser capaz de produzir conhecimento com a população.
(p.28)

M8 – Saberes e práticas para produção social da saúde.

Temas – 1. Educação, saberes e práticas.

Conceitos – 1. [...] saber popular, educação em saúde, educação popular.

Disciplinas e Conteúdos:

-Modelos assistenciais.

-Políticas de Saúde: promoção da saúde

-Educação em Saúde (p.51)

A educação em saúde pretendida como ação à promoção da saúde vem da prática pedagógica participativa, construtivista, problematizadora, instrumentalizando o indivíduo e a sociedade para intervir na realidade, melhorando a qualidade de vida.

4.1.1 b) Empoderamento

A segunda subcategoria da Promoção da Saúde é o Empoderamento. Refere-se à capacidade das pessoas de tomarem decisões e agirem de forma individual ou coletiva.

Segundo Cerqueira (1997 *apud* Wendhausen & Saupe, 2007), empoderamento individual está relacionado com a confiança em si mesmo e alcance de objetivos pessoais, já o empoderamento coletivo, refere-se às características de organização social, de aliança e contatos entre grupos, de influência política, de maneira a conseguir atingir objetivos de interesse do grupo ou comunidade.

O D3 explicita que o Técnico desenvolverá competências e habilidades no sentido de promover a organização social:

COMPETÊNCIAS:

[...] promover a organização social [...].

Identificar as organizações sociais existentes na comunidade, (p.29)

HABILIDADES

Utilizar estratégias que estimulem a organização social. (p.30)

No D7 além de promover a organização social, faz referências a emancipação e autonomia individual e coletiva:

[...] sendo pautada pelo compromisso ético-político e pela responsabilidade social com a emancipação da sociedade. (p.28)

Temas –

2. Participação, autonomia e emancipação. (p.51)

Conceitos –

1. Participação social, autonomia, emancipação, ator social, sujeito. (p.51)

Competências , Habilidades e Atitudes:

[...] participar e promover a organização/participação social (de coletivos);

[...] (p.53)

Os profissionais de saúde sendo um deles o Técnico de VISAU, ao desenvolverem ações de promoção da saúde, estarão reforçando a ação comunitária e o desenvolvimento de atitudes pessoais, ou seja, o empoderamento individual e/ou coletivo.

4.1.1 c) Intersetorialidade

Outra subcategoria da Promoção da Saúde encontrada foi a Intersetorialidade, que é um dos princípios da Atenção Primária da Saúde.

Segundo Costa, Pontes & Rocha (2006), promover a saúde significa desenvolver estratégias de incentivo e aprimoramento de práticas integrais nas quais a construção e o fortalecimento de ações intersetoriais assumem importância fundamental.

No D3 uma única unidade de registro referente a intersectorialidade foi encontrada:

Depreende-se disso que as ações da área possuem um enfoque setorial e outro intersectorial. (p.9)

Na ótica da promoção da saúde o D7 deixa claro a importância da intersectorialidade:

[...] atuação profissional para intervir de forma resolutive e continuada – interdisciplinar e intersectorial. (p.30)

Habilidades:

- a. Reconhecer o conceito de interdisciplinaridade e intersectorialidade como sendo fundamentais para o seu processo de trabalho;
 - b. Identificar e estabelecer relações com os diversos setores, instituições, atores e recursos necessários para implementação de ações;
 - c. Estabelecer estratégias interinstitucionais para solucionar problemas;
- (p.54)

Considerando o conceito da determinação social no processo saúde-doença a atuação dos serviços de saúde e de seus profissionais torna-se mais efetiva se realizada em conjunto com outros setores ou partes desses e com equipamentos sociais da sua área de abrangência, tendo em vista resultados mais efetivos no enfrentamento dos seus determinantes.

Devido à complexidade do sentido ampliado de saúde, ou seja, do conceito de saúde descrito na Constituição, torna-se impossível que as ações voltadas à promoção da saúde sejam realizadas somente pelos profissionais da área da saúde. É preciso desenvolver ações intersectoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde.

4.1.2 Proteção da Saúde

A categoria Proteção da Saúde refere-se modo de ver a saúde-doença de forma multicausal, com seus condicionantes ecológicos-ambientais, assim como a

prevenção de doenças. A diferença é que a proteção age no indivíduo, e a prevenção no meio.

As ações de saúde voltadas para a Proteção da Saúde e prevenção de doenças partem de uma concepção saúde-doença multicausal, higienista e preventivista.

Sendo a integralidade o principal eixo da Atenção Primária da Saúde, cujo sentido nuclear é o reconhecimento da necessidade do outro, as ações integradas da saúde articulam além da proteção e prevenção, ações de recuperação e reabilitação, cuja concepção saúde-doença é biológica e unicausal, até ações de promoção da saúde na concepção da determinação social das doenças.

O D3 enfatiza a proteção como uma das ações integradas da saúde:

A área de Saúde ocupa-se de cuidados integrais de saúde [...], educação para a saúde, proteção [...] (p.9)

O reconhecimento da integralidade como um princípio ou diretriz que contemple as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença mediante a promoção, proteção, [...] (p.13)

Proteção e Prevenção: conjunto de ações que objetivam proteger e preservar a saúde, [...] (p.22)

Vigilância Sanitária ocupa-se de ações capazes de [...] objetivando a proteção da saúde da população em geral, [...] (p.205)

A integralidade também está contemplada no D7, incluindo nelas a ação de proteção da saúde:

Ao concluir o curso, o aluno será habilitado como técnico em vigilância em saúde, estando apto a desenvolver diferentes ações de promoção da saúde e de proteção [...] (p.28)

O técnico de Vigilância em saúde é parte do conjunto dos trabalhadores do SUS, que desenvolvem ações de promoção e proteção à saúde, [...] (p.28)

Competências relativas à visão integral da saúde e da vigilância em saúde:

4. Desenvolver ações e estratégias de promoção, proteção [...] (p.54)

Os documentos esclarecem que faz parte das competências do Técnico de VISAU realizar ações de proteção da saúde.

4.1.3 Prevenção das Doenças

As ações de prevenção pretendem evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência, através de informações epidemiológicas. Estruturam-se através de projetos de educação sanitária, com divulgação de informação científica e recomendações normativas de mudanças de hábitos. (CZERESNIA, 2003)

Partem do conceito de multicausalidade do processo saúde-doença.

Ao referir-se à área de saúde ou à saúde propriamente dita, o D3 descreve a prevenção das doenças enquanto uma das ações integradas:

A área de Saúde ocupa-se de cuidados integrais de saúde [...], educação para a saúde, proteção e prevenção [...]. (p.9)

“a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”. (§ 3º do Art. 2º da Lei nº 8.080)¹. (p.11)

O uso do conhecimento epidemiológico, a tecnologia da informação e o monitoramento permanente e qualificado dos clientes/pacientes podem ser aspectos de um novo modelo de atenção voltado para a qualidade de vida, em que as políticas de Saúde visarão à promoção da saúde, à prevenção das doenças, [...]. (p.13)

Proteção e Prevenção: conjunto de ações que objetivam proteger e preservar a saúde, [...]. (p.22)

Já ao referir-se às competências do trabalhador técnico da vigilância, reforça uma concepção saúde-doença multicausal, higienista e preventivista:

COMPETÊNCIAS:

Identificar e promover ações que visem à prevenção e controle de doenças infecto-contagiosas e/ou crônicas. (p.29)

A vigilância sanitária ocupa-se de ações capazes de prevenir, diminuir ou eliminar riscos para a saúde. (p.205)

Identificação e avaliação de riscos à saúde. (p.209)

Percebi no D7 que a intenção das ações de saúde estão voltadas à integralidade, uma vez que as articula com a promoção e a proteção da saúde:

Ao concluir o curso, o aluno será habilitado como técnico em vigilância em saúde, estando apto a desenvolver diferentes ações de promoção da saúde e de proteção e prevenção de agravos e doenças. (p.28)

Ressalto a necessidade de mudança dos currículos dos cursos técnicos, a fim de que os alunos reconheçam além dos condicionantes das doenças (meio ecológico-ambiental), os determinantes das doenças (forma de organização da sociedade) potencializando as ações integradas de saúde, para intervir na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

4.1.4 Determinação Social

A categoria determinação social explica que a doença é determinada pela história, cultura, organização social e familiar, informação, renda, trabalho, paz, transporte, posse de terra, habitação, lazer, etc. e tem como ação correlata a promoção da saúde, ou seja, quando pensamos em promoção da saúde, estamos pensando em determinantes sociais.

A importância de se conhecer a determinação social dá-se porque toda ação em saúde é secundária a uma concepção de saúde. Sendo assim, a visão da

determinação social do processo saúde-doença tem como ação conseqüente a promoção da saúde.

Encontrei no D7 uma presença com alta intensidade desta categoria e no D3 apenas uma unidade de registro ao citar um trecho da Lei 8080:

“a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”. (§ 3º do Art. 2º da Lei nº 8.080)¹. (D3, p.11)

Espera-se que o profissional seja capaz de compreender a complexa rede de determinantes sociais da saúde, [...] (D7, p.28)

[...] compreender como as populações vivem, adoecem e morrem em determinados lugares e situações. (D7, p.28)

Processo de Trabalho do Técnico de VISAU:

Deve ser integrado e integrador de diferentes práticas de saúde e estar voltado para a dimensão coletiva da saúde-doença-cuidado, entendendo o coletivo não como resultado da soma dos indivíduos de uma comunidade, mas como materialidade histórica e expressão social da existência humana que, em contextos e situações singulares, expressa nas formas de levar a vida potencialidades, necessidades e problemas de saúde. (D7, p.28-29)

Deve possibilitar ao aluno uma articulação mais complexa de conhecimentos para ampliar seu olhar sobre a realidade e os serviços, [...] (D7, p.31)

[...], ferramenta importante que ajuda na compreensão da distribuição de doenças, agravos, fatores de risco e determinantes sociais num território. (D7, p.41)

[...], desvelando potencialidades, problemas e necessidades, através de análises da situação de saúde e condições de vida. (D7, p.45)

¹ Citação literal da Lei nº 8.080 no D3

M5 – As ferramentas de trabalho do VISAU – análise da situação de saúde e condições de vida.

1.Desigualdades e determinantes sociais em saúde. (D7, p.50)

[...]; entender a complexidade da saúde/doença/cuidado como síntese de múltiplas determinações. (D7, p.53)

Competências Relativas à Visão Integral da Saúde e da Vigilância em Saúde:

Habilidades:

2.a. Compreender que os processos de adoecimento na comunidade são determinados socialmente por diferentes agentes e situações.

Note-se aqui, na unidade de registro acima citada, uma contradição no que se refere aos agentes determinantes dos processos de adoecimento. Agentes são considerados na concepção saúde-doença multicausal (prevenção) e não na determinação social (promoção).

2.b. Entender e operacionalizar os conceitos de problemas e agravos, para além das doenças.

2.d. Identificar os fatores determinantes e condicionantes sociais da saúde. (D7, p.53-54)

Muitos dos problemas identificados na população nem sempre são doenças ou agravos, objetos típicos da ação no setor saúde, mas problemas ambientais, como a ausência de saneamento; sociais, como a deficiência da escola, a violência entre os jovens, a falta de emprego e alternativa de renda, a indisponibilidade de áreas de lazer e de acesso à cultura, o transporte insuficiente, as condições inadequadas de moradia; ou um contexto econômico-cultural de vulnerabilidade, como o consumo excessivo de carboidratos e gorduras. Diversos e complexos problemas podem ser considerados determinantes ou condicionantes de variadas doenças e agravos. (BATISTELLA, 2007)

Para tanto, os alunos deverão compreender que toda a ação em saúde está relacionada com a determinação social, o condicionamento ecológico-ambiental, o desencadeador biológico e a integralidade como concepção saúde-doença que engendra as concepções anteriores.

4.1.5 Transformação da realidade sócio-sanitária

A categoria Transformação da realidade sócio-sanitária foi registrada uma vez que, para fazer frente aos desafios da problemática de saúde, com seus determinantes e condicionantes, ações integradas e estratégicas, de natureza intra e intersetorial são fundamentais para se atingir a integralidade.

[...] pelo reconhecimento do homem como agente e paciente de transformações por ele produzidas no meio, [...] (D3, p.10)

[...] identificação de possibilidades de intervenção visando à preservação da vida e do ambiente natural. (D3, p.10)

Espera-se que o profissional seja capaz de agir, de modo autônomo, criativo e estratégico para transformar a realidade sócio-sanitária [...] (D7, p.28)

[...] tendo como objetivos finalísticos propiciar ao aluno [...], intervir sobre a realidade [...] (D7, p.31)

M10 – Agir em saúde: estratégias e ações

HABILIDADES:

3.b. Compreender os problemas e necessidades da população de sua área de atuação, para desenvolver ações eficazes, eficientes e resolutivas. (D7, p.52)

Esta categoria ressalta que o Técnico é um ator estratégico do SUS para a mudança das práticas sanitárias pretendidas pela pesquisa, ou seja, a mudança paradigmática da regulação para a promoção da saúde.

4.1.6 Território

Território é a área de atuação da Estratégia Saúde da Família, é a base da organização do processo de trabalho e tem as seguintes características: sempre possui limites que podem ser político-administrativos; contém as relações entre seus habitantes; é uma construção social em permanente mudança; é relativamente

homogêneo internamente, com uma identidade, que vai depender da história de sua construção; e o mais importante, ele é portador de poder. Nele se constroem e se exercitam os poderes de atuação tanto do governo como de seus habitantes. (MONKEN & BARCELLOS, 2007)

Nos documentos analisados, encontrei as seguintes unidades de registro:

“A mudança dos modelos requer também a identificação de espaços sociais onde se realizam hoje as práticas de Saúde [...]” (D3, p.14)

“[...] é imprescindível reconhecer outros espaços de atuação, como as escolas, as creches, o domicílio, a comunidade, os locais de trabalho.” (D3, p.15)

Espera-se que o profissional seja capaz de agir, de modo autônomo, criativo e estratégico para transformar a realidade sócio-sanitária no território de sua atuação. (D7, p.28)

[...] para reconhecer as condições de vida e a situação de saúde das populações de territórios delimitados em sua área de atuação. (D7, p.29)

[...] a partir das situações observadas em seu território população. (D7, p.31)

Eles se iniciam a partir do entendimento das condições de vida e da situação de saúde de um determinado território. (D7, p.35)

[...] diagnóstico do lugar onde trabalham ou de atuação do SUS – reconheçam o território e a população de sua área [...]. (D7, p.35)

[...] tem como objetivo elaborar um diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde da população de sua área de atuação [...] – uma forma de conhecer e reconhecer o território e a população que estão sob os cuidados da equipe de saúde local. (D7, p.36)

[...] aguçar o olhar do aluno sobre a realidade [...]. (D7, p.37)

M1 – Território, sujeito e sociedade.

Temas: Homem e natureza. Produção social do território.

Conceitos/categorias:

1.Espaço, natureza, ambiente, lugar, território, habitat, população, sociedade.

Bases epistemológicas: geografia, [...] (D7, p.49)

Trabalho de Campo: Identificação de situações de vulnerabilidade e risco no território. Mapeamento das áreas vulneráveis. (D7, p.50)

M6 – Produzindo informações, desvelando o território.

Temas: 3. Utilizando mapas

1.O geoprocessamento e os sistemas de informação geográfica.

Conceitos: 3. Mapa, longitude, latitude, ponto, área e linhas.

Bases epistemológicas: Geografia, demografia. (D7, p.51)

M9 – Espaço e método para o trabalho da VISAU.

Temas: 2. Selecionando necessidades e problemas no território. (D7, p.53)

COMPETÊNCIAS:

3.Elaborar diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida no nível local.

HABILIDADES:

a.Identificar atores institucionais; tipos de população; moradia, serviços e infra-estrutura, recursos naturais e demais informações necessárias para conhecer onde desenvolve suas ações. (D7, p.54)

A categoria indica que o Técnico de VISAU, ao contextualizar a determinação social e o condicionamento ecológico ambiental de uma população e de um território, identifica os problemas e as necessidades de intervenção, atenção e cuidados.

Pela intensidade dos registros desta categoria encontrados em ambos os textos, fica marcada a necessidade do reconhecimento do território de atuação do Técnico de VISAU como primeira ferramenta de trabalho.

Então, discutir ações a partir da realidade local, aprender a olhar o território e identificar prioridades assumindo o compromisso efetivo com a saúde da população, significa desempenhar ações de promoção da saúde.

A importância do Técnico de Vigilância em Saúde trabalhar território é que a lógica do modelo de atenção à saúde do Brasil hoje, é a lógica do território, sendo assim, a Estratégia Saúde da Família parte do território (saúde comunitária) e não do indivíduo ou da família.

4.1.7 Interdisciplinaridade

Interdisciplinaridade é a relação articulada entre as diferentes profissões da saúde e está associada à promoção da saúde, uma vez que se caracteriza pela possibilidade do trabalho conjunto na busca de soluções, respeitando-se as bases disciplinares, dos problemas de saúde da população, levando em consideração os seus determinantes e condicionantes.

Esta categoria foi encontrada apenas no D7:

Para tanto, deve dominar as bases técnicas e científicas que informam a área da vigilância – intrinsecamente interdisciplinar [...] (p.28)

[...] configurando um trabalho parcelar no interior do processo de trabalho em saúde. (p.28)

[...] para entender e se fazer entender junto a uma equipe de saúde multidisciplinar e a população. (p.29)

[...] para intervir de forma resolutiva e continuada – interdisciplinar e intersetorial. (p.30)

[...] vão requerer para sua apreensão, abordagens complexas, interdisciplinares e contínuas dos contextos, [...] (p.45)

Numa intervenção interdisciplinar, há uma base comum que permite aos diversos profissionais articular seus diferentes saberes para olhar e solucionar problemas.

Sabendo que são múltiplos os determinantes do processo saúde/doença, a atuação sobre eles não pode ficar restrita a uma categoria profissional e nem somente ao setor sanitário.

Assim, entendendo que o Técnico de VISAU desenvolverá os conhecimentos teóricos e práticos, como por exemplo, de gestão, planejamento estratégico situacional, epidemiologia, território, educação em saúde e de comunicação. Será capaz de entender e se fazer entender junto à equipe de saúde da família e a população da sua área de atuação, para que tomem decisões e desenvolvam ações que visem transformar a realidade sócio-sanitária do território.

4.1.8 Ciências Humanas

Nas Ciências Humanas, especialmente nos estudos de Sociologia, Antropologia, Psicologia e Filosofia, a área da saúde encontra os recursos cognitivos e socioafetivos que criarão a base ética, política e social do trabalho em Saúde e inclusive, a base teórica para se entender a determinação social do processo saúde-doença.

As seguintes unidades de registro foram encontradas no D3:

Nas Ciências Humanas, especialmente nos estudos de Sociologia, Antropologia, Psicologia e Filosofia, [...]. (p.9)

A subárea de Vigilância Sanitária herda das Ciências Humanas (Sociologia, Antropologia, Psicologia e Filosofia) [...]. (p.207)

O D7 além de trazer as ciências como bases epistemológicas, traduz de que maneiras o aluno poderá aplicar os conhecimentos adquiridos:

[...] definindo sua atuação pelo respeito, reconhecimento e diálogo com as diferenças culturais, [...]. (p.28)

[...] quando se busca caracterizar as condições de vida e saúde, a história do lugar, sua cultura, seus problemas [...]. (p.45)

Essas novas formas expressivas podem potencializar e favorecer as singularidades culturais de grupos e movimentos sociais [...]. (p.46)

M1 – Território, sujeito e sociedade.

Bases epistemológicas: ecologia, sociologia, filosofia, antropologia, cartografia, economia. (p.49)

O Técnico precisa estabelecer vínculos sociais com a comunidade e suas formas culturais, visando a troca de saberes populares e científicos, o fortalecimento técnico e o amadurecimento político a partir do reconhecimento da história, dos problemas e das próprias potencialidades do território.

4.1.9 Ciências da Natureza

A área de Saúde está diretamente ligada às Ciências da Natureza, da educação geral, nas quais encontra suas bases científicas, pelos estudos de Biologia, Anatomia e Fisiologia Humanas, Microbiologia, Física, Química, Matemática e Ecologia, tendo nessas ciências os insumos para as bases tecnológicas que levarão ao desenvolvimento das competências profissionais requeridas no processo de trabalho.

As seguintes unidades de registro foram encontradas no D3:

Herdeira direta das Ciências da Natureza, [...] nos estudos de Biologia, Anatomia e Fisiologia Humanas, Microbiologia, Física, Química, Matemática e Ecologia, [...]. (p.9)

A subárea de Vigilância Sanitária herda das Ciências da Natureza (Biologia, Anatomia e Fisiologia Humanas, Microbiologia, Física, Química, Matemática e Ecologia), [...]. (p.207)

O D7 além de trazer as ciências como bases epistemológicas, traduz de que maneiras o aluno poderá aplicar os conhecimentos adquiridos:

M1 – Território, sujeito e sociedade.

Bases epistemológicas: ecologia, sociologia, filosofia, antropologia, cartografia, economia. (p.49)

Ao pretendermos que o Técnico de VISAU trabalhe de forma interdisciplinar, é preciso ter uma base comum que permita uma articulação entre os saberes dos diversos profissionais da saúde para olhar e solucionar problemas. A agregação de saberes das Ciências Humanas e da Natureza, também de maneira interdisciplinar, pode auxiliar no entendimento dos problemas da comunidade.

4.1.10 Epidemiologia

Existem três tipos de epidemiologia, descritos em Maeyama (2006):

A epidemiologia clínica que tem como características de estudos o diagnóstico clínico, o conhecimento da etiologia, os procedimentos terapêuticos e o prognóstico clínico. Possui a concepção de saúde-doença biológica e unicausal com ações de saúde voltadas à recuperação e reabilitação da saúde.

A epidemiologia clássica voltada à concepção saúde-doença com bases na multicausalidade, busca estabelecer relação entre os fatores e o evento estudado. As ações de saúde aqui estão voltadas à proteção da saúde e prevenção de doenças.

A epidemiologia crítica ou social, cuja concepção saúde-doença está baseada na determinação social, contemplando a multicausalidade subordinada à determinação. Nesta as ações buscam a promoção da saúde onde as soluções dos problemas estão baseadas nas condições de vida das pessoas.

O principal princípio da epidemiologia está na **informação para a ação**. Produz políticas e práticas sociais e dá suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

Entre os desafios da epidemiologia estão o estudo das desigualdades em saúde; o desenvolvimento de um pensamento sobre ambiente, qualidade de vida, conceito e medidas de saúde; a pesquisa sobre avaliação, seleção de tecnologias e intervenções em saúde. (PAIM,1998)

O D3 e o D7 apontam as seguintes unidades de registro:

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

FUNÇÃO 1 – APOIO DIAGNÓSTICO

SUBFUNÇÃO 1.1 Investigação de surtos e de danos à população e ao meio ambiente. (D3, p.211)

[...] utilização do saber epidemiológico e social na realização das práticas de saúde. (D3, p.13)

Utiliza-se para tanto das ferramentas teóricas e práticas [...] da epidemiologia, [...]. (D7, p.29)

M2 – Saúde, políticas públicas e o SUS.

Bases epistemológicas: Epidemiologia. (D7, p.49)

M3 – Vigilância em saúde – novo pensar e fazer sanitários.

Bases epistemológicas: Epidemiologia descritiva. (D7, p.49)

M5 As ferramentas de trabalho do VISAU – análise da situação de saúde e condições de vida.

Temas: Epidemiologia como ferramentas de trabalho – Descritiva e analítica

Conceitos:

1. Agravos, dano, risco, morbidade, mortalidade; epidemia, endemia, doenças emergentes e negligenciadas.
2. Variável, indicador, taxa, coeficiente, índice, proporção/categorias de análise
3. População, densidade demográfica, fecundidade, natalidade

Bases epistemológicas: epidemiologia.

(D7, p.50)

Uma formação voltada para a promoção, no que se refere à epidemiologia, deve possibilitar a garantia do conhecimento do processo saúde-doença a partir da determinação social da doença, da realidade, orientar intervenções e contribuir na melhoria das condições de saúde da população.

4.1.11 Gestão em Saúde

Gestão é quando direcionamos esforços, determinando onde queremos chegar, que decisão devemos tomar, controlando e avaliando os resultados das nossas ações e serviços.

A categoria Gestão em Saúde refere-se à utilização da informação nos serviços de saúde para o planejamento das ações.

Esta categoria foi pouco mencionada no D3:

A área de Saúde ocupa-se da [...] e gestão em saúde [...] (p.9)

FUNÇÃO 5 – Gestão em Saúde: função voltada para a eficiência e eficácia dos diversos processos de trabalho, [...] (p.22)

Aparece no D7 como uma das competências a serem adquiridas pelo aluno:

Utiliza-se para tanto das ferramentas teóricas e práticas da gestão, do planejamento estratégico situacional, [...]. (p.29)

Deve exercitar a capacidade de síntese e sistematização, colocando o aluno em situação de gerenciar processos, [...]. (p.31)

[...] o conceito de vigilância em saúde em sua dimensão gerencial. (p.32)

M2 – Saúde, políticas públicas e o SUS.

Bases epistemológicas: Gestão e administração pública. (p.49)

Competências Transversais ou de Gestão:

8. Estabelecer pactuações e negociar com diferentes atores do SUS e fora dele.

Habilidades:

8.a. Realizar e socializar análise de situação e de contexto;

8.b. Identificar e explicitar objetivos e estratégias de ação, individuais e coletivas;

8.c. Estabelecer acordos e pactuações com os diversos atores envolvidos (instituições, setores, comunidades, entre outros), necessários à resolução de problemas. (p.56)

Espera-se que o Técnico de VISAU saiba produzir, usar e disseminar as informações, subsidiando o exercício efetivo do controle social sobre o planejamento local, bem como articular com outros setores e com a população, abrindo espaços de interlocução e participação nas decisões que visem melhorar as condições de saúde.

4.1.12 Tomada de decisão

Na categoria Tomada de Decisão, somente o documento 7 fez uma breve referência, no que se relaciona à competências a serem desenvolvidas pelos alunos:

O processo de trabalho do Técnico em VISAU se apóia no trinômio informação-decisão-ação, [...]. (p.29)

[...] a contextualização e o compartilhamento para tomada de decisão e o desenvolvimento de ações, [...]. (p.29)

[...] propiciar ao aluno resolver problemas, [...]. (p.31)

[...] utilização de métodos e técnicas apropriadas às questões que deseja responder, e analisar resultados para propor intervenções. (p.40)

Competências Relativas à Integração com o SUS:

Habilidades:

3.e. Incorporar e utilizar as informações geradas para tomada de decisão no nível local e para sua prática em saúde. (p.55)

Para que possa tomar uma decisão, o técnico utiliza os sistemas de informação em saúde, os quais devem possibilitá-lo: receber dados capazes de informá-lo sobre uma determinada situação de saúde da população; por meio da avaliação desses dados, tomar decisões e propor ações capazes de alterar essa situação; avaliar a nova situação e gerar novos dados, num processo contínuo e inesgotável. (NORONHA, 2007 a)

4.1.13 SUS

O Técnico de VISAU tem como campo de trabalho exclusivamente o SUS e para atuar precisa conhecer os processos e serviços que compõem a rede, de modo a associar a estrutura da rede e do sistema.

Reconhecendo os espaços da produção social da saúde, identificará a oferta e o acesso da população à atenção integral da saúde, que engloba as distintas práticas (promoção, prevenção e assistência) em diferentes níveis de complexidade organizacional dos serviços (atenção primária e atenção de média e alta complexidade), bem como as responsabilidades de cada esfera de governo (municipal, estadual e federal).

Na Constituição Federal de 1988, a Saúde é reconhecida como um direito de cidadania, onde as ações e serviços constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), têm caráter universal e eqüitativo, sendo organizados de forma descentralizada, visando garantir o atendimento integral às necessidades de saúde e a participação da comunidade em sua gestão e controle.

O SUS é fruto do debate sobre a crise da saúde, na segunda metade dos anos 70, e do movimento de Reforma Sanitária, década de 80. Surgiu para universalizar a assistência à saúde, sendo que até então o sistema atingia apenas os trabalhadores contribuintes, e incluir todos os serviços instalados ou que viessem a ser criados.

São princípios do SUS a universalidade (todo o cidadão tem direito à saúde e ao acesso às ações e serviços); a equidade (identificadas as necessidades de serviços de saúde, reorganizar os serviços e redistribuir os recursos); a descentralização (transferência de poder e responsabilidades do nível federal ao estadual e municipal); a integralidade (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação da saúde) e o controle social (envolvimento ativo da população organizada no processo de decisão e controle sobre as políticas e o sistema de saúde).

Em relação aos conteúdos do curso e às competências a serem desenvolvidas, o D7 registra o seguinte:

Devem oferecer ao aluno a possibilidade de reconhecimento [...]; da estrutura de funcionamento dos serviços de saúde [...]. (p.31)

[...] para conhecer outros processos e serviços que compõem a rede do SUS [...] de modo a associar a estrutura da rede e do sistema, [...]. (p.37)

M2 – Saúde, políticas públicas e o SUS.

Temas:

1.A historicidade das políticas públicas de saúde, a organização e o desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil (SUS).

Conceitos/ categorias:

1. Política pública; saúde pública/ modelos de atenção e processo saúde-doença; sistema de saúde.

2. Descentralização/ hierarquização/ regionalização/ redes/ integralidade. (p.49)

Competências Relativas à Integração com o SUS

1. Compreender o seu papel e o processo de trabalho integrado ao modelo organizacional e operacional do SUS.

Habilidades:

1.a. Compreender a estrutura e as relações políticas que se estabelecem no SUS.

1.c. Reconhecer o papel das diferentes esferas de governo – [...] na descentralização e integralidade de ações do SUS.

4.a. Articular suas práticas cotidianas com os princípios e diretrizes do SUS; [...]. (p.54-55)

A Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria GM/MS nº687, de 30/03/2006) é norteadora do SUS, visando a ampliação da efetividade, eficiência e qualidade das respostas do SUS às necessidades de saúde da população.

As competências do Técnico de VISAU devem ser consentâneas com os princípios do SUS (integralidade, universalidade, equidade), bem como com o modelo de atenção proposto (Estratégia Saúde da Família, matriciamento, referência).

4.1.14 Papel do Técnico em VISAU na equipe e comunidade

Para a formação do Técnico em VISAU, voltada à promoção da saúde, é preciso que ele possa...

[...] construir um vínculo e uma identidade profissional com áreas e processos da vigilância em saúde. (D7, p.36)

Competências Relativas à Integração com o SUS:

1. Compreender o seu papel e o processo de trabalho integrado ao modelo [...] do SUS. (D7, p.54)

A formação de nível médio na Vigilância à Saúde com ênfase na promoção faz parte de uma estratégia contra-hegemônica, na medida em que possibilita a criação de uma identidade profissional mobilizada pela manutenção e ampliação das práticas de VISAU no SUS.

4.1.15 Mudanças nas práticas educativas de saúde

A categoria Mudanças nas Práticas Educativas de Saúde busca uma concepção de educação em saúde que consolide o SUS. Neste sentido, educação implica em um trabalho que interpreta os processos de saúde/doença a partir de múltiplos referenciais, considerando que educadores e população possuem saberes complementares, sendo parceiros na luta por melhores condições de vida.

Busca, através da participação e do diálogo entre os diversos saberes, ajudar as pessoas na compreensão das raízes de seus problemas e buscar soluções compartilhadas para melhorar a qualidade de vida de indivíduos, grupos e população.

Para alcançar tal intento as ações devem extrapolar o setor sanitário e acentuar os recursos pessoais e sociais existentes.

Como forma estrutural do curso técnico, conforme o D3:

[...] a aproximação entre a educação e os setores produtivos, possibilitarão, além das parcerias para a realização da reforma da educação profissional, [...]. (p.7)

O compromisso com essas dimensões da educação profissional na área de saúde [...], mas deve estar efetivamente refletido na sua prática pedagógica cotidiana. (p.223)

No curso voltado à promoção da saúde, descrito no D7:

[...], os momentos da ação estratégica vão possibilitar mudanças nas práticas educativas e de saúde, [...]. (p.32)

Competências Transversais ou de Gestão:

3.Estabelecer diálogo com diferentes atores, respeitando os diferentes modos de pensar, potencializando a ação educativa. (p.56)

Esta categoria enfatiza a necessidade do profissional em estabelecer o diálogo com a população visando ações de educação, informação e comunicação em saúde, utilizando abordagens e estratégias educacionais que visem instrumentalizar a sociedade para participar de intervenções na realidade, buscando a qualidade de vida.

O resultado da discussão coletiva a respeito do modo de viver, que compreende as circunstâncias nas quais o Homem é levado a agir, é entendida como ação social. Nesse sentido, as ações de educação em saúde voltadas para a promoção da saúde poder-se-iam denominar de agir educativo (ação social com direção a fins). (PEDROSA, 2006)

A mudança esperada nas práticas educativas de saúde, é que o Técnico de VISAU deverá praticar uma educação em saúde na qual exista a participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida.

4.1.16 Trabalho, processo de trabalho e trabalho em equipe

O trabalho é uma atividade que tem por alvo a produção de valores de uso e é condição e necessidade física da vida humana.

O trabalho em saúde refere-se ao trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a ação do cuidado. É sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do trabalho em saúde. (MERHY & FRANCO, 2009)

A categoria Trabalho, Processo de Trabalho e Trabalho em Equipe foi encontrada no D3:

Possibilitem a formação de profissionais que compreendam o seu processo de trabalho específico e também o processo global de trabalho em Saúde e que tenham autonomia e iniciativa mas ao mesmo tempo saibam trabalhar em equipe. (p.18)

[...] a atenção à saúde envolverá novos âmbitos físicos de atuação e novos processos de trabalho. (p.13)

Articular as suas atividades profissionais com as ações dos demais agentes da equipe. (p.14)

[...] que objetivam garantir ambientes e processos de trabalho saudáveis. (p.205)

No D7 a categoria surge como conteúdos a serem desenvolvidos em sala de aula no decorrer do curso Técnico de Vigilância em Saúde, distribuídos nos módulos temáticos:

M2 – Saúde, políticas públicas e o SUS.

Temas:

3.Processo de trabalho em saúde.

Conceitos:

4.Trabalho. Modos de produção – modelos organizacionais.

Bases epistemológicas:

Teoria da produção social. (p.49)

M4 – O processo de trabalho do VISAU.

Temas:

5. Trabalho em equipe; técnicas de grupo – metodologias. (p.50)

Ainda no D7 a referência a esta categoria reforça as competências desenvolvidas pelos alunos no final do curso:

[...] problematizar e atuar no processo de trabalho da vigilância em saúde; [...]. (p.53)

Portanto compreender a vigilância em saúde como proposta de mudança de modelo [...] trabalhar em equipe; [...]. (p.53)

Competências Relativas à Integração com o SUS:

1. Compreender o seu papel e o processo de trabalho integrado ao modelo.

Habilidades:

1.b. Compreender o processo de trabalho em saúde, assim como direitos e deveres do trabalhador.

4.b. Incorporar ao seu processo de trabalho as políticas de saúde – atenção básica, promoção da saúde, vigilância da saúde, pacto pelo SUS, financiamento. (p.54-55)

Competências Transversais ou de Gestão:

Competências:

1. Desenvolver trabalho em equipe:

a. Compreender a natureza do trabalho em equipe.

b. Reconhecer a importância do trabalho coletivo para o alcance dos objetivos do seu trabalho.

c. Compartilhar conhecimentos visando o aprimoramento da equipe.

2.a. Dividir trabalho, delegar competências, dividir responsabilidades.

5. Estabelecer relações entre seu processo de trabalho e o cotidiano.

a. Compreender que o trabalho em saúde extrapola os limites das Unidades de saúde [...].

9. Compreender e se adaptar às mudanças no mundo do trabalho e às inovações tecnológicas em saúde.

b. Conhecer e incorporar novas tecnologias, adequando-as ao seu processo de trabalho, [...]. (p.55-56)

Objetivando ações de saúde voltadas à promoção da saúde, torna-se importante compreender a organização da assistência à saúde e transformá-la num modelo contra hegemônico, aumentando a capacidade resolutiva dos serviços e a capacidade criativa dos profissionais, inclusive dos técnicos, na busca da melhoria das condições de vida da população.

4.1.17 Comunicação em Saúde

A categoria Comunicação em Saúde reforça que como profissional da área da saúde, o Técnico de VISAU deve perceber-se como um importante canal de informação entre o serviço e a população e entre a população e o serviço. É prestador, mas também coletor de informações capazes de possibilitar a melhoria dos serviços e das condições de vida da comunidade.

Como encontrada nos documentos:

Habilidades:

- Utilizar técnicas de comunicação interpessoal nas ações [...]. (D3. p.30)

Temas –

3. Comunicação para a promoção da saúde. (D7, p.51)

M8 – Saberes e práticas para produção social da saúde:

Temas:

4. Análise e produção de imagens.

Conceitos:

3. comunicação, receptor, emissor.

4. linguagem, mídias.

Bases epistemológicas:

3. comunicação

4. semiótica. (D7, p.51)

Portanto compreender a vigilância em saúde como proposta de mudança de modelo [...] desenvolver ação comunicativa (capacidade de diálogo e pactuação); [...]. (D7, p.53)

Relacionando com a promoção da saúde, na prática profissional é preciso prestar informações que visem à autonomia dos cidadãos e ao aperfeiçoamento de mecanismos de controle social e de participação popular; que visem à saúde individual, mas que também fortaleçam as práticas de saúde coletiva; que aumentem a compreensão de saúde em seu conceito mais amplo. (NORONHA, 2007 b)

4.1.18 Ética

A categoria Ética refere-se aos valores que tornam os deveres incorporados para diferentes culturas e se expressa através de ações. É a ciência do dever, da obrigatoriedade, que rege a conduta dos seres humanos.

Aparece no D3 como primordial na formação do trabalhador da saúde e necessita permear todos os cursos de formação profissional:

As questões éticas [...], adquirem uma conotação peculiar e toda especial quando voltadas ao fazer dos profissionais de saúde. (p.14)

A formação dos profissionais de Saúde não pode desconsiderar as questões éticas sob o risco de agravar ainda mais a disparidade já existente entre conhecimentos/habilidades técnicas e as atitudes [...]. (p.14)

Tornem presentes durante todo o desenvolvimento dos cursos as questões relativas à ética, ao exercício profissional, à cidadania, ao meio ambiente e à visão holística de saúde. (p.18)

Cabe, portanto, à educação o desenvolvimento de valores éticos e de cidadania [...]. (p.17)

O D7 traz a categoria como competências:

Competências Transversais ou de Gestão:

7. Respeitar valores éticos, morais, ideológicos e políticos, [...].

Habilidades:

a. Identificar e compreender valores éticos, morais, ...

c. Compreender e respeitar os seus valores de cidadão, bem como os da população assistida. (p.56)

O curso pretenderá desencadear nos alunos, reflexões a respeito da responsabilidade dos indivíduos sobre seus atos, potencializando sua atuação ética com responsabilidade social,

4.1.19 Vigilância em Saúde – mudança de modelo assistencial

A categoria Vigilância em Saúde se apresenta como a busca de um novo modelo assistencial, que conjugue as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a outras formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida das comunidades, com a idéia de que a saúde é produzida socialmente.

Esta categoria está bem caracterizada no D3 nas seguintes unidades de registro:

[...] se faz necessária uma mudança do modelo assistencial predominante [...]. (p.12)

A adoção de programas como o da Saúde da Família e o de Agentes Comunitários de Saúde, [...] “inserem-se na redefinição do modelo assistencial”. (p.12)

“A mudança dos modelos requer também a identificação de espaços sociais onde se realizam hoje as práticas de saúde. [...] “. (p.14)

Relacionando a categoria com o técnico a ser formado, o D7 refere:

[...] colocando-o como ator estratégico do SUS para mudança das práticas sanitárias. (p.32)

M3 – Vigilância em saúde – novo pensar e fazer sanitários.

Portanto compreender a vigilância em saúde como proposta de mudança de modelo assistencial; [...]. (p.53)

Competências relativas à visão integral da saúde e da vigilância em saúde:
1. Compreender os conceitos ampliados de saúde e da vigilância em saúde [...]. (p.53)

A palavra-chave da Vigilância em Saúde hoje é o cuidado. Podemos assim entender esta categoria como eixo estruturante dos princípios do SUS principalmente da integralidade da assistência, contribuindo para sua consolidação.

Se o propósito for transformar as práticas de saúde mediante a redefinição de políticas e a reorganização dos processos de trabalho, voltadas à vigilância da saúde, não se pode subestimar a questão pedagógica. (MONKEN e BATISTELLA, 2009)

4.1.20 Inspeção Sanitária

A Inspeção Sanitária refere-se às ações realizadas para fins de licenciamento e sua revalidação anual; para monitoramento em situações consideradas especiais por envolver maior risco sanitário; e, ainda, para investigar denúncias.

Aparece como categoria e é uma das funções do Técnico de VISAU, visando a proteção da saúde e prevenção de doenças na população, tendo como base o Direito Sanitário.

O Direito Sanitário compreende o conjunto das normas jurídicas aplicáveis às ações de saúde (Estado, indivíduos e coletividade), onde constam os direitos e as obrigações em matéria de saúde, regulando a prática ou a proibição de atos, sempre no interesse da coletividade.

Nos documentos analisados, a categoria aparece como função do técnico e como conteúdo do curso:

[...] dois eixos fundamentais de atuação: [...] uma função reguladora, de lei, de normatização, [...] o enfoque de risco. (D3, p.207)

Controle e avaliação da qualidade de produtos e serviços de interesse da saúde, dos ambientes de trabalho e do meio ambiente. (D3, p.210)

FUNÇÃO 3 – Proteção / Prevenção

SUBFUNÇÃO 3.5. INSPEÇÃO SANITÁRIA: [...] de acordo com os preceitos éticos e legais, para que as normas técnicas sejam adotadas e obedecidas. (D3, p.210)

Vigilância Sanitária:

Conceito e bases legais – política de VISA. (D7, p.59)

A abordagem dos documentos me permitiu observar além das categorias relacionadas a conteúdos específicos vinculados às competências do Técnico de Vigilância em Saúde, outro agrupamento de categorias que dizem respeito a proposta pedagógica do curso.

O Quadro 4 vai apontar um primeiro mapeamento sobre as intensidades com que estas categorias relacionadas à orientação pedagógica se fazem presentes.

DOCUMENTOS		D3	D7
CATEGORIAS	Problematização	+	++
	Currículo integrado	0	+
	Currículo orientado à realidade social	++	+
	Currículo por competências	+++	+
	Pesquisa científica	0	++
	Aprendizagem significativa	0	++
	Unidades de aprendizagem	0	++
	Módulos temáticos	+	++
	Resolução de estudos de caso	0	++
	Trabalho de campo	0	++
	Campo de prática/ estágio curricular	0	+
	Oficinas	0	+
	Sistema de informação	0	+++
	Avaliação sistemática	0	++
	Capacitação pedagógica	+	++

LEGENDA	
ausência	0
intensidade fraca	+
intensidade moderada	++
intensidade alta	+++

D3 Documento 3: Cartilha EDUCAÇÃO PROFISSIONAL: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico, eixo profissional saúde, ambiente e segurança.

D7 Documento 7: Currículo do Curso Técnico de Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/ FIOCRUZ.

Quadro 4 – Intensidade da presença das categorias relacionadas à orientação pedagógica.

4.2 Bloco de categorias relacionadas à orientação pedagógica

4.2.1 Problematização

Conhecida como metodologia, pedagogia, técnica/método de ensino, proposta pedagógica, a problematização trata-se de uma metodologia dialogal, onde o conhecimento e as experiências do aluno são valorizadas, articulando a análise das realidades sociais ao processo educativo.

Problematização não é fim, é meio; ou seja, usar uma abordagem pedagógica problematizadora serve para problematizar questões relacionadas a paradigmas. Pressupõe um aluno “participante e agente da transformação social”. (BORDENAVE, 1994, p.24). É possível também problematizar uma realidade junto com a população e obter uma ação transformadora.

Como a pesquisa parte de um pressuposto de currículo baseado na regulação para um currículo baseado na promoção da saúde, a problematização possibilitará problematizar a regulação a fim de construir o “novo” que é a promoção.

A categoria Problematização, refere-se à abordagem pedagógica preconizada para o curso, onde o importante não são os conhecimentos ou idéias nem os comportamentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do aluno – participante e agente da transformação social – para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas.

Para o Curso Técnico de Vigilância em Saúde, conforme descrito no D3:

Recomenda-se:

- O uso de metodologias de ensino que exercitem a aprendizagem para a solução de problemas não somente técnico-científicos, mas também sociais, [...]. (p.18)

O aluno, ao buscar um curso Técnico de Vigilância em Saúde, provavelmente estará interessado em aprender sobre regulação, fiscalização, poder de polícia. É portanto

já no início, que a questão paradigmática de voltar o olhar à promoção da saúde precisa ser problematizada.

No currículo voltado à promoção da saúde, tema desta pesquisa, os conteúdos devem estar voltados a ela, e o objetivo da aprendizagem deve levar o aluno a:

Sujeito crítico e participativo, o técnico de vigilância em saúde deve também ser capaz de desconstruir os discursos hegemônicos e de propor novas narrativas, definindo sua atuação pelo respeito, [...]. (D7, p.28)

[...] capazes de articular esquemas mentais [...] e valores que re-significam o aprendizado. (D7, p.30)

Segundo Davini (1994), o peso dos fatores sócio-culturais, dos padrões culturais, aplicados na prática pedagógica, leva à reflexão de como os trabalhadores da saúde concebem a relação saúde-doença, meio ambiente, modos de vida e trabalho da população.

A problematização proporciona que o aluno seja sujeito ativo, reflexivo, crítico, criativo e solidário, e seus objetivos devem estar voltados a criar condições para que ele possa construir ativamente o seu próprio conhecimento.

Ainda no D7 as unidades de registro referentes às aulas são:

[...] diálogo construtivo e prospectivo entre os atores envolvidos [...]. (p.40)

As aulas expositivas devem ser dialogadas, buscando problematizar os temas abordados [...]. (p.45)

No aluno, a problematização potencializa a capacidade de olhar a realidade, de identificar problemas, de propor solução, de avaliar sua aplicabilidade e de promover e gerar mudanças e transformação social.

4.2.2 Currículo integrado

A categoria Currículo Integrado supõe, segundo Davini (1994), uma ruptura com as concepções tradicionais de ensino, com as formas escolares desvinculadas do serviço e com a divisão entre teoria e prática, sendo que ambas encontram-se integradas no exercício profissional concreto.

Ramos (2009) explica que o currículo integrado organiza o conhecimento e desenvolve o processo de ensino-aprendizagem de forma que os conceitos sejam apreendidos como sistema de relações de uma totalidade concreta que se pretende explicar/compreender.

O currículo integrado é um plano pedagógico e institucional que articula trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, onde:

[...] os conteúdos deixam de ser mera sistematização de saberes disciplinares e compartimentados para se transformarem em fonte de conhecimentos, [...]. (D7, p.30)

Esta categoria foi encontrada no D3:

Para as escolas que optarem em manter as disciplinas na organização do seu currículo, o Parecer CNE n.16/99 alerta que “estas devem se compor de forma integrada, de modo a romper com a segmentação e o fracionamento, uma vez que no desempenho profissional o indivíduo atua integralmente. (p.222)

No D7, o curso foi estruturado assim:

A estrutura do CURSO foi inspirada na idéia de um currículo integrado, [...]. (p.30)

O currículo integrado articulando os conteúdos [...]. (p.45)

As disciplinas e conteúdos são organizados [...] possibilitando abordagens mais dinâmicas e integradas de disciplinas, [...]. (p.57)

Este currículo permite uma efetiva interação entre ensino e prática profissional; integração entre prática e teoria; a busca de soluções específicas e originais para

diferentes situações; uma contribuição para a comunidade; a integração docente-aluno; a adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social.

4.2.3 Currículo orientado à realidade social

A categoria Currículo orientado à realidade social, complementa a categoria anterior, pois as relações ensino/serviço e problemas/hipóteses de solução devem conter sempre as características sócio-culturais do meio em que este processo se desenvolve.

O currículo incentivará a reflexão e a busca de conhecimentos que reverterão em novas formas de ação.

No D3 aparece a seguinte unidade de registro:

[...] isso significa fazer uma educação profissional que contemple as dimensões política, social e produtiva do trabalho humano, [...]. (D3, p.17)

Contemplando estas dimensões, estaremos aliando a formação técnica de qualidade com a formação humanística, essencial à atuação na realidade social.

Através da metodologia da problematização o processo de ensino-aprendizagem pretende instrumentalizar os alunos para a solução de problemas não somente técnico-científicos, mas também sociais, para o desenvolvimento de trabalho comunitário, diagnóstico participativo, promovendo reflexão sobre a realidade.

Frente ao exposto, o D3 traz as seguintes necessidades:

Currículos:

Busquem responder às exigências geradas pelo perfil demográfico, epidemiológico e sanitário da população brasileira. (p.18)

[...] na construção de currículos modernos e flexíveis que possibilitem a formação dos profissionais de saúde que a sociedade tanto necessita. (p.28)

Há necessidade de incorporar os novos conhecimentos científicos que, na maioria das vezes, ficam restritos ao ambiente acadêmico e distantes dos campos de ação. (p.207)

O D7 refere que a estrutura do curso foi inspirada na idéia de um currículo integrado:

[...] onde os conteúdos de ensino e de aprendizagem se orientam a partir da realidade social, [...]. (p.30)

4.2.4 Currículo por competências

A categoria Currículo por Competências foi selecionada uma vez que as Escolas Técnicas do SUS têm autonomia para compor os seus desenhos curriculares, desde que, conforme descrito no D3 sejam contempladas todas as competências profissionais gerais do Técnico de VISAU, constantes da Resolução nº4/99 do CNE e arroladas no núcleo da área.

No D3 encontramos todos os subsídios à formulação de proposta curricular para o nível técnico, bem como foram identificadas as competências envolvendo os saberes e as habilidades mentais socioafetivas e psicomotoras mobilizadas de forma articulada para a obtenção de resultados produtivos compatíveis com os padrões de qualidade exigidos no trabalho.

Conforme descrito no D3 as competências técnicas objetivam o exercício de aprender a pensar, aprender a aprender e aprender a fazer. Visam reconhecer e definir problemas, dimensionar soluções, pensar estrategicamente, atuar para prevenir, introduzir inovações no processo de trabalho e, transferir e generalizar conhecimentos.

As competências transversais são as capacidades individuais ligadas à sociabilidade e às trocas interpessoais e objetivam o exercício de aprender a ser. Visam as

capacidades de planejar, de auto-organização e auto-avaliação, o desenvolvimento da comunicação, de cooperação no trabalho em equipe e de pactuação.

Este documento é composto por um conjunto de textos sobre essa área profissional, [...], as competências e habilidades requeridas [...]. (p.7)

[...] os insumos para as bases tecnológicas que levarão ao desenvolvimento das competências profissionais requeridas [...]. (p.9)

O processo de trabalho em Saúde requer do trabalhador da área mais do que um rol de competências e habilidades. (p.21)

[...] foram identificadas as competências envolvendo os saberes e as habilidades mentais [...]. (p.27)

As competências, habilidades e bases tecnológicas são os elementos que embasam a organização dos currículos [...]. (p.27)

O curso técnico poderá ser feito, [...], com as competências mínimas exigidas para a área profissional [...]. (p.221)

[...] a maneira de estruturar os cursos [...] propicie o desenvolvimento das competências gerais do técnico, estas obrigatórias, assim como as competências específicas conforme o perfil profissional [...]. (p.222)

[...] é importante lembrar que as competências profissionais gerais, [...], deverão estar necessariamente contempladas, [...]. (p.223)

Entendo que é preciso romper com o caráter prescritivo que o conceito de competência tem, que atende o mercado e a produção, e valorizar o caráter subjetivo da experiência profissional, construindo currículos como proposto pelo D7:

[...] capazes de articular esquemas mentais de saberes, habilidades, atitudes e valores que re-significam o aprendizado. (p.30)

[...] deve superar os conflitos históricos entre conteúdos e competências, [...], visando formação para o trabalho. Subjaz a essa concepção o desenvolver no processo de ensino e de aprendizagem tanto as capacidades técnicas quanto aquelas políticas do ser humano. (p.30)

[...] agregam conhecimentos, tecnologias, práticas e atitudes que vão conformar um certo perfil profissional, desejado ao desenvolvimento de um conjunto de competências e habilidades, [...]. (p.30)

[...] e desenvolver competências, habilidades e atitudes compatíveis com o seu processo de trabalho e as necessidades do SUS. (p.31)

[...] propiciam ao aluno a oportunidade para desenvolver as competências, habilidades e atitudes necessárias à solução de problemas reais. (p.37)

Competências, Habilidades e Atitudes:

São conjuntos de conhecimentos, técnicas e comportamentos articulados e indissociáveis, [...]. (p. 53)

Competências Relativas à Visão Integral da Saúde e da Vigilância em Saúde.

Competências Relativas à Integração com o SUS.

Competências Transversais ou de Gestão. (p.53-55)

4.2.5 Pesquisa científica

Pensando em desenvolver no aluno uma consciência crítica e a capacidade de elaborar propostas próprias, desponta a categoria Pesquisa Científica.

Visando um currículo voltado à promoção da saúde, a pesquisa é vista como a capacidade de criação própria a partir do olhar sobre a realidade, auxiliando na sua percepção.

Encontrada no documento 7, destaco as seguintes notas de registro:

O movimento sincrônico entre teoria-prática deve se consubstanciar por meio da iniciação à pesquisa científica, [...]. (p.30)

Articulados por um trabalho de investigação (TC), [...]. (p.32)

A monografia, [...] para a formação de sujeitos reflexivos, críticos e epistêmicos, [...] deve construir o entendimento de ciência como conhecimento emancipatório do sujeito e não como objetivação, [...]. (p.39)

O formato monográfico deve permitir ao aluno pensar e redigir cientificamente a partir da observação da realidade: [...]. (p.40)

[...] diagnóstico participativo ajudando na definição do objeto de pesquisa (população do campo, saúde indígena, trabalhadores, etc.) (p.45)

M4 – Conceitos:

2. Equipe, grupo focal, discussão, entrevista, questionário.

Bases Epistemológicas:

22. Metodologia da ciência e metodologia da pesquisa. (p.50)

M5 – Temas:

23. Metodologia de Pesquisa em Saúde (métodos quantitativos, qualitativos e triangulação). (p.50)

O curso Técnico de VISAU inclui a pesquisa como importante instrumento para o desenvolvimento da percepção emancipatória do sujeito ao observar e questionar a realidade criticamente, ou seja, ler a realidade de modo questionador e propor reconstruí-la para atender as necessidades da população.

4.2.6 Aprendizagem Significativa

A categoria Aprendizagem Significativa refere-se ao processo por meio do qual o indivíduo relaciona uma nova informação a um aspecto importante da sua estrutura de conhecimento. “O novo conhecimento produz-se na relação com o conhecimento prévio que o aluno possui”. (D7, p.11)

Existe aprendizagem significativa quando a nova informação pode relacionar-se, de modo não arbitrário com o que o aluno já sabe.

A aprendizagem só adquire sentido, isto é, se torna significativa, quando corresponde a um desejo manifestado pelo aluno.

Apenas o D7 faz referência a esta categoria nas unidades de registro a seguir:

[...] a estrutura curricular deve estabelecer, sistematicamente, uma teia de significados [...] o aluno constrói e elabora nexos entre teoria e prática e significados [...]. (p.30)

Permite construir e reconstruir os saberes teóricos propostos no processo formativo, no cotidiano de seu trabalho e de sua vida. (p.35)

[...] aprendizagem significativa, por articular teoria e prática e ensino, serviços e comunidade, [...]. (p.35)

[...] propiciar ao aluno a elaboração de sentidos e de significados entre seu processo de aprendizado e as questões que serão sistematicamente erigidas no cotidiano dos serviços de saúde e na comunidade daquele espaço particular. (p.36)

[...] possibilita aos interlocutores/observadores compreenderem a trajetória do aluno na construção do conhecimento como sujeito cognoscente e epistêmico. (p.40)

[...] viabilizam o desenvolvimento de projetos como forma de integrar o conhecimento e como forma de proporcionar a aprendizagem significativa. (p.45)

Nesse sentido, ao contrário da aprendizagem mecânica onde o aluno apenas retém conteúdos, na aprendizagem significativa ele acumula e renova experiências.

4.2.7 Unidades de aprendizagem

Esta categoria, conforme descrito no documento 7, estabelece uma teia de significação em seu interior e com as demais unidades, tendo como objetivos finalísticos propiciar ao aluno resolver problemas, intervir sobre a realidade e desenvolver competências, habilidades e atitudes compatíveis com o seu processo de trabalho e as necessidades do SUS.

Na construção do currículo integrado, cada assunto e sua rede de conhecimentos teóricos e práticos dará lugar a uma unidade de aprendizagem. É uma estrutura pedagógica dinâmica, orientada por objetivos de aprendizagem - em função de um conjunto articulado de conteúdos - e sistematizada por uma metodologia.

Cada unidade guarda certa autonomia frente às demais, porém, ao mesmo tempo, se encontram articuladas com as outras com vistas a contemplar as competências profissionais do Técnico de VISAU.

O D7 foi estruturado em unidades de aprendizagem, como segue:

[...] os conteúdos deixam de ser mera sistematização de saberes disciplinares e compartimentados para se transformarem em fonte de conhecimentos, organizados em unidades de aprendizagem, [...]. (p.30)

Uma organização em módulos temáticos se articula no interior de Unidades de Aprendizagem, [...]. (p.30)

As unidades de aprendizagem são constituídas por módulos temáticos que comportam grandes questões do campo da saúde coletiva. (p.31)

Unidades de Aprendizagem:

UA1 – Conhecendo o lugar da produção social da saúde: o espaço de identidade do técnico de VISAU.

UA2 – Identificando situações no nível local: o espaço de articulação do técnico de VISAU.

UA3 – Analisando a situação de saúde e as condições de vida: o espaço de decisão do técnico de VISAU.

UA4 – Intervindo sobre problemas de necessidades: o espaço da ação do técnico de VISAU. (p.31)

4.2.8 Módulos temáticos

A categoria Módulos Temáticos é entendida como uma organização curricular que se articula no interior de unidades de aprendizagem, as quais agregam conhecimentos, tecnologias, práticas e atitudes que vão conformar um certo perfil profissional, desejado ao desenvolvimento de um conjunto de competências e

habilidades, as quais vão possibilitar abertura a novos conhecimentos a serem desenvolvidos na sequência. (D7)

Conforme preconizado pelas Diretrizes Curriculares (D3):

Um desenho curricular que se mostra adequado para a área de Saúde é o que utiliza vários módulos. (p.221)

A partir do módulo introdutório, a escola tem duas possibilidades: o acréscimo de outro, [...] e um eventual terceiro, de especialização, ou oferecer um módulo intermediário [...]. (p.222)

O currículo do Curso Técnico de Vigilância em Saúde da EPSJV (D7), está estruturado de maneira que:

Uma organização em módulos temáticos se articula [...]. (p.30)

As unidades de aprendizagem são constituídas por módulos temáticos [...] e os temas dos módulos serão trabalhados por conteúdos comuns e específicos através de objetivos (resultados esperados) apontados para cada um. (p.31)

Módulos Temáticos:

M1 – Território, sujeito e sociedade.

M2 – Saúde, políticas públicas e o SUS.

M3 – Vigilância em Saúde – novo pensar e fazer sanitários.

M4 – O processo de trabalho do VISAU – concepções e metodologias.

M5 – As ferramentas de trabalho do VISAU – análise da situação de saúde e condições de vida.

M6 – Produzindo informações, desvelando o território.

M7 – Promover saúde no espaço local.

M8 – Saberes e práticas para produção social da saúde.

M9 – Espaço e método para o trabalho da VISAU.

M10 – Agir em saúde: estratégias e ações. (p.49-52)

4.2.9 Resolução de estudos de caso

A categoria Resolução de Estudos de Caso está destacada no D7 e é interessante uma vez que:

A cada unidade de aprendizagem um Estudo de Caso (EC) elaborado por especialistas das áreas das vigilâncias [...] deve ser trabalhado [...]. (p.32)

Estudo de Caso:

Os casos se constituem como situações-problema [...]. (p.37)

[...] elaboradas por especialistas das áreas específicas das vigilâncias ambiental, epidemiológica, sanitária e saúde do trabalhador, devendo ser trabalhados para que busquem resolvê-los, de modo a recortar elementos e questões singulares dessas áreas de conhecimentos e práticas em saúde.

EC1 – Vigilância Ambiental:

Contaminação por vazamento de gasolina.

EC2 – Vigilância Epidemiológica:

Dengue

EC3 – Vigilância Sanitária:

VISA

EC4 – Vigilância Saúde do Trabalhador:

VST (p.49-52)

Desta maneira, os alunos praticam um exercício de abstração e de aplicação da teoria, estimulando a reflexão e desenvolvendo as competências, habilidades e atitudes necessárias à solução de problemas reais.

4.2.10 Trabalho de campo

A categoria Trabalho de Campo refere-se a:

Trabalho de Campo:

É uma metodologia didática, ou melhor, um procedimento pedagógico que facilita a construção do conhecimento. (D7, p.35)

TC1:

Apresentação do trabalho de Campo e dos territórios selecionados para a investigação.

1. Coleta de informações sobre organização da Vigilância em saúde – estruturas operacionais.
2. Ações e práticas desenvolvidas no território.

TC2:

O papel do território na produção de saúde e doença.

1. Identificação de situações de vulnerabilidade e risco no território. Mapeamento das áreas vulneráveis.
2. Leitura de texto sobre risco/vulnerabilidade (oficina de trabalho).

TC3:

Identificação de situações problemas relacionadas a produtos, portos, aeroportos e fronteiras.

22. Leitura de texto e seminário sobre a vigilância sanitária – significado, estrutura e ações desenvolvidas.

TC4:

Identificação de situações problemas relacionadas aos ambientes e processos de trabalho.

23. Leitura de texto e seminário sobre a vigilância à saúde do trabalhador significado, estrutura e ações desenvolvidas. (D7, p.49-52)

Por articular teoria, prática e ensino; serviços e comunidade, é uma das maneiras de aprendizagem significativa.

No Curso Técnico de VISAU é uma das etapas do processo de aprendizagem e tem como objetivo levar o aluno a elaborar um diagnóstico das condições de vida e da situação de saúde da população de sua área de atuação, como forma de conhecer e reconhecer o território e a população que estão sob os cuidados da equipe de saúde local.

Contribuirá com a equipe de saúde, os gestores e a população, nas ações de promoção da saúde, uma vez que buscarão juntos, soluções adequadas que possam melhorar as condições de vida e a saúde local.

4.2.11 Campo de prática/ Estágio curricular

A categoria Campo de Prática/ Estágio Curricular encontrada no D7 relata que:

O estágio curricular é uma estratégia pedagógica importante na formação profissional, que deve efetuar as ligações do aluno com o mundo do trabalho, e no caso da saúde, ao processo de trabalho em saúde. (D7, p.36)

Durante o curso, o aluno percorrerá diversas atividades dos serviços e da rede de saúde do SUS, de modo a construir um vínculo e uma identidade profissional com áreas e processos da vigilância em saúde – vigilância ambiental, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde do trabalhador, planejamento e programação local, informação, comunicação e educação em saúde, tecnologias da informação, gestão, etc. (D7, p.36)

O estágio curricular propicia ao aluno a elaboração de sentidos e significados entre seu processo de aprendizado e as questões que sistematicamente aparecerão no cotidiano dos serviços de saúde e na comunidade do seu território de atuação.

4.2.12 Oficinas

No D7 a categoria Oficinas descreve que:

Outro ponto de destaque da proposta é o desenvolvimento de oficinas com o objetivo de fortalecer o processo de leitura e produção crítica de textos, [...]. (p.39)

UA2:

1ª Oficina para identificação, estruturação e seleção de problemas relacionados ao funcionamento da VISAU.

UA3:

2ª Oficina para seleção de problemas prioritários.

UA4:

3ª Oficina para seleção de problemas prioritários. (p.49-52)

As oficinas, assim como a monografia, devem possibilitar ao aluno utilizar a linguagem científica como expressão de suas reflexões.

4.2.13 Sistema de informação

A categoria Sistema de informação foi destacada, pois é uma das ferramentas de trabalho mais importantes para a vigilância em saúde . Deve disponibilizar o suporte necessário para o planejamento, decisões e ações da equipe de saúde.

Um de seus objetivos básicos, na concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), é possibilitar a análise da situação de saúde em nível local tomando como referência uma área territorial e considerando, necessariamente, as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença. (BRASIL, 2007 b)

O D7 faz referência a esta categoria da seguinte maneira:

O Sistema de Informação em Saúde e Sistemas de Informação Geográfica (SIS/SIG) tem por objetivo favorecer o processo ensino-aprendizagem do Curso Técnico em VISAU [...]. (p.41)

Para planejar as ações de promoção da saúde e de prevenção e controle das doenças, a informação em saúde é importante ferramenta ao trabalho do Técnico de Vigilância em Saúde. Então algumas competências precisam ser desenvolvidas, conforme D7:

Competências Relativas à Integração com o SUS:

1. Gerar dados e produzir informações territorializadas para o SUS/ Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.

Habilidades:

- a. Compreender a diferença entre dado e informação.
- b. Identificar e buscar outras fontes de informação [...].
- c. Reconhecer a importância das informações produzidas, [...].
- d. Registrar as atividades desenvolvidas e notificar [...]. (p.55)

4.2.14 Avaliação sistemática

A categoria Avaliação Sistemática deve ser entendida como integrante do currículo integrado, onde é relevante que os docentes orientem sistematicamente a reflexão e a análise sobre o processo de ensino-aprendizagem, a partir das percepções iniciais dos alunos, estimulando a observação, a indagação e a busca de resposta.

No D3, encontrei o seguinte registro:

É pela aquisição por parte dos alunos, das competências gerais do técnico e específicas do perfil profissional, que a escola responsabilizar-se-á pela expedição dos diplomas. (p.222)

Já no D7 aparecem as seguintes unidades de registro:

Os projetos são matrizes operacionais do curso [...] para avaliar sistematicamente conteúdos teóricos, práticas, processos e tecnologias, [...]. (p.32)

... possibilitar o acompanhamento do aluno, sendo um elemento formativo e processual para avaliação da aprendizagem. (p.37)

[...] oferece ao aluno a oportunidade de refletir e avaliar seu processo de aprendizagem [...], refletir sobre a construção do conhecimento, [...]. (p.39)

[...] a avaliação se coloca como fechamento de um percurso formativo e de abertura a novas perspectivas de aprendizagem e de trabalho para o aluno, a escola e o preceptor. (p.40)

A avaliação pode/deve recorrer à metodologia da implicação, onde os sujeitos avaliados são observados através das dimensões: psico-afetiva; estrutural-profissional e existencial. (p.43)

É importante respeitar o ritmo de aprendizagem e os padrões culturais de quem aprende, a fim de que os alunos produzam seus próprios conhecimentos e mudanças num sentido de integração e compromisso com o serviço e a escola, bem como a busca ativa de conhecimentos e técnicas apropriadas a cada situação.

Os recursos para avaliar podem ser: participação em aula e outras atividades, trabalhos em sala de aula e de campo, provas, seminários, relatórios, resumos ou fechamento de leituras, dentre outras, as quais devem compor o *portfólio* de cada aluno para fins avaliativos e didático-pedagógicos.

4.2.15 Capacitação pedagógica do corpo docente

As capacitações pedagógicas difundem os princípios de uma abordagem pedagógica crítico-reflexiva, expressa na metodologia da problematização, através do uso do Arco de Maguerez, e visam qualificar os profissionais de nível superior para a docência nos cursos técnicos.

Privilegiando a integração ensino-serviço, busca refletir sobre o sujeito que aprende, o objeto a ser apreendido, o conhecimento resultante da interação sujeito-objeto e o docente como facilitador desse processo.

A categoria Capacitação Pedagógica do Corpo Docente foi destacada, pois no D3:

Recomenda-se:

- A capacitação pedagógica do corpo docente, privilegiando processos pedagógicos crítico-reflexivo-participativo [...]. (p.18)

No D7 as unidades de registro encontradas foram:

Os professores, inclusive convidados, necessariamente devem passar por uma dinâmica de contextualização (workshop ou oficina) como forma de aproximação didático-pedagógica, [...]. (p.45)

[...] qualificar a formação dos docentes para potencializar a interação – ambientes favoráveis para a aprendizagem. (p.45)

Tanto os docentes como os alunos deveriam se libertar de modelos prescritivos, pois ambos são requeridos no processo ensino-aprendizagem. O aluno trazendo suas experiências de vida e trabalho e o docente, numa compreensão avançada de sua função, atuando como mediador da construção do conhecimento.

CAPÍTULO V

SÍNTESE PROPOSITIVA

Esta síntese parte do pressuposto de que as ações de vigilância em saúde hoje estão voltadas a mecanismos regulatórios e desarticuladas do eixo da promoção da saúde do SUS.

As políticas voltadas à educação profissional historicamente, têm sido orientadas com o objetivo de adaptação dos trabalhadores ao que já existe, ou seja, da naturalização das ações, esvaziada de sentido, voltada para o aumento da produtividade, da competitividade, do acúmulo do capital, favorecendo a manutenção do capitalismo.

Cabe então às práticas curriculares, promover uma educação contra-hegemônica, transformadora, crítica e qualificada dos trabalhadores da saúde, buscando favorecer ao longo do processo formativo, uma análise crítica das relações de produção e sociedade, da possibilidade de superação do existente, emancipadora. São elas que determinam o perfil do profissional de saúde e sua atuação.

Na Figura 4, procuro demonstrar comparativamente as práticas de saúde do modelo tradicional de trabalho das vigilâncias com as práticas propostas pelo novo modelo da vigilância em saúde, cuja mudança paradigmática perpassa pelas práticas curriculares.

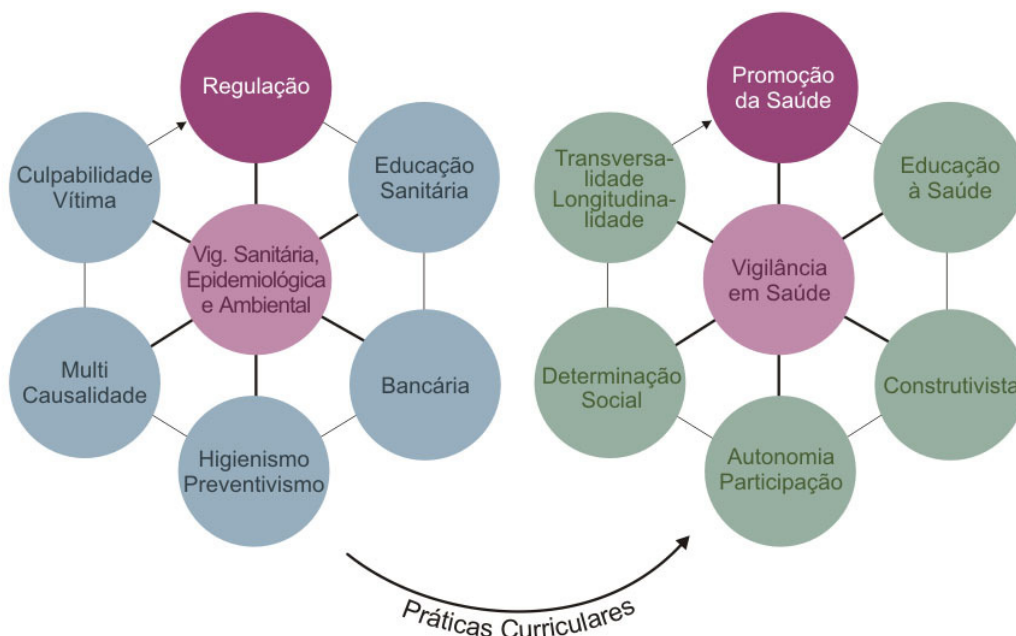


Figura 4 - Práticas curriculares como mudança paradigmática

Sendo os Técnicos de Vigilância em Saúde atores estratégicos do SUS, o curso técnico precisa alinhar-se aos seus princípios, capacitando-os a desenvolverem diferentes ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção de agravos e doenças, compreendendo a complexa rede de determinantes sociais da saúde e sabendo agir de modo autônomo, criativo e estratégico para transformar a realidade social e sanitária do seu território de atuação. A sala de aula torna-se assim, espaço de consolidação do SUS, vinculando o processo formativo às necessidades de saúde da comunidade.

Toda prática curricular parte de uma concepção saúde-doença como pressuposto e essa concepção refletirá determinando o perfil e a atuação de um profissional. Propondo um currículo voltado à promoção da saúde, pretendo que a prática profissional do Técnico de Vigilância em Saúde parta do conceito ampliado de saúde, que reconheça a necessidade do outro, baseando-se no princípio da integralidade.

Como bases epistemológicas à construção do currículo, considero as seguintes: história, sociologia, antropologia, filosofia, psicologia, educação, comunicação, política, economia e direito, que criarão a base ética, política e social do trabalho em saúde. As bases tecnológicas advindas da biologia, anatomia e fisiologia humanas, microbiologia, parasitologia, bioquímica, matemática e ecologia, levarão ao desenvolvimento das técnicas de trabalho.

Para que o Técnico de VISAU reconheça as necessidades da comunidade e busque de maneira criativa, interdisciplinar, intra e intersetorial, parcerias para atendê-las, alguns conteúdos básicos se fazem imprescindíveis durante o curso de formação conforme categorização de conteúdos:

- Sistema Único de Saúde (SUS), Atenção Primária em Saúde (ações integradas de saúde), Estratégia Saúde da Família;
- Controle/ participação social;
- Vigilância em saúde: novo modelo assistencial;
- Relações de causalidade das doenças: Desencadeador etiológico, condicionante ambiental e determinante social (proteção da saúde, prevenção de agravos e doenças, promoção da saúde);
- Promoção da saúde como eixo de trabalho;
- Territorialização;
- Interdisciplinaridade;
- Trabalho, processo de trabalho, trabalho em equipe;
- Vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica e saúde do trabalhador;
- Papel do Técnico de VISAU na equipe e comunidade;
- Sistemas de informação em saúde;
- Informática;
- Gestão em saúde (planejamento e programação estratégica);
- Educação em saúde e empoderamento;
- Comunicação em saúde (comunitária, interdisciplinar e intersetorial);
- Práticas educativas em saúde;
- Ética e bioética em saúde;
- Metodologia da pesquisa científica.

Segundo o D3 as competências, habilidades e bases tecnológicas são os elementos que embasam a organização dos currículos da educação profissional. A escola tem autonomia na composição do seu desenho curricular, desde que, seja qual for a configuração do currículo, sejam contempladas todas as competências profissionais gerais do técnico de nível médio em Saúde, constantes na Resolução n. 4/99 do Conselho Nacional de Educação.

As competências do Técnico de VISAU estão em construção por uma equipe do Ministério da Saúde e serão contempladas no currículo da escola. Analisando o D3 onde são descritas as competências e habilidades a serem desenvolvidas pelos alunos dos cursos técnicos, criou-me uma inquietação a maneira como estão dispostas. Entendo que a competência não está desvinculada da habilidade e atitude, sendo que fazem parte do mesmo contexto onde competências, habilidades e atitudes se mesclam transversalmente a um eixo de conhecimento.

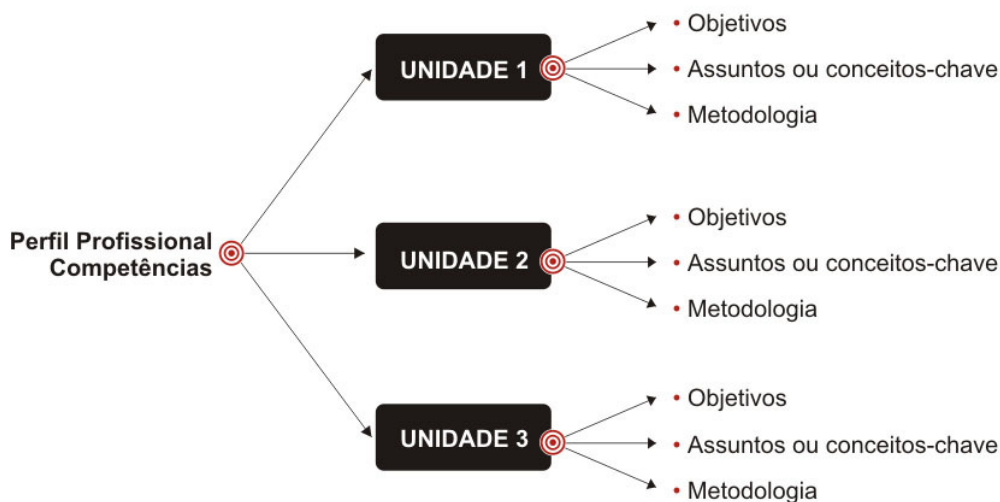
O currículo integrado é a proposta mais apropriada para atender a mudança paradigmática, articulando dinamicamente serviço e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade.

Partindo-se do perfil do Técnico de VISAU serão agrupadas as competências necessárias. Para cada grupo de competências, serão listados os conceitos, processos, princípios e técnicas necessários ao desenvolvimento de tais competências, estabelecendo relações entre eles, detectando conhecimentos comuns, hierarquizando-os. Trata-se de um processo de síntese e classificação dos conhecimentos necessários que resulta numa árvore de conhecimentos encadeados e relacionados como em uma rede (rede de estrutura de conteúdos), onde os conceitos, processos e princípios são os assuntos-chave.

Cada assunto-chave e sua respectiva rede de conhecimentos teóricos e práticos dão lugar a uma unidade de ensino-aprendizagem, ou seja, uma estrutura pedagógica dinâmica, orientada por objetivos de aprendizagem, em função de um conjunto articulado de conteúdos e sistematizada por uma metodologia didática. Cada unidade guarda certa autonomia com respeito às demais, porém, ao mesmo tempo,

se encontram articuladas com as outras com vistas à totalização das competências e do perfil profissional.

Para melhor entendimento da construção de um currículo integrado, veja Figura 5:



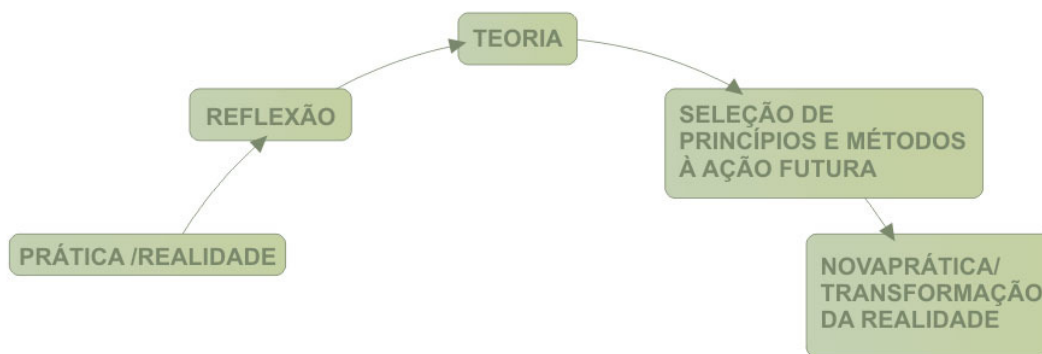
Fonte: Davini, 1994

Figura 5: Currículo integrado – estrutura

A pedagogia proposta pretende preparar o aluno como sujeito ativo, reflexivo, criativo e solidário, portanto os objetivos da aprendizagem devem estar voltados a criar condições para que o aluno possa construir ativamente o seu próprio conhecimento. Assim, a aprendizagem se dará como resultado da assimilação ativa a partir da prática do aluno e das sucessivas mudanças provocadas pela informação gradativamente assimilada.

A metodologia neste currículo integrado opera uma profunda mudança no processo pedagógico, pois representa a integração ensino-serviço. Supõe planejar uma série encadeada de atividades de aprendizagem que surgem das situações do próprio serviço (prática/realidade). A partir delas, se incentivará a reflexão e busca de conhecimentos (teoria) que serão selecionados (seleção de princípios e métodos) e

indicarão novas formas de atuação (nova prática/transformação da realidade). Cada unidade de ensino-aprendizagem passará pelo mesmo processo podendo variar os materiais e estratégias, integrando ensino individual e grupal, mas sempre no mesmo sentido. Veja Figura 6:



Fonte: DAVINI (1994)

Figura 6: Metodologia do currículo integrado

Neste currículo é relevante que os docentes orientem sistematicamente a reflexão e a análise sobre o processo de ensino-aprendizagem, a partir das percepções iniciais dos alunos, problematizando, corrigindo desvios, avaliando avanços e dificuldades.

Para tanto, o corpo docente necessita participar de capacitações pedagógicas ou oficinas, como forma de aproximação ao currículo, à metodologia e à abordagem didático-pedagógica preconizada pela escola, pois o êxito do curso está relacionado à aceitação e incorporação da proposta por parte do docente, requerendo atitudes e posturas pautadas numa relação horizontalizada entre ele e o aluno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar essa pesquisa foi uma experiência inédita que me engrandeceu como pessoa e como profissional da área da saúde. No início, muita insegurança em como começar, por onde e para onde ir. Em cada orientação, que na verdade eram aulas, “colheradas” de segurança iam sendo administradas pelo orientador. Eram tantos símbolos e significados que se incorporavam em mim que muitas vezes eu saía atordoada, mas sempre feliz.

As análises documentais foram trabalhosas, mas muito gratificantes. Buscando congruências, encontrei muitas incongruências principalmente com relação ao conceito e práticas de promoção da saúde.

Propor uma mudança curricular é apenas o início de um trabalho que necessariamente precisa ser coletivo, tendo a participação do corpo técnico do Centro Formador, de egressos da única turma do Curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental e de trabalhadores das vigilâncias a nível estadual e municipal. Oficinas para análise e considerações precisarão ser realizadas num futuro bem próximo, pois a demanda pelo curso descentralizado continua grande.

Tenho clareza de que apenas a mudança curricular não garante a formação de técnicos cujas ações em saúde partam do conceito ampliado de saúde, que considera a determinação social do processo saúde-doença, que entenda a educação em saúde como uma das ferramentas que levam ao empoderamento e à autonomia dos cidadãos para intervir na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida individual e coletiva, que entenda que para promover saúde é preciso agir intersetorial e interdisciplinarmente, com apoio político e da gestão.

Nosso objetivo não é somente a formação de técnicos, mas de pessoas que compreendam a realidade do território e que nele possam atuar como profissionais que tragam resolubilidade às diversas situações a que possam se defrontar, considerando que nem tudo será solucionado, mas que também será preciso aprender a lidar com frustrações sem deixar-se esmorecer.

Investir nos cursos de graduação, para que os profissionais responsáveis pela formação dos técnicos entendam que para cada concepção de saúde existe uma ação correlata se faz necessário, uma vez que ao pretendemos enfatizar a promoção da saúde nos currículos de formação, precisamos ampliar nossa visão. A capacitação desses docentes será tema de discussão nas oficinas para uma formação qualificada dos trabalhadores de nível médio.

O currículo por competências preconizado pelas Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação precisa continuar sendo analisado e avaliado, principalmente no quesito formação humana, pois da forma como está estabelecido, nega as subjetividades dos sujeitos e adaptam os mesmos ao mercado de trabalho, desconsiderando suas potencialidades. Considero o plano de curso do Curso Técnico de Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ, uma referência a ser utilizada por todas as escolas técnicas, pelos seus pressupostos teóricos, metodológicos e didático-pedagógicos que têm consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Somos participantes da Reforma Sanitária, responsáveis pela implementação do SUS e nesse sentido, o reconhecimento da integralidade como diretriz das ações em saúde, que respeitem a integridade e a individualidade das pessoas, deverá ser incorporada, progressivamente, em todos os níveis de formação profissional. Para atender as demandas do SUS, a Vigilância à Saúde busca consolidar seus princípios e diretrizes, tendo como foco o território, a qualidade de vida como condição de saúde e de cidadania, sob o enfoque ampliado de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. A. P.; PAIVA, C. H. A. **Recursos críticos**: história da cooperação técnica OPAS – Brasil em recursos humanos para a saúde (1975 – 1988). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. IN (org. Angélica Ferreira Fonseca e Anamaria D'Andrea Corbo) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2007.

BORDENAVE, J. E. D. Alguns fatores pedagógicos. IN BRASIL, Ministério da Saúde. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor – área da saúde**. reimpr. da 1.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, 8. Brasília: CONASS, 2007 a.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em saúde**. Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, 6, 1 – Brasília: CONASS, 2007 b.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em saúde**. Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, 6, 2 – Brasília: CONASS, 2007 c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 648 de 28 de março de 2006**. Diário Oficial da União. Brasília, 2006.

BRASIL. **Cartilha Educação Profissional**. Referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico, área profissional – saúde. Ministério da Educação. 2000.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei nº. 11.741 de julho de 2008**. Da educação profissional técnica de nível médio.

BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde – **Seminário sobre as propostas da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para a Política de Educação na Saúde**. Brasília, 14 e 15 de maio de 2003.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. IN (org. Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

CAMPOS, C. E. A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2), 2003.

CAMPOS, F. E.; PIERANTONI, C. R.; MACHADO, M. H. **Conferências de Saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate**. *Cadernos RH Saúde*. Ministério da Saúde, vol. 3, n.1, p. 9-12, Brasília, 2006.

CAMPOS, F. E. *et al.* **Os desafios atuais para a educação permanente no SUS**. *Cadernos RH Saúde*. Ministério da Saúde, vol. 3, n.1, p. 41-53, Brasília, 2006.

CATANNI, A. **Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico**. Petrópolis: Vozes, 1997.

CHAGAS, J.; TORRES, R. **Reivindicações sociais durante a ditadura apontam a necessidade de redemocratização**. *Revista Poli – Saúde, Educação e Trabalho*. Ano I, n. 1, set/out.2008.

COSTA, E.A. **6º Seminário temático da ANVISA**. “O Trabalhador na ANVISA na construção de uma nova vigilância sanitária: profissional de saúde ou fiscal?”. Maio, 2001a.

COSTA, E.A. Vigilância sanitária, saúde e cidadania. **Cadernos de Saúde** vol.4. Belo Horizonte: Coopmed, 2001b.

COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. IN (org. Adriana Castro e Miguel Malo) **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC: OPAS, 2006.

CURITIBA. **Decreto n. 181/1995**. Aprova especificações, atribuições, tarefas típicas, requisitos e demais características dos cargos da Administração Direta da Municipalidade de Curitiba.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de pensamento em educação médica**: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. 2001. 226p. Tese (Doutorado) Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CUTOLO, L. R. A. **Modelo biomédico, reforma sanitária e educação pediátrica**. Arquivos Catarinenses de Medicina. Vol. 35, n. 4, 2006.

CUTOLO, L. R. A. **O SUS e a formação de recursos humanos**. Revista *on line* da Associação Catarinense de Medicina. V. 32, n. 2, 2003, p. 49-59.

CZERESNIA, D. **Promoção da saúde**: reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

DAVINI, M. C. Currículo integrado. IN BRASIL, Ministério da Saúde. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor – área da saúde**. reimpr. da 1.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

ESCOREL, S. Projeto Montes Claros: Palco e bandeira de luta, experiência acumulada do movimento sanitário. IN (org. Sônia Fleury) **Projeto Montes Claros**: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

FALEIROS, V. P. *et al.* **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. . IN (org. Dina

Czeresnia e Carlos Machado de Freitas) **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

GALVÃO, E. A. *et al.* **As escolas técnicas do SUS**: uma abordagem histórica. Cadernos RH Saúde. Ministério da Saúde, vol. 3, n.1, p. 61-83, Brasília, 2006.

GERMANO, J. W. **Estado Militar e Educação no Brasil (1964-1985)**. 2ª ed., Cortez, São Paulo, 1994.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa** – 3. ed. – São Paulo: Atlas, 1991.

Haidar, M. L. M.; Tanuri, L. M. A evolução da Educação Básica no Brasil – Políticas e Organização. IN Meneses, João Gualberto de Carvalho (org.). **Educação básica**: políticas, legislação e gestão – Leituras, Pioneira Thomson Learning, São Paulo, 2004.

LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986.

MAEYAMA, M. A. **Estilos de pensamento na odontologia social e preventiva**: um estudo da disciplina de odontologia social e preventiva do curso de odontologia da UNIVALI. [Tese de Mestrado. Universidade do Vale do Itajaí]. Itajaí, 2006.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. IN (org. Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na vigilância sanitária. IN (org. Gustavo A. Furquim Werneck e Maria Cristina Fekete) **Textos de vigilância sanitária- VISA na atenção básica**. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 2007.

MONKEN, M.; BATISTELLA, C. Vigilância em saúde. IN (org. Isabel Brasil Pereira e

Júlio César França Lima) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

NESCON/ Faculdade de Medicina/ UFMG. Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado em Saúde. **Relatório da pesquisa atribuições do pessoal de nível médio que atua nos serviços de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental**. Belo Horizonte, 2007.

NORONHA, A. B. M. Comunicação em saúde: aspectos relevantes para a vigilância sanitária. IN (org. Gustavo A. Furquim Werneck e Maria Cristina Fekete) **Textos de vigilância sanitária - VISA na atenção básica**. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 2007b.

NORONHA, A. B. M. Informação em Saúde. IN (org. Gustavo A. Furquim Werneck e Maria Cristina Fekete) **Textos de vigilância sanitária- VISA na atenção básica**. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 2007a.

PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. IN: **Conferência regional sobre tendências futuras e a renovação da meta Saúde par Todos**. Série estudos em saúde coletiva. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PARANÁ. LEI nº 13331, de 23 de novembro de 2001. **Código de Saúde do Paraná** Dispõe sobre a organização, regulamentação, fiscalização e controle das ações dos serviços de saúde no Estado do Paraná.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha. **Plano de curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental**. 1995.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha. **Projeto Político Pedagógico**. 1996

PEDROSA, J. I. S. Promoção da saúde e educação em saúde. IN (org. Adriana

Castro e Miguel Malo) **SUS**: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: HUCITEC: OPAS, 2006.

PINHEIRO, E. F. C. *et al.* **Profissional de saúde**: a inter-relação entre a formação e a prática. Formação. Ministério da Saúde. V. 3, n. 8, p. 47-58, Brasília, maio/ago 2003.

RAMOS, M. N. Currículo integrado. IN (org. Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

RAMOS, M. N.; PEREIRA, I. B. **Educação Profissional em Saúde**. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

RETSUS. **Revista da Rede de Escolas Técnicas do SUS**. Ano I n. 1, set/2004.

RIO DE JANEIRO. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Plano de curso técnico em vigilância à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SANTOS, M. A. M. Dissertação de Mestrado. **As diretrizes curriculares e o currículo de graduação em medicina da UNIVALI**: construindo a interdisciplinaridade através de objetos fronteiriços e da epistemologia de Fleck. Itajaí, 2005.

SAVIANI, D. **Educação**: do senso comum à consciência filosófica. 17.ed. revista – Campinas, SP: Autores Associados, 2007. – (Coleção educação contemporânea)

SÍCOLI, J. L. ; NASCIMENTO, P. R. **Promoção de saúde**: concepções, princípios e operacionalização. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, J. M. Educação Escolar e Trabalho no Brasil: O ensino médio. IN MENESES, J. G. De C. (org). **Educação básica**: políticas, legislação e gestão – Leituras, Pioneira Thomson Learning, São Paulo, 2004.

SÓRIO, R. E. R. **Educação profissional em saúde no Brasil**: a proposta das escolas técnicas de saúde do Sistema Única de Saúde. Formação. Ministério da

Saúde. V. 2, n. 5, 2002, p. 45-58. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TEIXEIRA, C. F. **Formulação de políticas de atenção integral à saúde de grupos populacionais específicos no âmbito do Sistema Único de Saúde: bases conceituais e proposta metodológica.** Consultoria DAPE/MS, novembro de 2003.

TEIXEIRA, C. F. Um sistema em construção. IN (org. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio) **O SUS e a vigilância em saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPSJV/PROFORMAR, 2004.

TOGNOLI, H. **Práticas Curriculares em Medicina na Atenção Básica: um estudo de caso.** [Tese de Mestrado. Universidade do Vale do Itajaí]. Itajaí, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** 16. reimpr.- São Paulo: Atlas, 2008.

WENDHAUSEN, A. L. P.; SAUPE, R. Os desdobramentos da promoção da saúde na realidade latino-americana/brasileira: participação, empoderamento e interdisciplinaridade. IN (org. Rosita Saupe e Águeda L. P. Wendhausen) **Interdisciplinaridade e saúde.** - Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2007.

APÊNDICE

BLOCO DE INFORMAÇÕES

NOME DO DOCUMENTO:	ANO:
AUTOR:	
ACESSO:	
RESUMO:	
CONTEÚDO EXPLÍCITO:	
CONTEÚDO IMPLÍCITO:	
REFERENCIAL TEÓRICO:	

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)