

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Iara Saldanha de Lucena

CURSO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA ETSUS-BA:  
diálogo com as Diretrizes e Orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Rio de Janeiro

2016

Iara Saldanha de Lucena

CURSO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA ETSUS-BA:  
diálogo com as Diretrizes e Orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Professor Dr. Maurício Monken.

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

L935c

Lucena, Iara Saldanha de

Curso Técnico de Vigilância em Saúde da ETSUS-BA: diálogo com as diretrizes e orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde / Iara Saldanha de Lucena. - Rio de Janeiro, 2016.

200 f.

Orientador: Maurício Monken

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

1. Vigilância em Saúde. 2. Formação Técnica. 3. Diretrizes Curriculares. 4. Planejamento do Curso. I. Monken, Maurício. II. Título.

CDD 362.10425

Iara Saldanha de Lucena

CURSO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA ETSUS-BA:  
diálogo com as Diretrizes e Orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 30/09/2016

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr<sup>o</sup> Mauricio Monken (FIOCRUZ / EPSJV / LAVSA)

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Grácia Maria de Miranda Gondim (FIOCRUZ / EPSJV / LAVSA)

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Maria Jalila Vieira de Figueirêdo Leite (UFRN)

*Aos trabalhadores da VISAU que acreditam e trabalham na perspectiva da construção de um modelo de atenção à saúde pautado na integralidade das práticas.*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, pelo amor e incentivo a aprender, e a meus irmãos inha família que me deu apoio para superar as dificuldades que se tornaram menores.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, especialmente ao Professor Orientador Mauricio Monken, por compartilhar seus conhecimentos.

A Júlio Lima, coordenador do mestrado RETSUS-NE pelo compromisso com o projeto.

Aos trabalhadores da EPSJV pelo acolhimento e dedicação, sobretudo Patrícia Moço, Micheli Abreu, Cláudia Ribeiro pela cooperação.

A equipe do LAVSA, em especial Grácia Gondim, Felipe Bagoteli e Edilene pelo acolhimento e conhecimentos compartilhados.

Aos (as) docentes da EPSJV pelas aprendizagens, pela articulação teoria-prática e as aulas marcadas pela historicidade e análises críticas instigantes.

Agradecimento especial aos colegas do mestrado pelas aprendizagens e solidariedade, em especial a Jadson Moreira, Sandro Reis e Maria da Assunção Régis.

Ao grupo gestor da ETSUS pelo apoio.

As colegas da ETSUS-BA pela cooperação cotidiana e aprendizagens compartilhadas.

A colega Jozedna Ramos pela capacidade de escuta, leitura parcial da dissertação e colaboração.

A Gênova Carvalho da DIVISA pelo incentivo..

A equipe da Casa Amarela pelo acolhimento.

A equipe do Hospital São Rafael pelo cuidado humanizado com minha saúde, sobretudo Dr. Elias Quinto, Dr. Euler Ázaro e Dr. Marcos Lira.

A meus amigos e amigas que me incentivaram a realizar esse projeto.

## RESUMO

O estudo promove uma reflexão sobre a formação de trabalhadores técnicos da Vigilância em Saúde. Caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa. Foi utilizada a técnica de análise documental e o método de análise de conteúdo. O objetivo geral foi analisar a formação, considerando os pressupostos da educação profissional em saúde e o modelo de vigilância em saúde e os objetivos específicos foram analisar o plano do Curso Técnico de Vigilância em Saúde, à luz das Diretrizes e Orientações Curriculares preconizadas pelo Ministério da Saúde e identificar os conceitos-chaves da educação profissional e da VISAU para a organização da formação técnica dessa área de atuação. Os dados obtidos foram transcritos e analisados, conforme os procedimentos previstos na análise de conteúdo. Os principais resultados obtidos evidenciam que o plano de curso não incorpora as dimensões sociais, culturais e políticas de território, essenciais na formação do TECVISAU, e os problemas de saúde não são reconhecidos como necessidades sociais que não foram atendidas. Além disso, o trabalho em equipe não expressa a integração entre a Vigilância e a Atenção Básica na perspectiva da produção social da saúde. O plano de curso precisa resgatar os pressupostos da VISAU e incorporar a perspectiva histórico-crítica.

Palavras-Chave: Curso Técnico em Vigilância em Saúde. Diretrizes Curriculares. Planejamento do Curso.

## **ABSTRACT**

This study promotes a reflection on the training of technical staff of the Health Surveillance. It is characterized by a qualitative study. The technique of documental analysis and the method of content analysis were used. The principal objective was to analyze the training, considering the premises of professional education in healthcare and the health surveillance model and the specific objectives were to analyze the plan of the Technical Course of Health Surveillance, in light of the Curricular Guidelines and Orientations proposed by the Ministry of Health and to identify the key concepts of professional education and of VISAU for the organization of technical training in this area of actuation. The data obtained were transcribed and analyzed, following the procedures of content analysis. The main results obtained show that the course plan does not incorporate the social, cultural and political dimensions of territory, essential in the training of TECVISAU, and health problems are not recognized as social necessities that have not been met. Furthermore, teamwork does not express an integration between Surveillance and Basic Care in the perspective of the social production of health. The course plan must incorporate the premises of VISAU and incorporate a historico-critical perspective.

**Keywords:** Technical Course in Health Surveillance. Curricular Guidelines. Course Planning.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desenvolvimento
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CBO</b>	Classificação Brasileira de Ocupação
<b>CBVA</b>	Curso Básico de Vigilância Ambiental em Saúde
<b>CBVE</b>	Curso Básico de Vigilância Epidemiológica
<b>CEBES</b>	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
<b>CEE</b>	Conselhos Estaduais de Educação
<b>CEFORH</b>	Centros de Formação de Recursos Humanos
<b>CENEPI</b>	Centro Nacional de Epidemiologia
<b>CEPAL</b>	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CFE</b>	Conselho Federal de Educação
<b>CGR</b>	Colegiados de Gestão Regional
<b>CIE</b>	Centro de Investigação Epidemiológica
<b>CIES</b>	Comissões de Integração Ensino-Serviço
<b>CIR</b>	Comissão Intergestores Regional
<b>CND</b>	Comissão Nacional de Determinantes
<b>CNGTES</b>	Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

<b>CNCT</b>	Catálogo Nacional de Cursos Técnicos
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>CSO</b>	Coordenação de Suporte Operacional
<b>CT VISAU</b>	Curso Técnico de Vigilância em Saúde
<b>DEGES</b>	Departamento de Educação e Gestão da Educação na Saúde
<b>DIREs</b>	Diretorias Regionais de Saúde
<b>DIVEP</b>	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
<b>DIVISA</b>	Diretoria de Vigilância Sanitária Ambiental
<b>DS</b>	Distrito Sanitário
<b>DSS</b>	Determinantes Sociais de Saúde
<b>DSBRV</b>	Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho
<b>DSCH</b>	Distrito Sanitário Centro Histórico
<b>EAD</b>	Ensino à Distância
<b>EFTS</b>	Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis
<b>EPSJV</b>	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
<b>ETSUS</b>	Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
<b>FAPEX</b>	Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão
<b>FESF</b>	Fundação Estatal de Saúde da Família
<b>FIOCRUZ</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>FUNASA</b>	Fundação Nacional de Saúde
<b>GM</b>	Gabinete do Ministro

<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
<b>LDBEN</b>	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
<b>MAPP</b>	Método Altadir de Planificação Popular
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MTE</b>	Ministério do Trabalho e Emprego
<b>MPS</b>	Ministério da Previdência Social
<b>NAD</b>	Núcleos de Apoio Docente
<b>NRS</b>	Núcleos Regionais de Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PEGTES</b>	Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
<b>PES</b>	Planejamento Estratégico Situacional
<b>PIASS</b>	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
<b>PNE</b>	Política Nacional de Educação
<b>PNEPS</b>	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Imunização
<b>PPREPS</b>	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
<b>PROFAE</b>	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
<b>PROFAPS</b>	Programa de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde

<b>PROFORMAR</b>	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RET-SUS</b>	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
<b>RSI</b>	Regulamento Sanitário Internacional
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SBPC</b>	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
<b>SENAC</b>	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
<b>SENAI</b>	Serviço Nacional da Indústria
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SESAB</b>	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
<b>SESP</b>	Serviços de Saúde Pública
<b>SGETS</b>	Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde
<b>SINAVISA</b>	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SNCD</b>	Sistema de Notificação Compulsória de Doenças e Óbitos
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Saúde
<b>SNVS</b>	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
<b>SSP</b>	Secretaria de Segurança Pública
<b>SUPERH</b>	Superintendência de Recursos Humanos
<b>SUDS</b>	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

<b>SUVISA</b>	Superintendência de Vigilância em Saúde
<b>SVS</b>	Secretaria de Vigilância em Saúde
<b>SVS</b>	Secretaria de Vigilância Sanitária
<b>TECVISAU</b>	Técnico de Vigilância em Saúde
<b>TEIP</b>	Territórios Educativos de Intervenção Prioritária
<b>UNASUS</b>	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>VISAU</b>	Vigilância em Saúde
<b>ZDP</b>	Zona de Desenvolvimento Proximal
<b>ZOOP</b>	Planejamento de Projetos Orientados por Objetivos

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

<b>QUADRO I: EIXOS ESTRUTURANTES E NATUREZA DAS AÇÕES .....</b>	<b>95</b>
<b>QUADRO II: MÓDULOS QUE COMPÕE A ESTRUTURA CURRICULAR .....</b>	<b>96</b>
<b>QUADRO III: DIRETRIZES X PLANO DE CURSO DA ETSUS-BA.....</b>	<b>107</b>
<b>QUADRO IV: MATRIZ CURRICULAR DO CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE .....</b>	<b>124</b>
<b>QUADRO V: PLANO DE CURSO CTVISAU DA ETSUS-BA.....</b>	<b>128</b>

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	15
<b>INTRODUÇÃO</b>	17
<b>METODOLOGIA</b>	22
<b>CAPÍTULO 1: A Vigilância em Saúde como campo de saberes e práticas de saúde.</b>	35
1.1 Os modelos explicativos para o processo saúde-doença e as práticas incorporadas pela vigilância em saúde	35
1.2 O Sistema Único de Saúde e a Vigilância em Saúde	38
1.3 O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde	48
1.4 O Planejamento Estratégico nas ações de Vigilância em Saúde	49
1.5 O Território na Vigilância em Saúde	51
1.6 Educação, intersetorialidade e participação social: transformando o cenário do território	55
<b>CAPÍTULO 2: A Educação Profissional</b>	59
2.1 A Educação Profissional em Saúde	63
2.2 O currículo na formação de trabalhadores de saúde na perspectiva contra hegemônica	66
2.3 O currículo integrado	67
2.3.1 Aprendizagem e avaliação: acolhendo as experiências, os saberes e a diversidade	69
2.4 As Políticas e os projetos de formação de trabalhadores em saúde estruturantes para a implementação da Educação Profissional em Vigilância em Saúde nas ETSUS	72
2.4.1 O Projeto Larga Escala e o surgimento das ETSUS	72
2.4.2 O PROFAE e o modelo de competências	76
2.4.3 A Experiência do PROFORMAR	81
2.4.4 A Educação Permanente em Saúde e o PROFAPS	84
2.4.5 O processo de trabalho, o trabalho em equipe e a formação	87
<b>CAPÍTULO 3 - A Formação do Técnico de Vigilância em Saúde e as diretrizes do Ministério da Saúde – Curso X Diretrizes</b>	92

3.1 A implementação do CTVISAU pela ETSUS-BA	97
3.2 Análise dos resultados: diálogos do CTVISAU-BA com as Diretrizes e Orientações Curriculares do Ministério da Saúde	101
3.2.1 Análise comparativa entre o plano de curso do CTVISAU-ETSUS-BA e as Diretrizes e Orientações Curriculares do Ministério da Saúde	105
3.2.2 Análise do conteúdo do Plano Curricular do CTVISAU-ETSUS-BA pelas categorias selecionadas no referencial teórico	126
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	139
<b>REFERÊNCIAS</b>	140
<b>ANEXO A – MAPA DO ESTADO DA BAHIA – REGIÕES DE SAÚDE</b>	150
<b>ANEXO B – DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS ATIVIDADES DOS ACE E ACS</b>	151
<b>ANEXO C - ESTUDO DE CASO</b>	152
<b>ANEXO D – PORTFÓLIO</b>	153
<b>ANEXO E – JÚRI SIMULADO</b>	155
<b>ANEXO F – PLANO DE CURSO CTVISAU DA ETSUS-BA</b>	156

## APRESENTAÇÃO

Inevitavelmente a escolha do objeto de estudo está circunscrita a história profissional, portanto, associada à minha formação e influenciada pelo movimento instituinte, vivenciado no cotidiano do trabalho, na busca de aperfeiçoar a práxis fortalecendo a educação profissional em saúde, a partir dos processos formativos vivenciados na formação/qualificação, nos espaços de aprendizagem descentralizados e em Salvador, no estado da Bahia.

A partir de 2008, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) iniciou uma gestão que fortaleceu a descentralização dos processos formativos para trabalhadores técnicos de nível médio da Atenção Básica adotando dentre as linhas de ação a gestão participativa e, nesse cenário, atuei no acompanhamento pedagógico do Curso de Formação Técnica dos Agentes Comunitários de Saúde nos municípios da macro região centro-leste deste estado integrado por 73 (setenta e três) municípios.

Através dessa experiência conheci diferentes cenários políticos, sociais, econômicos e culturais e dialoguei com gestores, coordenadores, discentes, lideranças das entidades representativas, entre outros atores sociais, contribuindo para o fortalecimento da educação profissional em saúde nos múltiplos espaços formais e informais de aprendizagem dos diversos territórios.

Portanto, após essa experiência, pautada em bases democráticas e intersetoriais, participei da elaboração coletiva do guia curricular do Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (CTVISAU) enfrentando novos desafios inerentes à produção e a gestão de conhecimento em um estado marcado pela diversidade social e cultural.

Após a publicação das Diretrizes e Orientações Curriculares para a Formação do Técnico de Vigilância em Saúde (TECVISAU), em 2011, e reconhecimento da Vigilância em Saúde pelo Ministério da Saúde (MS)/Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde (SGETS) e Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (RET-SUS) enquanto área estratégica, a Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS) realizou oficinas em 2013 e 2014 com trabalhadores e lideranças das entidades representativas destes.

A partir de 2014 exerci a docência da 1ª unidade do curso e integrei a equipe de elaboração de dois guias curriculares do curso, exceto do primeiro, porém essas ações são inacabadas à medida que precisam ser atualizados, em parceria com as respectivas áreas técnicas, visando ampliar a oferta descentralizada do curso, atendendo as necessidades de saúde locais.

Além dessas experiências, em 2012-2013 participei, com duas colegas, do grupo de trabalho para a criação do Plano de Carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias e elaboração da respectiva portaria. Com a subdivisão do grupo, a ETSUS ficou inserida no sub-grupo Formação e Saúde do Trabalhador, porém, após algumas reuniões, esse processo foi interrompido na gestão do Secretário de Saúde, Dr. Jorge Solla.

Portanto, o interesse pelo objeto de investigação, decorreu dessas experiências, uma vez que possibilitaram a construção de novos saberes, reflexões e sentidos que têm estimulado mudanças na formação de técnicos de vigilância em saúde, em parceria com a Superintendência de Vigilância em Saúde (SUVISA), através da DIVISA, Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), Centro de Saúde do Trabalhador (CESAT), dentre outros atores sociais, contribuindo para fortalecer, em rede, a formação desses trabalhadores na perspectiva da integralidade das práticas de saúde.

## INTRODUÇÃO

O ordenamento da formação de trabalhadores de nível médio para o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto no artigo 200 da Constituição Federal (CF) e no artigo 6º da Lei nº 8080/90, desencadeou alguns desafios para o Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), e Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), em relação à formação do Técnico de Vigilância em Saúde (TECVISAU), dentre os quais a mudança das práticas de saúde, em um cenário marcado pela hegemonia do taylorismo-fordismo, e o desenvolvimento de habilidades requeridas pelo Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SINAVISA).

Após a implementação exitosa do Projeto Larga Escala (PLE), na década de 1980, em um contexto de redemocratização do país e, do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), em uma conjuntura marcada pelo neoliberalismo, o Ministério da Saúde, através da SGETS<sup>1</sup>, instituída em 2003, através do Decreto nº 8065, de 07.08.13, inspirado na experiência do PROFAE, implantou o Programa de Formação de Trabalhadores para a Área de Saúde (PROFAPS), através da Portaria nº 3189, de 18.12.09, e ampliou a oferta de cursos buscando atender as necessidades de saúde locais e reverter os diversos cenários epidemiológicos. Entretanto antes desses projetos serem implantados foi desenvolvido o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS).

Portanto, o Ministério da Saúde, através da SGETS, assumiu, como papel fundamental, propor e implementar a política de educação para o SUS, para que concretize o ordenamento da formação dos profissionais de saúde (missão constitucional), assegure a adequação de perfil e qualificação permanente dos trabalhadores inseridos no sistema. A educação na saúde deve contribuir efetivamente para a transformação das práticas de saúde no campo da gestão, da atenção e do controle social na perspectiva da integralidade e da humanização da atenção atendendo as necessidades de saúde da população.

---

<sup>1</sup> SGETS - tem como objetivos formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e, qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil (BRASIL, 2016).

Nessa perspectiva, visando qualificar trabalhadores técnicos de nível médio que atuam no SUS, o Ministério da Saúde desenvolve o PROFAPS, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), e apoia o Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU), dentre outros, em conformidade com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) e com as Diretrizes e Orientações Curriculares para a Formação do TECVISAU.

O CTVISAU atende aos requisitos da PNEPS, instituída pela Portaria nº 1996, de 20.08.07, atualmente vigente, e busca construir um perfil do técnico de vigilância que atenda as necessidades de saúde da população usuária do SUS, a partir do currículo por competências, adotado desde a implementação do PROFAP, em consonância com os pressupostos do modelo de Vigilância em Saúde e da Educação Profissional em Saúde, e com os objetivos do SNVS e SINAVISA.

No âmbito da PNEPS e considerando que o modelo de vigilância em saúde preconiza a integração da vigilância com a atenção básica é essencial implementar a formação de trabalhadores que atuam no âmbito da vigilância em saúde para que suas práticas no território contribuam para a produção social da saúde e a mudança dos perfis epidemiológicos, em conformidade com os princípios doutrinários organizativos do SUS, consagrados na Lei nº 8080/90, ampliando a participação social, prevista na Lei nº 8142/90.

Nessa perspectiva, no Estado da Bahia, a Superintendência de Recursos Humanos da Saúde (SUPERH)<sup>2</sup>, através da Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis (EFTS), vinculada à SESAB, desenvolve cursos centralizados e descentralizados para trabalhadores técnicos de nível médio que desenvolvem suas práticas no âmbito do SUS-BA, através de recursos financeiros do PROFAPS, além de ofertá-los à comunidade, através do

---

<sup>2</sup> SUPERH – integrada pela Diretoria da EFTS que desenvolve ações para a formação e educação permanente dos trabalhadores de nível médio do SUS-BA, bem como a capacitação técnico político e pedagógica dos profissionais de nível superior, para o desenvolvimento de suas atividades docentes, Escola Estadual de Saúde Pública Professor Francisco Peixoto de Magalhães Netto (EESP) que coordena a formulação, implementação e avaliação da política de educação permanente em saúde, no Estado da Bahia, considerando a gestão, o ordenamento da formação e a qualificação de profissionais de saúde de nível superior, Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DGTES), tem por objetivo promover a implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde e coordenar os processos de gestão do trabalho e da educação e a Diretoria de Administração de Recursos Humanos da Saúde (DARH), efetiva sua atuação através de ações que visam planejar, promover, coordenar, supervisionar, controlar, avaliar e gerenciar as atividades de administração de pessoal e do banco de dados de RH (BAHIA, 2016).

Programa Pacto pela Vida, criado pela Lei nº 12.357 de 26/09/2011 no campo do Sistema de Defesa Social, em parceria com a Secretaria de Segurança Pública (SSP). No âmbito social, o Pacto prevê ações de prevenção social executadas por diversas Secretarias de Estado, voltadas para a população vulnerável das áreas identificadas como críticas em termos de criminalidade, de modo a reafirmar direitos e dar acesso a serviços públicos indispensáveis.

Portanto, em consonância com a PNEPS e a Política Nacional de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (PNGETS), assim como a Política Estadual de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde (PEGETS), o CTVISAU busca atender as necessidades de formação dos trabalhadores de vigilância em saúde para fortalecimento das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos nos 417 municípios, das 28 regiões de saúde (ANEXO A), e dos 26 territórios de identidade do Estado da Bahia, em articulação com os municípios e os Núcleos Regionais de Saúde (NRS), que conforme a Lei nº 13204, de 11.12.14 substituíram as Diretorias Regionais de Saúde (DIRES).

Apesar dos esforços empreendidos no âmbito da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a partir de 2007, a SESAB/SUPERH/EFTS e a SUVISA<sup>3</sup>, enfrentam vários desafios para a formação dos trabalhadores técnicos de vigilância em saúde no Estado da Bahia, sobretudo da vigilância em saúde, exigindo uma crescente articulação da SUPERH/EFTS com a SUVISA e as entidades representativas dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais trabalhadores que desenvolvem ações de vigilância em saúde.

Em 2007, na gestão do governador Jaques Wagner, do Partido dos Trabalhadores, a SESAB realizou um diagnóstico e identificou diversos problemas no âmbito da Gestão do Trabalho e de Educação Permanente.

Diante deste complexo cenário, a proposta do CTVISAU foi apresentada pela EFTS, em 2010, e aprovada pela Resolução CIB-BA nº 165, de 21.06.10 e a ETSUS-BA

---

<sup>3</sup> SUVISA - integrada pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (DIVISA), Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) cujas ações competem ao Centro de Saúde do Trabalhador (CESAT), Diretoria de Informação em Saúde (DIS), Laboratório Saúde Pública (LACEN). A Vigilância em Saúde Ambiental (VISAM) é responsável pelo VIGIÁGUA, VIGPEQ, VIGISOLO, VIGIAR, VIGDESASTRES, (BAHIA, 2016).

desenvolveu o curso, em Salvador, inicialmente ofertado a 72 (setenta e dois) agentes de combate às endemias, servidores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que desenvolviam suas atividades no Distrito Sanitário Centro Histórico (DSCH) e Distrito Sanitário Barra Rio Vermelho (DSBRV). O curso foi iniciado em 10.03.14, entretanto, devido à evasão apenas 50 (cinquenta) discentes o concluíram em 10.12.15. Dentre os 50 (cinquenta) egressos, 47 (quarenta e sete) atuam no DSBRV e os demais no DSCH.

Considerando a necessidade de ordenamento da formação dos trabalhadores técnicos de nível médio, no âmbito da vigilância em saúde, e levando-se, em conta os esforços do Ministério da Saúde/SGETS, EPSJV/FIOCRUZ, RET-SUS e ETSUS, dentre outros atores sociais estratégicos, para atender as necessidades sociais, no âmbito do SUS, torna-se necessário expandir a oferta do CTVISAU em Salvador e nos demais municípios do Estado da Bahia.

O projeto piloto do CTVISAU possibilitou a equipe da ETSUS repensar o planejamento da formação dos trabalhadores de vigilância em saúde, considerando a complexidade do seu objeto de intervenção e a pouca *expertise* da ETSUS em relação a esse campo de conhecimento e práticas e os desafios inerentes a sua implementação, sobretudo a fragmentação das práticas de saúde, as condições de trabalho inadequadas, e as escassas oportunidades de qualificação e formação que contribuam efetivamente para a ressignificação das práticas de saúde, no cenário do território, concretizando os princípios doutrinários e organizativos do SUS e os pressupostos da educação profissional e da vigilância em Saúde, na perspectiva de fortalecimento das redes de atenção à saúde, conforme prevê o Decreto nº 7508 e o que define a Portaria nº 1378, de 09.07.13, atualmente vigente, que aprovou o financiamento das ações de vigilância.

Nessa perspectiva, a escolha do objeto de estudo foi motivada pela importância de reorientar o planejamento do curso, e se justifica, sobretudo por razões pedagógicas e epistemológicas, considerando a importância de rever o plano de curso a partir dos pressupostos adotados pela educação profissional e vigilância em saúde, contribuindo efetivamente para o desenvolvimento das competências, habilidades e formação ética, requeridas pelo processo de trabalho da VISAU na contemporaneidade na perspectiva da integralidade, equidade, intersetorialidade das práticas de saúde desenvolvidas no território, em consonância com os objetivos do SNVS e SINAVISA.

Nesse processo, é fundamental valorizar a avaliação do curso, no qual os discentes e docentes, enquanto sujeitos do processo de ensino-aprendizagem, fizeram propostas que à medida que foram incorporadas ao planejamento do curso, poderiam potencializar a formação de trabalhadores técnicos de vigilância em saúde e contribuir efetivamente para reorganização das práticas de saúde nos municípios, atendendo as necessidades de saúde na perspectiva intersetorial e do controle social nos espaços formais, como conselhos municipais e locais de saúde, e nos espaços informais no âmbito do território.

Portanto, considerando as necessidades de formação de trabalhadores técnicos de vigilância em saúde, identificadas pelas secretarias municipais de saúde e as respectivas áreas técnicas da SUVISA, o que preconiza a PNEPS e a PNGETS, e o processo avaliativo do CTVISAU, torna-se necessário problematizar a questão: a ETSUS-BA incorpora integralmente os pressupostos da educação profissional e da vigilância em saúde no Plano do Curso Técnico de Vigilância em Saúde?

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo geral discutir a proposta de formação em VISAU, considerando os pressupostos da educação profissional em saúde e o modelo de vigilância em saúde, tendo como objetivos específicos: identificar os conceitos-chaves da educação profissional e da VISAU para a organização da formação técnica dessa área de atuação e analisar o plano do Curso Técnico de Vigilância em Saúde, da ETSUS-BA, à luz das Diretrizes e Orientações Curriculares preconizadas pelo Ministério da Saúde.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo que inclui a análise documental do plano do Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU).

Segundo Lopes e Galvão (2001, p.79) “[...]” o que determina o que são as fontes é exatamente o [...] problema problematizado”. As perguntas que o pesquisador formula ao documento são tão importantes quanto o próprio documento. São as perguntas que o pesquisador faz ao documento que lhe conferem o sentido. Nesta perspectiva foram formuladas questões a partir das categorias de análise escolhidas.

Flick (2015, p.157) enfatiza que a pesquisa é justificada se produzir ideias e avançar o que é conhecido ou contribuir para resolver um problema por meio de novo conhecimento ou de sugestões concretas para implicações práticas e, dentre as características gerais da pesquisa ele destaca: uma pergunta de pesquisa relevante; a pergunta deve ser feita de tal maneira que se possa acreditar nos resultados; que os resultados sejam confiáveis para que as intervenções buscadas neles sejam justificadas; planejamento claro que possibilite que essa pergunta seja respondida.

De acordo com Cervo e Bervian (*apud* Figueiredo, 2008, p.107) na pesquisa documental são investigados documentos para descrever e comparar usos e costumes, tendências, diferenças e outras características. A fonte de pesquisa pode ser extraída de documentos escritos ou não escritos, tais como filmes, vídeos, slides, fotografias ou pôsteres

A modalidade mais comum de documento é a constituída por um texto escrito em papel, mas estão se tornando cada vez mais freqüentes os documentos eletrônicos, disponíveis sob os mais diversos formatos. O conceito de documento, por sua vez, é bastante amplo, já que pode ser constituído por qualquer objeto capaz de comprovar algum fato ou acontecimento (GIL, 2010). Os documentos institucionais, mantidos em arquivos de empresas, órgãos públicos e outras organizações estão entre os mais utilizados na pesquisa.

Conforme Gil (2010, p.65), a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa, além de serem fontes ricas e estável de dados. Ainda segundo Gil, essa estabilidade nos dados, torna-se condição fundamental para obtenção de dados

empíricos que formam um dos principais alicerces para a compreensão e interpretação dos fenômenos da identidade, responsabilidade social e ambiental no âmbito organizacional.

Gil (2010, p.66) reconhece que a pesquisa documental geralmente é descritiva ou explicativa, requerendo, portanto um problema mais claro, preciso e específico. Torna-se necessário um plano que geralmente é provisório, pois é previsível que passe por modificações até o fim da etapa de coleta de dados.

A análise e interpretação dos dados na pesquisa documental, de acordo com Gil (2010, p.67) tende a variar conforme a natureza dos documentos. Os procedimentos analíticos variam conforme o tipo de delineamento. Qualquer que seja, no entanto, o delineamento, podem-se identificar passos no processo de análise e interpretação dos resultados:

- Definição dos objetivos ou hipóteses: os objetivos ou hipóteses decorrem do problema de pesquisa. Mas geralmente tendem a se tornar mais específicos e delimitados mediante leitura flutuante dos textos.
- Constituição de um quadro de referência: requer-se esse quadro para proporcionar orientação geral da pesquisa, bem como a definição dos conceitos. Esse quadro de referência também se mostra importante para auxiliar na interpretação dos dados.
- Seleção dos documentos a serem analisados.
- Construção de um sistema de categorias e de indicadores. Esse sistema pode ser previamente estabelecido ou definido a partir da própria leitura do material selecionado. As categorias são compostas por um termo-chave que indica a significação central do conceito e por indicadores que expressam as variações do conceito.
- Definição de unidade de análise: essas unidades podem ser palavras ou frases, temas, personagens, acontecimentos, etc.
- Definição de regras de enumeração: presença de elementos; ausência de elementos; frequência com que uma unidade aparece; intensidade (que pode ser medida por tempo do verbo, adjetivo, etc.); ordem de aparição e co-ocorrência.
- Teste de validade e fidedignidade: a fidedignidade existe quando a mesma pessoa pode fazer uma interpretação semelhante após um intervalo de tempo ou duas pessoas são capazes de fornecer a mesma interpretação simultaneamente. A validade, por sua vez, existe quando o resultado representa corretamente o texto ou o seu contexto. Muitas

vezes, a coerência é suficiente para verificar a validade, mas há casos que se requer correlação com critérios externos.

- Tratamento dos dados: consiste na verificação da frequência com que as palavras ocorreram no texto. Essas tarefas têm se tornado cada vez mais simples, graças à utilização de programas de computador, como o *Sphinx*, *Alceste* e o *Textpack*. Nas pesquisas em que os dados são de natureza qualitativa, o relatório pode ser estruturado de diferentes maneiras, como ocorrem com os estudos de caso (GIL, 2010).

De acordo com os procedimentos metodológicos da pesquisa documental e o delineamento seguido no estudo, a pesquisa adotou a análise de conteúdo que foi estruturada na perspectiva de contribuir com a investigação sobre a formação profissional na Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (EFTS), uma ETSUS.

Nesta pesquisa foram definidos os objetivos decorrentes do problema de pesquisa e constituído um quadro de referência especificando os campos de educação profissional e vigilância em saúde, e posteriormente foram identificadas as respectivas categorias de análise, com base em critérios, incluindo os recomendados por Bardin (2009), que foram descritas e registrado os significados atribuídos por cada categoria pelos autores.

Para recortar o texto em elementos completos (BARDIN, 2011, p.134) recomenda que a escolha das unidades de registro e de contexto deve responder de maneira pertinente (pertinência em relação às características do material face aos objetivos da análise). Dentre as unidades de registro mais utilizadas, de acordo com Bardin (2011, p.134) estão a palavra e o tema.

A palavra não tem significação precisa em linguística, mas para aqueles que fazem uso do idioma corresponde a qualquer coisa. Contudo, uma precisão linguística pode ser suscitada se for pertinente. Nesse sentido (Bardin, 2011, p.134) recomenda que.

todas as palavras do texto podem ser levadas em consideração, ou pode-se reter unicamente as palavras-chave ou as palavras-tema (*Symbols* em inglês); pode-se igualmente fazer a distinção entre palavras plenas e palavras vazias; ou ainda efetuar-se a análise de uma categoria de palavras: substantivos, adjetivos, verbos, advérbios (...), a fim de estabelecer quocientes (BARDIN, 2011, p.134).

Quanto ao tema (Bardin, 2011, p.135), refere que essa noção é largamente utilizada em análise temática e é característica da análise de conteúdo.

Berelson (*apud* Bardin, 2011, p.135) define o tema como “uma afirmação acerca de um assunto, uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afetado um vasto conjunto de formulações singulares.

Na verdade, o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significações isoláveis (BARDIN, 2011, p.135).

Posteriormente à escolha das categorias, procedeu-se a identificação das respectivas categorias de análise que foram descritas e registrados os significados atribuídos por cada categoria. Em relação ao campo de Educação Profissional em Saúde foram priorizadas as categorias de formação e qualificação e do campo da Vigilância em Saúde foram privilegiadas as seguintes categorias: território, problemas de saúde, trabalho em equipe, participação social e identidade profissional.

Além da incorporação desses critérios na escolha das categorias, reconheceu-se a relevância social e política da categoria território que se constituiu base para o diagnóstico das condições de vida e saúde, monitoramento e planejamento das ações intersetoriais de saúde e os problemas de saúde que devem ser diagnosticados na prática cotidiana da VISAU e sobre os quais serão planejadas as ações que produzam saúde.

Os objetivos foram decorrentes do problema de pesquisa e teve como objetivo geral: analisar a formação do Técnico de Vigilância em Saúde, considerando os pressupostos da educação profissional em saúde e o modelo de vigilância em saúde. E como objetivos específicos: analisar o plano do Curso Técnico de Vigilância em Saúde, à luz das Diretrizes e Orientações Curriculares preconizadas pelo Ministério da Saúde e identificar os conceitos chaves da educação profissional e da VISAU para a organização da formação técnica dessa área de atuação.

A partir da definição dos objetivos foi constituído um quadro de referência que orientou o desenvolvimento do estudo com documentos a serem analisados. O quadro de referência foi feito especificando as categorias dos campos de Educação Profissional em Saúde e Vigilância em Saúde, a partir de critérios, inclusive recomendados por Bardin (2011).

Em consonância com os objetivos delineados, o quadro de referência foi construído a partir dos itens contidos nas Diretrizes e Orientações Curriculares para a Formação do Técnico de Vigilância em Saúde e o Plano do CTVISAU da ETSUS, documentos privilegiados na análise, buscando-se identificar as aproximações e divergências entre ambos, a partir da identificação dos itens das Diretrizes do MS que foram incorporados e aqueles que não foram incorporados no plano do curso, considerando o nível de autonomia da escola no planejamento e implementação da organização curricular adotada. O quadro com a comparação entre estes dois documentos possibilitou identificar os itens das Diretrizes do MS que foram incorporados e aqueles que não foram incorporados, assim como potencialidades e avanços.

As categorias de análise foram escolhidas a partir da relevância que assumem no âmbito da formação de trabalhadores técnicos da vigilância em saúde na contemporaneidade, a partir de critérios referentes à educação profissional em saúde e à vigilância.

Em relação à educação profissional em saúde foram priorizadas as categorias de formação e qualificação de trabalhadores técnicos de nível médio à medida que são essenciais para ETSUS, em parceria com a SUVISA, para realizar um planejamento compatível com os objetivos a serem atingidos pelo SNVS e SINAVISA na atualidade, atendendo efetivamente as necessidades de saúde da população.

Em relação à vigilância foram escolhidas categorias que constituem seus pilares, dentre as quais território, trabalho em equipe, participação social e identidade profissional. A categoria território é a mais abrangente e adquire centralidade na VISAU à medida que se constitui a base do diagnóstico, monitoramento e planejamento voltadas para a produção de saúde. Foram priorizadas também as categorias trabalho em equipe, participação social e identidade que estão imbricadas na produção social da saúde e que também adquiriram relevância.

O quadro referencial de análise foi estruturado com as categorias do campo da Educação Profissional (formação e qualificação profissional) e da Vigilância em Saúde (território, trabalho em equipe, participação social e identidade profissional).

A análise de conteúdo do plano do CTVISAU foi estruturada na perspectiva de contribuir com a investigação sobre a formação profissional na EFTS. O desenvolvimento da pesquisa foi iniciado com a identificação, reunião e recolhimento de todos os materiais escritos, disponíveis e relacionados à questão do planejamento de processos formativos na

área de vigilância em saúde. Na sequência a documentação foi submetida a crítica externa, uma das fases sucessivas e complementares, para confirmar sua autenticidade e genuinidade.

A partir da confirmação da veracidade, seguiu-se a crítica interna, fase complementar a que os documentos foram submetidos para interpretação dos conteúdos e da história sobre a criação do processo formativo de técnicos de vigilância no Estado da Bahia para melhorar a qualidade da atenção à saúde. Avançando no processo e seguindo como balizador deste estudo, as etapas propostas na análise de conteúdo, foram organizadas em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A partir de diversas leituras flutuantes foi elaborado um quadro referencial de análise contendo as categorias, buscando identificar no plano de curso o significado central de cada uma delas nos parágrafos em que aparecem ou estão subentendidas, além de outros significados que se constituem indicadores expressando as variações do conceito. Foi escolhido o parágrafo como unidade de análise temática. Foi observada a presença de elementos e sua frequência. O teste de validade e fidedignidade envolveu três pessoas para verificar se a mesma interpretação ocorreu considerando o intervalo de um dia. Após a análise foi elaborado relatório descrevendo os achados e sistematizadas propostas.

Dentre as unidades de análise temática considerou-se a análise do tema a mais adequada aos objetivos propostos no estudo.

De acordo com Cardoso (*apud* Figueiredo, 2008, p.107) os documentos são utilizados como fontes de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outros, de acordo com o interesse do pesquisador.

Foi realizada análise de conteúdo. Conforme Bardin (*apud* Minayo, 2014, p.303) consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Na análise de documentos, conforme Sá-Chaves (2009), recorre-se geralmente à metodologia da análise do conteúdo que consiste em um conjunto de técnicas de investigação científicas,

conjunto de técnicas de investigação científicas utilizadas em ciências humanas, caracterizadas pela análise de dados lingüísticos. [...]

Normalmente, nesse tipo de análise, os elementos fundamentais da comunicação são identificados, numerados e categorizados. Posteriormente as categorias encontradas são analisadas face a uma teoria específica. (APPOLINÁRIO *apud* SÁ-CHAVES *et al.*, 2009, p.11).

Bardin (*apud* Minayo, 2014, p.303) afirma que a análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

Conforme Franco (2012) a análise de conteúdo assenta-se nos pressupostos de uma concepção crítica e dinâmica de linguagem, compreendida como,

uma construção real de toda a sociedade e como expressão da existência humana que, em diferentes momentos históricos, elabora e desenvolve representações sociais no dinamismo interacional. Referindo-se ao significado de um objeto a autora reconhece que, pode ser absorvido, compreendido e generalizado a partir de suas características definidoras e pelo seu *corpus de significação*. Já o sentido implica a atribuição de um significado pessoal e objetivado que se concretiza na prática social e que se manifesta a partir das *Representações Sociais*, cognitivas, subjetivas, valorativas e emocionais necessariamente contextualizadas. (FRANCO, 2012, p.13).

O ponto de partida da *Análise de Conteúdo* é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada (FRANCO, 2012, p.12). O que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo, seja ele explícito ou latente. A análise e a interpretação dos conteúdos são passos a serem seguidos. E, para o efetivo caminhar neste processo, a contextualização deve ser considerada que:

as mensagens expressam as representações sociais, na qualidade de elaborações mentais construídas socialmente, a partir da dinâmica que se estabelece entre a atividade psíquica do sujeito e o objeto do conhecimento. Relação que se dá na prática social e histórica da humanidade e se generaliza via linguagem. Sendo constituídas por processos. (FRANCO, 2012, p.12).

Um outro elemento a ser considerado é reconhecer que a análise de conteúdo requer que as descobertas tenham relevância teórica. Uma informação puramente descritiva não relacionada a outros atributos ou às características do emissor é de pequeno valor. Um dado sobre o conteúdo de uma mensagem deve, necessariamente, estar relacionado, no mínimo a outro dado. O liame entre esse tipo de relação deve ser representado por alguma forma de teoria. Assim, toda análise de conteúdo implica comparações contextuais. Os tipos de comparações podem ser multivariados. Mas, devem obrigatoriamente, ser direcionados a

partir da sensibilidade, da intencionalidade e da competência teórica do pesquisador. (FRANCO, 2012, p.16-17).

Cada vez mais a análise de conteúdo passa a ser utilizada para produzir inferências acerca de dados, verbais e/ou simbólicos, mas obtidos a partir de perguntas e observações de interesse de um determinado pesquisador (BARDIN, 2009).

A análise de conteúdo envolveu a *pré-análise*, a *exploração do material* e o *tratamento dos resultados*, a *inferência* e a *interpretação*. Em relação à pré-análise Bardin, enfatiza que é a fase de organização propriamente dita,

corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas num plano de análise. Recorrendo ou não ao computador, trata-se de estabelecer um programa que, podendo ser flexível, permita a introdução de novos procedimentos no decurso da análise, deve, no entanto, ser preciso. (BARDIN, 2009, p.121).

Esta primeira fase possui três objetivos, previstos por Bardin (2009), a escolha de documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Esses três fatores não se sucederam, obrigatoriamente, segundo uma ordem cronológica, embora se mantivessem estreitamente ligadas uns aos outros. A escolha de documentos depende,

dos objetivos, ou inversamente, o objetivo só é possível em função de documentos; os indicadores serão construídos em função dos documentos disponíveis; os indicadores serão construídos em função de hipóteses, ou, pelo contrário, as hipóteses serão criadas na presença de certos índices. A pré-análise tem por objetivo a organização, embora ela própria seja composta por atividades não estruturadas, abertas, por oposição à exploração sistemática dos documentos. (BARDIN, 2009, p.121-122).

Em relação à leitura flutuante, Bardin (2009), ressalta que a primeira atividade consiste em estabelecer contato com,

os documentos em análise e em conhecer o texto, deixando-o invadir com impressões e orientações. Esta fase é chamada leitura flutuante, por analogia com a atitude de psicanalista. Pouco a pouco, a leitura vai-se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, da projeção das teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre matérias análogas. (BARDIN, 2009, p.122).

De acordo com o que preconiza Bardin (2009) o universo de documentos pode ser determinado previamente, ou então, o objetivo é determinado e, conseqüentemente, é conveniente escolher o universo de documentos susceptíveis de fornecer informações sobre o problema levantado.

Considerando os objetivos desse estudo, optou-se pela escolha prévia dos documentos, estando o universo demarcado (o gênero de documentos sobre os quais se pode efetuar a análise) que se constitui num *corpus*. O *corpus* é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. A constituição do *corpus* envolve, muitas vezes, escolhas, seleções e regras. Em relação às regras da exaustividade, Bardin (2009) ressalta que,

uma vez definido o campo do *corpus* (entrevistas de um inquérito, respostas a um questionário, editoriais de um diário de Paris entre tal e tal data, emissões de televisão sobre determinado assunto, etc.), é preciso ter-se em conta os elementos desse *corpus*. Por outras palavras, não se pode deixar de fora qualquer um dos elementos por esta ou por aquela razão (dificuldade de acesso, impressão de não – interesse), que não possa ser justificável no plano do rigor. Esta regra é completada pela de não seletividade. (BARDIN, 2009, p.122-123).

Quanto à regra da representatividade, de acordo com Bardin (2009), a análise pode efetuar-se numa amostra desde que o material seja apropriado. A amostragem é considerada rigorosa se a amostra for uma parte representativa do universo inicial. Neste caso, os resultados obtidos para a amostra serão generalizados ao todo.

Bardin (2009, p.124) reconhece que existem outras regras no processo de análise de conteúdo, dentre as quais, a de homogeneidade e pertinência. A regra de homogeneidade, exige que os documentos retidos devem ser homogêneos, quer dizer, devem obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora destes critérios de escolha. De acordo com a regra de pertinência os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponder ao objetivo que suscita a análise.

Em relação à formulação dos objetivos, de acordo com Bardin (2009), o objetivo é a finalidade geral a que nos propomos (ou que propomos, ou que é fornecida por uma instância exterior, o quadro teórico e/ou pragmático, no qual os objetivos serão utilizados. (BARDIN, 2009, p.124).

De fato, as hipóteses nem sempre são estabelecidas quando é realizada a pré-análise. Por outro lado, não é obrigatório ter-se como um guia um *corpus de hipóteses*, para se

proceder a análise. Algumas análises efetuam-se às cegas e sem idéias pré-concebidas. Uma ou várias técnicas são consideradas adequadas *a priori*, para fazerem falar o material, utilizando-se sistematicamente. Isso é o que sucede muitas vezes ao recorrermos à informática.

A propósito deste problema do primado do quadro de análise sobre as técnicas e vice-versa, Henry, Moscovici (*apud* Bardin, 2009) parecem privilegiar os procedimentos exploratórios, em que o quadro de análise não está determinado e em que se parte de uma colocação em evidência das propriedades dos textos, em relação ao que esses autores chamam de procedimentos fechados.

Os procedimentos fechados, caracterizados essencialmente, por *técnicas taxonômicas* (por classificação de elementos dos textos, em função de critérios internos) são métodos de observação que funcionam segundo o mecanismo da indução e servem para a experimentação de hipóteses.

Enquanto que os *procedimentos de exploração*, aos quais podem corresponder técnicas ditas sistemáticas e nomeadamente automáticas, permitem, a partir dos próprios textos, apreender as ligações entre as diferentes variáveis, funcionam segundo o processo dedutivo e facilitam a construção de novas hipóteses. (BARDIN, 2009).

Segundo os autores, cujo ponto de vista particular os conduz ao desejo de insistir, quer nas condições de produção, ou campo de determinações – dos textos no sentido lato (situação de comunicação, meio sócio-cultural, psicologia individual, etc.), quer nas relações entre os próprios documentos e as suas condições de produção, os métodos exploratórios sistemáticos têm a vantagem de poder servir de introdução aos únicos procedimentos experimentais capazes de apreender as ligações funcionais entre o que estes autores chamam de plano vertical (nível de condições de produção, enquanto variáveis independentes) e de plano horizontal (nível de textos analisados enquanto variáveis dependentes). (BARDIN, 2009).

A referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores será realizada se considerarem os textos uma manifestação que contém índices que a análise vai fazer falar, o trabalho preparatório será o da escolha destes – em função de hipóteses, caso elas estejam determinadas - e sua organização sistemática em indicadores. (BARDIN, 2009).

Uma vez escolhidos os índices, procede-se à construção de indicadores precisos e seguros. Desde a pré-análise devem ser determinadas operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e de modalidade de codificação para o registro de dados.

Em relação à outras formas de análise de conteúdo, existem algumas vantagens para o pesquisador ao optar pela análise temática. Laville, Didone (2007) indicam algumas delas,

a pesquisa dos temas pode melhor aproximar o pesquisador do conteúdo, pois ele se vê obrigado, mais do que com os fragmentos que dependem da estrutura lexical ou gramatical, a construir suas unidades de análise a partir de sua compreensão desse conteúdo. Alguns consensuarão o caráter subjetivo das inferências necessárias que pode retorquir que toda análise compreende uma parte de interpretação em que o pesquisador explicita o que ele entende dos resultados obtidos (LAVILLE, DIDONE, 2007, p.217).

Desta forma, o presente estudo terá como norteador a análise por temas. Serão selecionadas as categorias de análise, conforme os temas que se referem aos eixos centrais deste estudo que são a educação profissional e a vigilância em saúde e o currículo.

Assim, o plano de curso e as diretrizes e orientações, enquanto unidades de análise, foram lidas detalhadamente, num movimento gradual de idas e vindas entre os documentos, o que contribuiu para a sistematização e organização dos materiais, colaborando também, com a elaboração de indicadores para interpretação dos dados, obedecendo as regras de exaustividade, homogeneidade e pertinência, conforme recomenda Bardin (2009). Com a leitura geral dos materiais selecionados, o tratamento das informações coletadas e a consequente preparação formalizada dos textos, foi iniciada a fase seguinte.

Com o trabalho analítico, por meio da exploração dos materiais, se buscou informações e ideias que respondessem à pergunta problematizadora e aos objetivos que esta pesquisa se propôs. Na primeira fase priorizou-se as Diretrizes e Orientações para a Formação do Técnico em Vigilância em Saúde e o Plano do CTVISAU. A segunda fase prosseguiu com a identificação e a análise de conteúdo das categorias presentes no plano do CTVISAU.

Na segunda fase, utilizando o referencial teórico e as indicações trazidas pela leitura fluante e com a finalidade de estabelecer a codificação para formulação de categorias de análise, se iniciou a exploração do material, com a realização de recortes dos textos em unidades de registros (frases, parágrafos), seguida, de acordo com essas unidades, pela

identificação das palavras-chaves e pela classificação e agregação, por analogismo, das informações em categorias simbólicas ou temáticas (categorização), que se constituem operações de codificação.

Desta forma, os textos foram transformados em unidades de registros e, na sequência, em categorias de análise, passo que caracteriza o processo da passagem de dados brutos para dados organizados, possibilitando as inferências, isto é, o processo indutivo ou inferencial que procurou, não simplesmente entender o sentido dado nas mensagens dos documentos, mas identificar outros significados ou mensagens através ou junto da mensagem original.

Na última fase, foi dado tratamento aos resultados, com base na identificação e mapeamento dos trechos, nos *corpus* de análise, que correspondem à descrição das categorias definidas. O tratamento consistiu em uma análise comparativa realizada através da justaposição das várias categorias constituídas, evidenciando similaridades e diferenças percebidas.

No transcorrer desta fase da análise, foram confrontadas as categorias de análise e referências conceituais, a partir das necessidades sentidas, da intencionalidade, de exigências da técnica (rigor, disciplina, dedicação, paciência, tempo, capacidade reflexiva, criativa e ética do pesquisador) e ao considerar a análise de conteúdo um instrumento de análise interpretativa, que requer objetividade.

As exigências contribuíram para que na análise se tivesse preocupação constante com a transparência dos resultados, não só na forma como o problema investigado foi compreendido, mas também sobre as relações que foram estabelecidas entre este e o seu contexto. Adotar uma abordagem qualitativa do método possibilitou dar maior ênfase a importância das informações que podem ser geradas a partir de um olhar cuidadoso e crítico das fontes documentais.

Entretanto, antes dessa apresentação é importante explicar que algumas dessas categorias não estão com suas grafias escritas no conteúdo do plano do CTVISAU. Assim, outras palavras ou abordagens existentes no documento e com significativa similaridade, ou seja, análogas das categorias citadas, foram adotadas, tendo em vista a ótica conceitual ou descritiva selecionada. É fato ainda, que algumas das palavras substituintes, nem sempre estão escritas nos trechos identificados para investigação e mesmo assim, elas foram adotadas,

considerando que na redação dos trechos, o sentido que tem cada categoria ou está claramente descrito ou está numa forma mais temática ou está, ao menos, demonstrando compatibilidade de contexto ou conceito com a categoria originalmente identificada.

Nessa perspectiva, a análise privilegia as categorias consideradas essenciais na vigilância em saúde: o território, os problemas de saúde, participação social e identidade profissional compreendida enquanto estratégia de influir nas decisões que afetam a qualidade de vida da população para promover a saúde da própria população.

A análise das categorias do plano de curso aponta para a necessidade de incluir no plano de curso o território, enquanto uma categoria que adquire centralidade na Vigilância em Saúde, sobretudo por se constituir a base essencial para o diagnóstico e planejamento das ações na perspectiva da integralidade à medida que não se restringe a um mero espaço geográfico, extrapolando uma concepção reducionista. O território se constitui sobretudo um espaço histórico, social, cultural e político e que essa concepção deve produzir práticas de saúde que sejam compatíveis com as necessidades da população.

## **Capítulo 1: A Vigilância em Saúde como campo de atuação de saberes e práticas de saúde**

Historicamente, desde o início da organização social, o processo saúde-doença, instigou as pessoas a buscar explicações e adotar determinadas práticas para enfrentar as doenças e proteger a saúde (Batistella, 2007). Nesse sentido, os modelos explicativos adotados em cada época estão estritamente relacionados aos múltiplos processos de produção e reprodução das sociedades, portanto, o processo saúde-doença, deve ser compreendido a partir de paradigmas, que expressam determinados sistemas simbólicos e justificam a adoção de determinadas práticas em cada contexto específico.

### **1.1 Os Modelos Explicativos para o Processo Saúde-Doença e as Práticas Incorporadas pela Vigilância em Saúde**

Conforme Batistella (2007) no período paleolítico, havia uma incipiente organização social, e as doenças e agravos desvinculados das atividades cotidianas, sobretudo as caçadas, que afetavam a sociedade comunal, eram atribuídas à ação sobrenatural de deuses ou de demônios e espíritos maléficos mobilizados por um inimigo. Em diversas culturas o poder de cura era atribuído aos xamãs, pajés e benzedadeiras.

Entretanto, Batistella (2007) reconhece que paralelamente às explicações mágico-religiosas, o desenvolvimento da civilização grega culminou na ruptura com as superstições e práticas mágicas, e explicações racionais para o processo saúde-doença começaram a surgir, como a concepção hipocrática.

A relação com o ambiente é um traço característico da compreensão hipocrática do fenômeno saúde-doença. Partindo da observação das funções do organismo e suas relações com o meio natural (periodicidade das chuvas, ventos, calor ou frio) e social (trabalho, moradia, posição social etc), Hipócrates desenvolveu uma teoria que entende a saúde como homeostase, isto é, como resultante do equilíbrio entre o homem e seu meio (BATISTELLA, 2007).

Na Idade Média, de acordo com Batistella (2007) surgiram os primeiros hospitais vinculados à Igreja que acolhiam e assistiam os pobres e doentes, excluindo-os do convívio social e aos cuidadores cabiam sobretudo a salvação de suas almas. Nesse período surge o isolamento, uma das práticas de intervenção social mais antiga, que foi adotada como modelo

médico e político de intervenção para evitar a propagação de doenças. (WALDMAN, 1999, BATISTELLA, 2007; MONKEN; BATISTELLA, 2009).

Além do isolamento e da quarentena, Waldman (1999, p.17) destaca que foi adotado também o cordão sanitário, dirigido a bairros, cidades ou áreas específicas e não a indivíduos e buscava isolar as zonas afetadas para defender as áreas não atingidas.

De acordo com Batistella (2007, p.36), diante do enfrentamento de diversas epidemias, dentre as quais varíola, difteria, sarampo, influenza, tuberculose, lepra, peste bubônica,

a quarentena surgiu, em 1848, em Veneza, um ponto estratégico de comércio com o Oriente, e consistia na notificação de casos suspeitos às autoridades adotando o isolamento e observação rigorosa de pessoas suspeitas, embarcações e mercadorias por 40 dias, em uma ilha situada na laguna (BATISTELLA, 2007, p.36).

Batistella (2007, p.27) enfatiza a resistência da teoria miasmática enquanto modelo explicativo hegemônico, apesar da natureza comunicável de algumas doenças, respaldadas nas evidências identificadas por Hipócrates em um contexto marcado pelo poder da Igreja que retardou os avanços científicos.

Os séculos XV e XVI, de acordo com Rossi (*apud* Batistella, 2007, p.38) assistiram à revalorização do saber técnico proveniente dos vários ofícios, dentre os quais a agricultura, a mineração, a metalurgia e a navegação. O interesse crescente dos intelectuais em se aproximar do conhecimento da natureza tinha como objetivo refutar uma concepção meramente retórica ou contemplativa do saber.

O surgimento da máquina a vapor dinamiza a produção e as fábricas passam a precisar de mão de obra havendo expansão das cidades, sobretudo na periferia. Nesse contexto o corpo compreendido como meio de produção converte-se em objeto de políticas, práticas e normas, culminando na adoção de regulações para proteger a saúde nas fábricas, como a redução da carga horária considerada abusiva.

No século XVIII, conforme Monken e Batistella (2009, p.471), as experiências de medicina de Estado<sup>4</sup>, na Alemanha, a medicina urbana<sup>5</sup>, na França, e a medicina social<sup>6</sup>, na

---

<sup>4</sup> Medicina de Estado - a medicina de Estado, surgida na Alemanha do século XVIII com a organização de um sistema de observação da morbididade, com a normalização do saber e práticas médicas, a subordinação dos médicos à uma administração central e a integração de vários médicos em uma organização médica estatal (FOUCAULT *apud* BATISTELLA, 2007, p.40).

Inglaterra, irão constituir os elementos centrais das atuais práticas da vigilância em saúde. De acordo com Waldman (1999, p.18) o conceito de vigilância foi definido, nesta época,

pela específica, mas limitada função de observar contatos de pacientes atingidos por moléstias graves como a cólera, a varíola e a peste com o objetivo de detectar os primeiros sintomas para agilizar o isolamento e reconhece que este conceito envolvia a manutenção do alerta responsável e a observação para que fossem tomadas as medidas indicadas. Portanto, constituía uma conduta mais sofisticada e democrática do que a prática restritiva de quarentena.

Até meados do século XIX, de acordo com Batistella (2007, p.41), a saúde pública dispunha de escassos instrumentos para o controle de doenças e privilegiava o isolamento e a quarentena, entretanto o desenvolvimento de investigações no campo das doenças infecciosas e da microbiologia resultou no aparecimento de novas e mais eficazes medidas de controle, entre elas a vacinação.

De acordo com Batistella (2007, p.41) com o advento da microbiologia, foram identificados diversos microorganismos patogênicos e bactérias observados desde os séculos XVI e XVII.

Até a década de 1940 a vigilância sanitária, segundo Schmid (*apud* Waldman, 1999, p. 18), era compreendida, enquanto “a observação dos comunicantes durante o período máximo de incubação da doença, a partir da data do último contato com um caso clínico ou portador, ou da data em que o comunicante abandonou o local em que se encontrava a fonte primária da infecção”, além do acompanhamento sistemático de eventos adversos à saúde, com o propósito de aprimorar as medidas de controle, configurando a noção de vigilância epidemiológica.

---

<sup>5</sup> Medicina Urbana - com seus métodos de vigilância e hospitalização, por sua vez, não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena. Surgida na França, a higiene urbana tinha como preocupação central a análise das regiões de amontoamento que significassem ameaça à saúde humana, como os cemitérios e os matadouros, propondo sua re-localização e o controle da circulação do ar e da água. Era a medicalização das cidades. (FOUCAULT *apud* BATISTELLA, 2007, p. 40).

<sup>6</sup> Medicina Social – surgiu através da lei dos pobres. Caracterizada pela assistência e controle autoritário dos pobres, a implantação de um cordão sanitário que impunha o controle do corpo da classe trabalhadora por meio da vacinação, do registro de doenças e do controle dos lugares insalubres, visava torná-la mais apta ao trabalho e menos perigosa para as classes ricas. (FOUCAULT *apud* BATISTELLA, 2007, p.40).

Já na década de 60, Langmuir (*apud* Waldman, 1999, p.20) definiu vigilância enquanto a distribuição e tendências das incidências dos agravos à saúde a partir da coleta sistemática de dados e informações relevantes à saúde, como por exemplo a consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade.

Em 1964, Raska propõe acrescentar o qualificativo epidemiológico ao conceito de vigilância e essa nomenclatura foi incorporada, a partir da criação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da Divisão de Doenças Transmissíveis da OMS (1999, p.20) (WALDMAN, 1999).

## 1.2 O Sistema Único de Saúde e a Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde pode ser considerada como componente específico dentro do sistema de serviços à saúde do SUS<sup>7</sup>. Suas práticas eram desenvolvidas antes mesmo do capitalismo industrial e da conformação do Estado de Direito, desta forma representa a configuração mais antiga de Saúde Pública. (COSTA; SOUTO, 2014).

O processo de institucionalização da vigilância no Brasil, ocorreu entre 1960 a 1970, durante a campanha internacional de erradicação da varíola quando foi implantado o Centro de Investigação Epidemiológica (CIE), na Fundação de Serviços de Saúde Pública (SESP). (BATISTELLA, 2013).

No início da década de 1970, ocorreu algumas tentativas de integração das atividades desenvolvidas pelo então Ministério da Previdência Social (MPS) com aquelas implementadas por Secretarias Estaduais de Saúde, predominando a lógica racionalizadora. A promulgação, em 17 de julho de 1975, da lei federal nº 6.229, que dispõe sobre a Organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS), constituiu o principal marco desse processo, pois a partir dele abre-se ampla discussão, na sociedade brasileira, a respeito da necessidade de reorganizar o setor de saúde no país, conferindo-lhe maior eficácia e eficiência. (WALDMAN, 1991, p.5).

---

<sup>7</sup> SUS - conjunto de instituições, normas e convenções que integram a rede pública de atenção à saúde, contabiliza em sua rede de serviços estabelecimentos particulares e privados contratados e estabelecimentos públicos vinculados com empresas privadas de planos e seguros de saúde. Ambas as alternativas de articulação entre público e privado derivam de arranjos político-jurídicos pretéritos à Constituição de 1988, que foram preservados, ampliados e modernizados ao longo da sua implementação (BAHIA, 2009, p.127). A rede assistencial do SUS compõe-se de estabelecimentos públicos e privados, que abrigam uma miríade de formas de contratação de pessoal, equipamentos e serviços, e procedimentos. (BAHIA, 2009, p.129).

Entretanto, Waldman (1991) reconhece que essa lei não altera a dicotomia existente entre a assistência individual à saúde e aquela voltada à coletividade. Ao MPS cabia oferecer a assistência médico-hospitalar necessária ao atendimento da força de trabalho, segundo a lógica de uma determinada política de desenvolvimento econômico e dos interesses dos produtores privados de Serviços de Saúde.

No final da década de 70, houve uma tendência recessiva da economia dos países latino-americanos, havendo uma crise sanitária com epidemia de meningite meningocócica e aumento da mortalidade infantil e de acidentes de trabalho; fato que impôs, mais uma vez, uma tomada de posição frente às questões de saúde do poder público. Destaca-se que não havia, nesta época, um sistema de saúde único para toda a população, as ações curativas eram de competência do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e as ações preventivas competiam ao Ministério da Saúde. (BATISTELLA, 2013).

Nesse cenário, de acordo com Paim (2009) houve fortalecimento nacional de saberes científicos e práticas na área da saúde coletiva, representada pelos cursos de pós-graduação e de duas importantes organizações: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Já Falleiros, Lima (2010, p.239) reconhecem que em 1982, o movimento organizado da reforma sanitária, propõe um sistema nacional de saúde, com a integração das medidas preventivas e curativas.

Quanto às políticas públicas, foi instituída a Secretaria Nacional de Vigilância (SNVS), como também, alguns programas e sistemas em saúde. Consolidou-se a fragmentação entre a vigilância epidemiológica<sup>8</sup> e a sanitária<sup>9</sup>, cujos focos principais eram respectivamente: o controle de doenças e a fiscalização de portos, aeroportos e fronteiras, produção, distribuição e consumo de medicamentos, bens e serviços de atenção à saúde. (BATISTELLA, 2013).

---

<sup>8</sup> A vigilância epidemiológica - voltada para os processos de adoecimento, apesar de há muito tempo não se restringir às doenças transmissíveis, constituiu-se como um sistema nacional em meados da década de 1970. Com a ampliação da vigilância epidemiológica abarcando, além das doenças transmissíveis, as não transmissíveis e os fatores de risco, o termo vigilância em saúde ou vigilância em saúde pública tem enfatizado o trabalho com os sistemas de informação. Mas, a vigilância à saúde não se resume em ação de produção de informação; é principalmente intervenção sobre os fatores que determinam e condicionam problemas de saúde. (DE SETTA, REIS, 2012, p.13).

<sup>9</sup> A vigilância sanitária, ou seja, vigilância dos processos de produção e consumo, fez o primeiro movimento de constituição do seu sistema nacional em 1994. (DE SETTA, REIS, 2012, p.242).

Dentre os programas e sistemas de saúde criados destacam-se: Programa Nacional de Imunização (PNI); Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI)<sup>10</sup>, departamento da FUNASA; Sistema de Notificação Compulsória de Doenças e Óbitos (SNCD) e o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE). (BATISTELLA, 2013).

Na década de 80, entre a 7ª Conferência Nacional de Saúde – CNS (1980), cujo tema central foi a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos, e a 8ª CNS (1986) que sistematizou o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, fortalece-se a reflexão sobre o modelo de atenção à saúde que fosse universal e acessível à população.

A 8ª CNS foi marcada por uma sólida aliança política e ampla participação social, incluindo os segmentos técnicos da previdência social e representantes dos usuários (FINKELMAN, 2002). Paim (2008, p. 99) partia do reconhecimento de uma conjuntura de crise econômica com mudanças na ordem político-institucional, resultando numa dada configuração específica de Estado e direcionalidade de suas políticas de onde emergiria um projeto de sociedade a ser desenvolvido nos anos seguintes.

Em 1983, a partir do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), começam a ser implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), cujas principais diretrizes eram a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a participação comunitária (ESCOREL *apud* FALLEIROS, LIMA, 2010, p.239).

A reflexão sobre a problemática do modelo de atenção à saúde remonta aos primórdios do movimento de Reforma Sanitária que iniciou como idéia, ou seja, uma percepção, uma representação, um pensamento inicial e vinculava-se concomitantemente à crítica feita aos limites do movimento ideológico da Medicina Preventiva e a busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo e que, posteriormente, organiza-se como proposta, ou seja, um conjunto articulado de princípios e proposições políticas. (PAIM, 2009, p.31). Donângelo (*apud* Teixeira, 2006, p.19) destaca que a crítica, referida por Paim, era extensiva também à Medicina Comunitária.

De acordo com Paim (2009, p.28) embora a Medicina Preventiva trouxesse o modelo da história natural das doenças associado aos níveis de prevenção na perspectiva da integralidade, não se vislumbrava com clareza as possibilidades de adotar esse enfoque no

---

<sup>10</sup> O Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) foi sucedido pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), e a SVS, transformada em Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (DE SETTA, REIS, 2012, p.242-243).

Brasil, em decorrência das limitações econômicas, políticas e ideológicas para estabelecer a saúde enquanto um direito social vinculado à cidadania.

Nesse cenário, no Brasil, a proposta conhecida como Vigilância em Saúde tem suas origens nas experiências desenvolvidas no âmbito de Distritos Sanitários implantados no final dos anos 80 e início dos anos 90, por iniciativa de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, contando com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde e da Cooperação Italiana em Saúde (TEIXEIRA, SOLLA, 2006).

Naquela época, a preocupação incidia sobre a possibilidade de reorganizar a prestação de serviços, buscando a integração das diferentes lógicas existentes, a atenção à demanda espontânea, os programas especiais e a oferta organizada de serviços, com base na identificação das necessidades de saúde da população. (MONKEN, BATISTELLA, 2009, p.473). Portanto, o processo de implantação dos distritos sanitários buscava organizar os esforços para redefinir as práticas de saúde, tentando articular a epidemiologia, o planejamento e a organização dos serviços (TEIXEIRA *apud* MONKEN, BATISTELLA, 2009, p.473).

Naquele cenário, a preocupação recaía sobre a descentralização da gestão da rede de serviços, de prestação direta a pessoas (assistência médico-ambulatorial), na forma de gestão parcial, buscando-se induzir o município a assumir as ações de vigilância epidemiológica e sanitária, predominantemente sob a esfera de ação das Secretarias Estaduais de Saúde e sob controle da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em diversas regiões e microrregiões. Portanto, o município alcançava a gestão semiplena quando passava a exercer seu papel de gestor, inclusive assumindo a atenção hospitalar. (TEIXEIRA *et al*, 1998, p.9).

A partir da VIII conferência, realizada em 1986, a Reforma Sanitária configura-se como um projeto em seu relatório final, isto é, como um conjunto de políticas articuladas (PAIM, 2009), portanto o SUS é concebido enquanto, “uma política de saúde de natureza macro-social derivada do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, articulando um conjunto de políticas específicas (atenção básica, atenção hospitalar, urgência e emergência, regulação, humanização, promoção da saúde, entre outras) e desenvolvendo distintas práticas de saúde...

Nessa perspectiva, em 1988 instituiu-se a saúde enquanto um direito humano fundamental, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, com a implementação da nova Constituição Federal (CF) que reconhece a saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente,

trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde”. (BRASIL, 1986).

Neste contexto de redemocratização, a Constituição Federal vigente reconhece as ações de vigilância em saúde dentre as atribuições do SUS, sendo estas de,

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

Após a promulgação da constituição, foram aprovadas as Leis nº 8080/90<sup>11</sup> e nº 8142/90 (Lei Orgânica da Saúde). Conforme o art. 6º da Lei nº 8080/90 estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS a execução de ações de vigilância sanitária; de vigilância epidemiológica; de saúde do trabalhador e expressa as concepções de vigilância sanitária e epidemiológica.

A Lei nº 8080/90 adota como princípios doutrinários do SUS a universalidade, a equidade e a integralidade e enquanto princípios organizativos a descentralização, a intersetorialidade, regionalização, hierarquização, e de acordo com o art. 6º, inclui, dentre as ações que estão no campo de atuação do SUS, a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; a vigilância nutricional e a orientação alimentar; a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; dentre outras de relevância social. (BRASIL, 1990).

Em relação à cidadania na conjuntura da década de 1990, Gohn (2004, p.22) destaca que,

foi incorporada nos discursos oficiais e ressignificada na direção próxima à idéia de participação civil, de exercício da cidadania, de responsabilidade social dos cidadãos como um todo, porque ela trata não apenas dos direitos,

---

<sup>11</sup> De acordo com a Lei nº 8080/90, em seu art. 3º os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990).

mas também de deveres, ela homogeneiza os atores. Estes deveres envolvem a tentativa de responsabilização dos cidadãos em arenas públicas, via parcerias nas políticas sociais governamentais. De um lado, isso é um ganho: significa o reconhecimento de novos atores em cena. De outro, é um risco, com o qual as lideranças progressistas da sociedade civil devem estar alerta: o de assumirem o papel que deve ser exercido pelo poder público estatal pois para tal ele é eleito, ou indicado, e os cidadãos pagam impostos (GOHN, 2004, p.22).

No sentido político, a participação corresponde, para Stotz (2009, p.393), “a democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios em uma dada sociedade. Representa a consolidação, no pensamento social, de um longo processo histórico”.

Em 1990 discutia-se sobre a organização das ações de vigilância no âmbito do SUS, contemplando aspectos político-institucionais e operativos, ou seja, uma reorganização das atividades de VIEP levando em consideração a redefinição das funções próprias de cada um dos três níveis básicos deste sistema. (TEIXEIRA *et al.*, 2008).

Nesse contexto, a 10<sup>a</sup> (1986) e 11<sup>a</sup> (2000) CNS debateram a necessidade de mudança do modelo de atenção no país, pois os modelos vigentes eram considerados ultrapassados, curativistas, assistencialistas e inadequados para atender com equidade os problemas de saúde enfrentados pela população, marcados pela fragmentação das práticas de saúde e intersectorialidade incipiente, assim como excluía alternativas assistenciais eficazes menos caras e complexas, como os tratamentos e internações domiciliares ou práticas terapêuticas não hegemônicas. (BRASIL, 1991; 2002).

Entretanto, o sistema de saúde brasileiro continuava garantindo a reprodução dos modelos hegemônicos, ou seja, o modelo médico assistencial-privatista (ênfase na assistência hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) e o modelo assistencial sanitário (campanhas, mutirões, programas especiais e ações de vigilância sanitária e epidemiológica). Outras iniciativas apontam para a construção de propostas alternativas, com destaque para as ações programáticas de saúde, a oferta organizada, a vigilância da saúde e a estratégia de saúde da família. (PAIM, 2009).

Nesta perspectiva da mudança do modelo de atenção à saúde, destaca-se a importância do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), criados respectivamente em 1991 e 1994, que conquistaram o caráter explícito de

estratégia de saúde da família tornando-se a principal política no âmbito da atenção primária. (MOROSINI, 2010).

Os PACS e PSF são programas que trouxeram para o SUS demandas epidemiológicas, sanitárias e ambientais, mas estes problemas não estavam tendo resolutividade, além de que a epidemiologia não estava sendo utilizada para nortear o planejamento das ações de saúde. Não havia integração da vigilância sanitária com a vigilância epidemiológica e ambiental (BRASIL, 2002). Os programas tradicionais de Saúde Pública e as ações orientadas para segmentos específicos da população não estavam sendo direcionados para o conceito de integralidade, desta forma era necessário o fortalecimento dos municípios na gestão de toda a política de saúde. (BRASIL, 1991).

Na 12ª CNS, 2003, objetivando superar alguns desafios, como a integração das vigilâncias em saúde, foi proposta a organização do SNVS nas três esferas de governo, por meio de articulação das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental, alimentar e nutricional e, em especial, a vigilância da saúde do trabalhador e em ambientes de trabalho. (BRASIL, 2004).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que incorporou novos conceitos e elementos ao seu papel na ordenação das Redes de Atenção, avançando em relação ao acolhimento, resolutividade, gestão e coordenação do cuidado do usuário.

A atenção básica é norteadada pela universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade, participação social, deve reconhecer o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2006). Outra ferramenta fundamental é a identificação dos fatores de riscos e proteção à saúde que existem no território (TEIXEIRA; VILLASBÔAS, 1999).

Em 13 de março de 2006, foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) enquanto resposta ao movimento global em torno dos Determinantes Sociais de Saúde desencadeado pela OMS, que em março de 2005 criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma “tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de

indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas” (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Na busca de resolver os principais desafios apontados nas últimas CNS, faz-se necessário a integração dessas áreas de atuações do SUS, para a efetivação da mudança de modelo de atenção e garantia da atenção integral. Desta forma, em 2008, conforme Teixeira e Villasbôas (1999, p.3), a SVS assumiu esta integração como prioridade político-institucional. Nessa perspectiva, a integralidade é concebida enquanto eixo norteador entre a atenção básica e a vigilância em saúde e embasa as diretrizes de organização do processo de trabalho: promoção da saúde<sup>12</sup>, território integrado entre atenção básica e vigilância, planejamento e programação, participação e controle social, educação permanente em saúde e monitoramento e avaliação (TEIXEIRA, VILLASBÔAS, 1999).

De acordo com Paim (*apud* Batistella, 2013), o modelo de atenção à saúde da Vigilância em Saúde (VISAU),

é uma proposta de ação que rearticula saberes e práticas, ou seja, uma área de práticas com as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos; adoção do **conceito de risco**<sup>13</sup>; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o **território**<sup>14</sup>; e intervenção sobre a forma de operações. (PAIM *apud* BATISTELLA, 2013, p.385).

Na perspectiva da VISAU, a promoção da saúde se faz através do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e de ações sociais organizadas em defesa da saúde e da melhoria das condições de vida dos diversos grupos populacionais que vivem e trabalham no território

---

<sup>12</sup> Promoção da saúde - conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favorecem o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado de saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitem à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo. (GUTTIEREZ *apud* CZERESNIA, 2009, p.23).

<sup>13</sup> Risco – o conceito epidemiológico de risco é parte de um sistema perito, cujo conhecimento está pautado nos avanços de técnicas estatísticas, que possibilitam seu monitoramento e a definição de medidas de regulação no campo da saúde. Expressa as chances matemáticas de adoecimento de um indivíduo qualquer, desde que portador de certo traço identitário específico. (CZERESNIA, 2009, p.132).

<sup>14</sup> Território – suporte de organização das práticas e dos serviços de saúde, da vida da população, da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem-estar, da responsabilidade, da articulação compartilhada. (MONKEN *et al*, 2008, p.38).

do município, *locus* privilegiado de formulação e implementação dessas políticas e ações (PAIM, TEIXEIRA, 2000). Portanto, abarca os vários níveis de prevenção<sup>15</sup>, buscando,

articular o enfoque populacional (promoção) com o enfoque de risco (prevenção) e o enfoque clínico (assistência), constituindo, de fato, uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumiriam configurações específicas de acordo com a situação de saúde das populações em cada país, estado ou município (territórios). (PAIM, TEIXEIRA, 2000, p.68).

No ano de 2010, a partir da publicação da Portaria nº 1007/2010, foi dado um grande passo para a integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica, os Agentes de Combate às Endemias (ACE) e demais trabalhadores que desenvolvem atividades iguais no âmbito da atenção primária à saúde, foram incorporados formalmente às equipes de saúde (ANEXO B) .(BRASIL, 2010). Esta portaria objetivou potencializar as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família, além de prever incentivos para a integração do trabalho dos diversos trabalhadores de vigilância em saúde que compartilham o território com os ACS.

Em 2011, foi publicado o Decreto nº 7508, de 28.06.11, que regulamentou a lei nº 8080, e prevê no seu artigo 20, a implementação das Redes de Atenção à Saúde objetivando a concretização da integralidade da assistência à saúde.

Compreende-se rede de atenção enquanto “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde e as portas de entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS” (BRASIL, 2011).

Nos anos de 2012 e 2013 houve o fortalecimento das vigilâncias em saúde com a aprovação da Portaria GM/MS nº 1.823/2012, que instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, e Portaria nº GM/MS nº 1378, de 09.07.13, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para a execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde. Esta última ampliou o conceito e ações das vigilâncias, sendo estas voltadas para toda a população brasileira e abrangem,

---

<sup>15</sup> Prevenção - o termo prevenir significa preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); A prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença. (LEAVEL&CLARK *apud* CZERESNIA, 2009, p.49)

I- a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública; II - a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública; III - a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; IV - a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências; V - a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde; VI - a vigilância da saúde do trabalhador; VII - vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; VIII - outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo e trabalho e na própria comunidade. (BRASIL, 2013).

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

Entretanto, as ações de vigilância em saúde continuam subalternas ao modelo hegemônico (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). Como exemplo, a integração da vigilância à saúde com a atenção básica é uma prioridade de governo há quase 10 anos, mas esta não tem sido priorizada.

Destaca-se que as atividades da VISAU, do PACS e do PSF estão relacionadas a bases territoriais, desta forma a ideia de integração das ações de Vigilância e da Atenção básica em um único território é, além de viável, fundamental na busca da integralidade da atenção, pois só assim abordaria os problemas da saúde sob enfoques diferenciados, permitindo ainda, um diálogo mais ampliado com a população sobre circunstâncias da localidade que exige intervenção (VICENTE, 2014).

Paim e Teixeira (2000, p.68) ressaltam que a promoção da saúde se faz através do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e de ações sociais organizadas em defesa da saúde e da melhoria das condições de vida dos diversos grupos populacionais que vivem e trabalham no território do município, *locus* privilegiado de formulação e implementação dessas políticas e ações.

Nessa perspectiva, em todo o mundo, se reafirmam e se renovam duas grandes proposições em saúde: 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; e 2) A promoção da saúde como paradigma integrador e harmonizador de políticas, processos e ações tanto do 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. (MENDES, BUSS *apud* GONDIM *et al*, 2011, p.7).

### 1.3 O Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

Sob a premissa de que o modelo de vigilância em saúde pode atuar como suporte político-institucional para o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde, a SVS foi instituída, no ano de 2003, pelo Ministério da Saúde. Essa proposta representou o esforço de ampliação da capacidade de operação da vigilância em saúde no País, principalmente no âmbito dos sistemas estaduais e municipais, voltada a um pensar inovador a respeito da organização do SUS e de novo olhar sobre a saúde pública. (TEIXEIRA, MENDES *apud* OLIVEIRA, CRUZ, 2015)

Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de vigilância em saúde no âmbito da União e, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, cabe a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS)/ MS a coordenação do SNVS e a Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA), a coordenação do SINAVISA (BRASIL, 2013).

Em relação ao SVS, De Setta, Reis (2012, p.247) destacam que,

é coordenado nacionalmente pela SNVS do Ministério da Saúde (SVS/MS), e tem como componentes os Subsistemas Nacionais de Vigilância Epidemiológica e em Saúde Ambiental; o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública e os sistemas de informação, nos aspectos pertinentes à epidemiologia e ambiental; os programas de prevenção e controle de doenças de relevância em saúde pública, incluindo o Programa Nacional de Imunizações; a Política Nacional de Saúde do Trabalhador; e a Política Nacional de Promoção da Saúde. (DE SETTA, REIS, 2012, p.247).

O SINAVISA é Coordenado pela ANVISA<sup>16</sup>, do Ministério da Saúde, Vigilâncias Sanitárias Estaduais, Vigilâncias Sanitárias Municipais, Sistema Nacional de Laboratórios de

---

<sup>16</sup> ANVISA – criada, através do decreto nº 9782 de 26.01.99. Na 12ª CNS, em consonância com a determinação da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde (CONVISA), apresentou a proposta de fortalecimento da integração da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ao SUS, visando exercer o seu papel regulador

Saúde Pública e Sistemas de Informação de Vigilância Sanitária. (Brasil, 2009). Participam desse sistema, no âmbito do Ministério da Saúde, além da SVS, diversos órgãos e instituições que realizam ações relacionadas ao meio ambiente. Além da ANVISA, participam de ações sobre o ambiente a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), bem como a Assessoria de Assuntos Internacionais (AISA) do Ministério da Saúde. A articulação com outros setores é igualmente importante para a sua operacionalização. Na esfera federal, pode-se citar o Ministério do Meio Ambiente, o Ministério da Agricultura, o Ministério do Trabalho, o Ministério das Relações Exteriores, o Ministério da Educação e o Ministério do Planejamento (DE SETTA, REIS, 2012).

Conforme (De Setta, Reis, 2012) o debate acerca da reformulação institucional, seja no âmbito federal, seja na descentralização para estados e municípios culminou na ampliação de seus objetos e campo de atuação. Nesse processo, as vigilâncias vêm se construindo como (sub) sistemas no SUS, exceto a vigilância em saúde do trabalhador, pelo menos até o momento, no movimento das vigilâncias do campo da saúde para operar como sistemas nacionais.

De acordo com o artigo 5º da Lei nº 1378, de 09.07.13, compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de vigilância em saúde no âmbito da União, cabendo à SVS/MS a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Conforme o artigo 9º da referida portaria, cabe às Secretarias municipais de saúde a coordenação do componente estadual dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, prioridades e diretrizes estabelecidas. (BRASIL, 2013).

#### **1.4 O Planejamento das Ações de Vigilância em Saúde**

Ao contemplar necessidades humanas, o planejamento procura identificar problemas e oportunidades para orientar a ação. No caso do setor saúde, os problemas se referem ao estado de saúde (doenças, acidentes, carências, agravos, vulnerabilidades e riscos), também

---

e fiscalizador de forma integrada, dentro do sistema e como parte integrante do SUS, submetido ao controle social. (BRASIL, 2004).

conhecidos como problemas terminais, e aos serviços de saúde (infra-estrutura, organização, gestão, financiamento, prestação de serviços, etc.), denominados de problemas intermediários. Nessa perspectiva, o planejamento estaria orientado, fundamentalmente, pelos problemas, sejam dos indivíduos e das populações, sejam do sistema de serviços de saúde, ou ambos. Quando visa atender necessidades humanas o planejamento pode ter, também (PAIM, 2006).

De acordo com Teixeira (2010) na Região das Américas, na década de 1960, a OPAS cumpriu um papel essencial, ao patrocinar a elaboração do método CENDES-OPS<sup>17</sup>, considerado pelos especialistas um marco do desenvolvimento de um pensamento original, demarcando a especificidade do planejamento na área de saúde.

Teixeira (2010) reconhece como eixo central do método CENDES-OPS a busca da transferência dos princípios do planejamento econômico para o campo social e, especificamente, para a saúde. Embora adote um viés economicista, esse método, atendia a proposta de diagnóstico do setor saúde, através da aplicação da visão ecológica do processo saúde-doença, incluindo variáveis próprias do ambiente físico, biológico e social, além das exclusivamente sanitárias.

No Brasil, “o movimento em torno da criação e desenvolvimento dos SILOS se expressou no processo de distritalização desencadeado durante a implantação do SUDS, entre 1987 e 1990, e posteriormente com a municipalização das ações e serviços, implicando na elaboração, experimentação e reflexão crítica sobre propostas de planejamento e programação local. O enfoque situacional foi inicialmente adaptado considerando, posteriormente, a possibilidade de se conjugar elementos teóricos e metodológicos da trilogia matusiana: o planejamento estratégico-situacional (PES), o método Altadir de planificação popular (Mapp) e o planejamento de projetos orientado por objetivos (Zoop) à programação em saúde (PAIM, TEIXEIRA, 2000, p.67).

O enfoque estratégico-situacional, de acordo com Paim (2000), foi originariamente proposto por Matus, enquanto “uma teoria geral da planificação passível de subsidiar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica. Do ponto de vista

---

<sup>17</sup> Método CENDES-OPS – foi desenvolvido entre 1962 e 1963, surgiu como resposta às demandas apresentadas na Reunião de Punta Del Este em 1961 que reuniu os ministros da saúde dos países latino americanos. (CHORNY *et al*, 2008, p.3-4)

metodológico, contemplava simultaneamente a formulação de políticas, o planejamento e a programação” (PAIM, TEIXEIRA, 2000, p.66) .

Em relação ao objeto do planejamento, o primeiro aspecto remete à concepção de situação como sendo um conjunto de problemas, identificados, descritos e analisados na perspectiva de um determinado ator social, concepção cujo fundamento epistemológico reside na inseparabilidade entre sujeito e objeto do conhecimento, considerando a perspectiva relacional da produção de conhecimentos à medida que o sujeito que conhece faz parte da realidade que se dá a conhecer, o que implica a adoção de uma visão policêntrica do conhecimento acerca da situação, referida à visão dos diversos sujeitos que a vivenciam (TEIXEIRA, 2010).

O enfoque estratégico-situacional permite a compreensão do objeto do planejamento como sendo os problemas e oportunidades reais de intervenção, sendo constituído de momentos (explicativo, normativo, estratégico e tático – operacional) que se diferenciam apenas por uma questão de ênfase, seja no conhecer, no dever ser, no poder ser ou no fazer. (TEIXEIRA, 2010).

### **1.5 O Território na Vigilância em Saúde**

Embora território possa nos remeter de imediato à concepção geográfica, considerando que a própria origem do termo está estritamente vinculada ao campo geográfico, marcado pela polissemia, as ciências sociais o incorporaram. No âmbito da vigilância em saúde, portanto, o território extrapola a concepção geográfica na qual se originou à medida que são reconhecidas também suas dimensões sociais, culturais, econômicas, políticas e que é dotado de historicidade.

O espaço geográfico se apresenta como testemunha de uma história escrita pelos processos do passado e do presente e é compreendido por Santos (*apud* MONKEN *et al*, 2008), enquanto,

conjunto indissociável de sistemas de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente. Identificam-se, assim, como categorias do espaço, os objetos, formas ou fixos criados pelo homem ou naturais. Os primeiros são os prédios, as barragens, as estradas de rodagem, os portos, as indústrias, os hospitais, as plantações, e outros. Os objetos naturais são os rios, montanhas, árvores, praias e planícies, etc. As ações, funções ou fluxos referem-se aos

movimentos, à circulação de pessoas, mercadorias e idéias. (SANTOS *apud* MONKEN *et al*, 2008, p.2).

Compreende-se, assim como (Santos *apud* Monken, 2008) que os fixos são sistemas de objetos que integram a paisagem de um lugar, de um território. De acordo com suas localizações no território, da função e da qualidade de cada um desses objetos, os riscos que causam podem ser reduzidos ou ampliados, contribuindo respectivamente para a produção da saúde ou da doença. Os fluxos são sistemas de circulação e de troca que dinamizam e dão vida aos lugares, aos territórios e podem ser de diferentes naturezas.

O termo território, conforme Haesbaert, Souza, & PEDON (*apud* GONDIM, MONKEN, 2008, p.392-393) provém do latim *territorium*, que deriva de terra,

e que nos tratados de agrimensura aparece com o significado de pedaço de terra apropriada. Em um sentido mais antigo corresponde a uma porção delimitada da superfície terrestre, portanto surge com dupla conotação, material e simbólica, considerando que etimologicamente aparece muito próximo de terra-territorium quanto de terreo-terror (terror, aterrorizar). tem relação com dominação (jurídico-política) da terra e com a inspiração do medo, do terror – em especial para aqueles que, subjugados à dominação, tornam-se alijados da terra ou são impedidos de entrar no *territorium*. Por extensão, pode-se também dizer que, para aqueles que têm o privilégio de usufruí-lo, o território inspira a identificação (positiva) e a efetiva apropriação. (HAESBAERT, SOUZA & PEDON *apud* GONDIM, MONKEN, 2008, p.392-393).

Monken *et al* (2008, p.2) reconhecem que “a inter-relação entre fixos e fluxos, suas distribuições respectivas, sua forma de organização, disposição e construção, os processos como mudanças, e a continuidade segundo as diferentes velocidades refletem a estrutura do espaço geográfico”.

Nessa perspectiva, portanto, Monken *et al* (2008, p.3) ressaltam que,

a identificação e localização dos objetos, seus usos pela população e sua importância para os fluxos das pessoas e de matérias, são de grande relevância para o conhecimento da dinâmica social, hábitos e costumes e para a determinação de vulnerabilidades de saúde, originadas nas interações de grupos humanos em determinados espaços geográficos. (MONKEN *et al*, 2008, p.3).

Raffestin (*apud* Gondim, Monken, 2008) compreende o território como todo e qualquer espaço marcado pela presença de um poder, ou ainda, um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder.

Portanto, o território reconhecido enquanto espaço, na lógica da divisão político-administrativa, representa um limite de poder ou de responsabilidade do governo local ou de um setor. Estas divisões são espaços de poder (administrativo, gerencial, econômico, político, cultural etc), de domínio público ou privado, governamental ou não governamental. Cada território tem sua área delimitada, uma população e uma instância de poder (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Já as territorialidades, de acordo com Gondim, Monken (200) referem-se às múltiplas relações de poder existentes em um único espaço, portanto uma determinada área pode resguardar diversas territorialidades e, simultaneamente, pode ser considerada vários territórios.

Nessa perspectiva, Sack (*apud* Monken *et al*, 2008, p.1) refere que as territorialidades são reconhecidas enquanto uma estratégia dos indivíduos ou grupo social,

para influenciar ou controlar pessoas, recursos, fenômenos e relações, delimitando e efetivando o controle sobre uma área. A territorialidade resulta das relações políticas, econômicas e culturais, e assume diferentes configurações, criando heterogeneidades espacial, paisagística e cultural - é uma expressão geográfica do exercício do poder no território (SACK *apud* MONKEN *et al*, 2008, p.1).

Compreende-se, que a territorialização é fundamental para organizar os processos de trabalho e as práticas de saúde na perspectiva da integralidade e da equidade. Nesse sentido, Monken e Barcellos (2005) consideram que,

o reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. Essa proposta contida no novo modelo de Vigilância em Saúde é justificada pelo agravamento das desigualdades sociais associado a uma segregação espacial aguda, que restringem o acesso da população a melhores condições de vida. (MONKEN, BARCELLOS, 2005, p.899).

A identificação de problemas de saúde no território deve, conseqüentemente, suplantando a listagem de agravos prevalentes e evidenciáveis, mediante notificações, para abordar e contemplar a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes. O ponto de partida desse processo é a territorialização dos serviços de saúde e suas áreas de abrangências com todos os espaços sociais, isto é, o reconhecimento e o esquadramento do território do município, segundo a lógica de relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde, o que implica um processo de coleta e sistematização de dados demográficos, sócio-

econômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários (MONKEN, BARCELLOS, 2005).

Compreende-se que os problemas de saúde são necessidades não satisfeitas, carências que geram riscos à saúde, sofrimento, adoecimento ou morte, podendo ou não ser reconhecidos como tal pelas pessoas e pelos diversos grupos sociais de um determinado local (TEIXEIRA *et al*, 2004). São considerados também como algo fora dos padrões de normalidade para os atores sociais que estão analisando a situação. Esses padrões são definidos a partir do conhecimento, do interesse e da capacidade de agir do ator sobre uma dada situação (VILLASBÔAS, 2004).

Os desafios colocados por esse processo dizem respeito ao planejamento, à organização e ao gerenciamento da ação intersetorial, isto é, da conjugação dos esforços de distintos setores, como saúde, educação, saneamento, segurança, transporte e habitação, entre outros, visando à racionalização dos recursos existentes e à transformação das atividades desenvolvidas, para que tenham maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidades (MARTINS, 2009).

Santos (*apud* Monken *et al*, 2008, p.2) considera que a constituição dos territórios na contemporaneidade se expressa, com base nos movimentos das horizontalidades e das verticalidades. Nessa perspectiva,

as horizontalidades serão os domínios de contiguidades, constituídos por uma continuidade territorial, enquanto as verticalidades seriam formadas por pontos distantes uns dos outros, resultado de uma interdependência hierárquica dos territórios, conseqüente do processo de globalização econômica. (SANTOS *apud* MONKEN *et al*, 2008, p.2).

Conforme Gondim, Monken (2008, p.8) no setor saúde os territórios estruturam-se por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo e qualquer cidadão como direito de cidadania.

animadas por fluxos, que dominam o seu imaginário, as redes não prescindem de fixos — que constituem suas bases técnicas — mesmo quando esses fixos são pontos. Assim, as redes são estáveis e, ao mesmo tempo, dinâmicas. Fixos e fluxos são intercorrentes, interdependentes. Ativas e não-passivas, as redes não têm em si mesmas seu princípio dinâmico, que é o movimento social. (SANTOS *apud* MONKEN *et al*, 2008, p.8).

Portanto, as redes assumem um papel fundamental para a integralidade das práticas de saúde e planejamento das ações da vigilância em Saúde, considerando os fluxos. Nessa

perspectiva, Matos (*apud* Kuschmir *et al*, 2011, p.128), reconhece que o território consiste em uma dimensão fundamental no conceito de rede, à medida que a magnitude dos problemas de saúde varia significativamente de um lugar para o outro,

interferindo nas definições da composição de cada nível da atenção à saúde. Por outro lado, dinâmicas territoriais específicas exprimem determinados modos e ritmos de vida das pessoas, que podem influenciar decisões a serem tomadas quanto à localização dos serviços de saúde, suas áreas de cobertura, formas e horários de funcionamento. Utilizar a noção de território usado, no planejamento em saúde, significa perceber a dinâmica de cada território, a mobilidade das pessoas, o que possibilita ou não a permanência das pessoas no território, dentre outras questões. (MATOS *apud* KUSCHNIR, 2011, p.128).

Os problemas de saúde apresentam uma diversidade de determinações, fazendo com que propostas de resolução sejam baseadas em múltiplas estratégias, medidas e atores. Destaca-se, ainda, nesse processo, o conhecimento popular e a participação social decorrente desse saber como base para a formulação conceitual e das ações de promoção da saúde. (MONKEN, BARCELLOS, 2005).

### **1.6 Educação, intersetorialidade e participação social: transformando o cenário do território**

Para Freire (2008) a raiz da educação<sup>18</sup> está na possibilidade do homem refletir sobre si mesmo e colocar-se num determinado momento, numa certa realidade: é um ser na busca constante de ser mais, e como pode fazer esta auto-reflexão, pode descobrir-se como um ser inacabado, que está em constante busca.

Portanto, para Freire (*apud* Streck *et al*, 2010, p.209),

o homem enquanto um ser de busca, ou seja, temporalizado e situado, ontologicamente inacabado, sujeito por vocação e objeto por distorção, descobre que não só está na realidade, mas também que está com ela.

---

<sup>18</sup> Educação – para Freire não existe a educação, mas educações, ou seja, formas diferentes de os seres humanos partirem do que são para o que querem ser. Basicamente, as várias educações se resumem à educação bancária, que torna as pessoas menos humanas, porque alienadas, dominadas e oprimidas; e outra, libertadora, que faz com que elas deixem de ser o que são para serem mais conscientes, mais livres e mais humanas. A primeira é formulada e implementada pelos(as) que têm projeto de dominação de outrem; a segunda deve ser desenvolvida pelos que têm projeto de libertação de toda a humanidade. (STRECK *et al*, 2010, p.133).

Realidade que é objetiva independentemente dele. Nesse contexto delinea-se a compreensão de que o Homem, além de inacabado, e inconsciente de seu inacabamento, é um ser de relações, cujas abrangências são muito amplas e profundas. (...) Esas relações se estabelecem com a realidade em seus múltiplos desdobramentos, pois (...) não se dão apenas com os outros, mas se dão no mundo, com o mundo e para o mundo.

Nesse sentido, a educação é um fenômeno complexo, integrado por uma diversidade de correntes, vertentes, tendências e concepções, enraizadas em culturas e diversas perspectivas filosóficas e toda educação assume uma dimensão política à medida que envolve valores que configuram determinada ideologia. Portanto, existem uma pluralidade de concepções e práticas da educação que estão estritamente vinculadas a determinado contexto histórico. (GADOTTI, 2012).

A educação não-formal é considerada por Gadotti (2012, p.8) mais difusa, menos hierárquica e menos burocrática. Nessa perspectiva, portanto,

os programas de educação não-formal não precisam necessariamente seguir um sistema sequencial e hierárquico de progressão. Podem ter duração variável, e podem, ou não, conceder certificados de aprendizagem. Trata-se de um conceito amplo, muitas vezes associado ao conceito de cultura. Daí a educação não-formal estar ligada fortemente à aprendizagem política dos direitos dos indivíduos enquanto cidadãos e à participação em atividades grupais, sejam adultos ou crianças. (GADOTTI, 2012, p.8).

Conforme Trilla (*apud* Gadotti, 2012) a educação não-formal se constituiu, um conjunto de processos, meios, instituições, específica e diferencialmente desenhada em função de explícitos objetivos de formação e instrução que não estão diretamente dirigidos à concessão de grau, próprio do sistema educativo formal.

As contribuições da educação intercultural, na América Latina, sobretudo a partir da década de 1960, destacam-se as experiências de educação popular, em um universo heterogêneo, compatibilizando-se com os diversos contextos, privilegiando a educação não formal, tendo, no entanto, principalmente, a partir do final da década de 1980, e início dos anos noventa, influenciando as propostas de renovação de diversos sistemas escolares (2012).

A educação popular, social e comunitária propõe, além do caráter interdisciplinar, que o trabalho social precisa ser integrado por equipes profissionais de diferentes áreas, com formação de nível médio, técnico ou superior, mas também tem um caráter intersetorial. Ao mesmo tempo, devido a sua enorme diversidade, exigem-se conhecimentos e saberes específicos em cada caso.

Para desenvolver práticas educativas, na perspectiva da participação social e intersectorialidade, a vigilância em saúde se apoia na educação popular, dentre outras estratégias, valorizando a dimensão cultural na produção social da saúde em cada território específico, reconhecendo que,

a diversidade é a marca desse movimento de educação social, popular, cidadã, cívica, comunitária. Trata-se de uma rica diversidade que precisa ser compreendida, respeitada e valorizada. A primeira impressão que se tem é de *fragmentação*, mas se olharmos o conjunto desta obra, veremos que ela está unida, cimentada, como diria Antonio Gramsci - por uma causa comum, chamada pelos movimentos sociais de outro mundo possível. Essa diversidade tem em comum o compromisso ético-político com a transformação da sociedade, desde uma posição crítica, popular, política, social e comunitária. (GADOTTI, 2012, p.2).

Os grandes problemas que se colocam à escola e aos sistemas escolares não podem ser resolvidos de modo centralizado. A melhor prova disso são as grandes reformas mal sucedidas, assim como há necessidade de se pensar a intervenção em um dado local, articulando suas várias dimensões. Na perspectiva de processos de desenvolvimento local, não é adequado separar de forma analítica (CANÁRIO, 2004).

Na contemporaneidade têm sido desenvolvidas algumas experiências de educação territorializada, dentre as quais os Territórios Educativos de Intervenção Prioritária (TEIP)<sup>19</sup>, e do patenariado, que apontam para alguns avanços nas práticas educativas, assim como suscitam críticas.

Nesta perspectiva, Canário (*apud* Martins, 2009) enfatiza que o patenariado socioeducativo apresenta-se assim como,

uma forma organizativa de participação dos atores sociais na realização de projetos educativos no campo das relações entre o sistema educativo e o sistema econômico e social. Destacamos, assim, o aspecto dinâmico e o enfoque da participação social dos cidadãos. (CANÁRIO *apud* MARTINS, 2009, p.66).

Nos seus desenvolvimentos mais recentes, os programas de patenariado são firmados numa filosofia de constituição de parcerias a que subjaz o princípio de funcionamento em rede, envolvendo parceiros. A educação, numa perspectiva de conjuntura sistêmica, é, porventura, o setor social em que o direito e o dever de intervenção é visto com naturalidade e assumido de diferentes formas pelos cidadãos em geral, na convicção de que os destinatários

---

<sup>19</sup> TEIP - a criação dos Territórios Educativos de Intervenção Prioritária representa, em articulação com os "Currículos Alternativos", uma das medidas de política educativa que, de forma inequívoca, assumem o objetivo de promover a integração social de populações socialmente mais "fragilizadas (CANÁRIO, 2004, p.48).

primeiros da educação são as crianças, adolescentes e jovens. É neste sentido de proximidade que se desenvolve o sentido de pertença e o de participação (MARTINS, 2009).

Com efeito, a operacionalização de propostas inovadoras, como é o caso das ações intersetoriais, exige o desenvolvimento de um processo de planejamento e programação que consista em um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas (PAIM, 2000).

De acordo com Martins (2009, p.70),

todos os cidadãos, estruturas e organizações sociais/comunitárias são reconhecidamente membros ativos de um sistema global que é a sociedade, mas também membros de subsistemas que interagem entre si e se condicionam, que têm necessidades específicas de atualização, aprofundamento de conhecimentos, aquisição de novos saberes e desenvolvimento de competências que decorrem dum processo formativo educacional (MARTINS, 2009, p.70).

Em relação aos TEIP Canário (2004, p.48), destaca que essa experiência, “aponta para uma dimensão orientada para a democratização e outra para a modernização, que constitui respectivamente uma resposta ao caráter tardio e inacabado da construção, em Portugal, da escola de massas e que acentua a subordinação das políticas educativas a critérios de racionalidade econômica”.

Em relação aos processos de regulação no âmbito local, Canário (2004, p.49) propõe,

extrapolar uma visão reducionista de territórios a suas dimensões meramente escolares, procedendo-se à construção de territórios educativos, nos quais sejam construídas modalidades de interação entre o escolar e o não escolar e reconhece a visão desvalorizada dos alunos, por parte dos professores, como o principal obstáculo da política TEIP e à construção de práticas educativas emancipatórias aos excluídos (CANÁRIO, 2004, p.49).

## **CAPÍTULO 2: Educação Profissional**

De acordo com Campello, Lima Filho (2009) na Grécia a sociedade se sustentava através do trabalho escravo e a escola era reservada ao ócio e à prática de esportes, e as funções intelectuais se restringiam a uma pequena parcela da sociedade.

Na Idade Média, conforme Campello e Lima Filho (2009, p.175) o trabalho servil era a base de sustentação social, através do cultivo da terra, realizado de acordo com técnicas rudimentares e repetitivas que não requeriam a incorporação de conhecimentos sistemáticos. Nesse contexto, de acordo com Saviani (*apud* Campello, Lima Filho, 2009, p.175-176) “o trabalho intelectual se restringia basicamente ao clero que frequentava as escolas monacais e a transmissão dos conhecimentos profissionais ocorria fora das escolas que serviam exclusivamente para aprimorar o desenvolvimento intelectual dos jovens”.

Conforme Saviani (*apud* Campello, Lima Filho, 2009, p.176) a Revolução Industrial desencadeou uma Revolução Educacional e a máquina adquiriu centralidade no processo produtivo, tornando a escola a forma principal e dominante de educação. Nesse sentido, a transmissão do conhecimento técnico e científico, através da escola, levou a especialização do trabalho à medida que surgem novas divisões e funções na hierarquia social do trabalho.

As primeiras escolas de engenheiros são eminentemente de ciências aplicadas especializadas na formação de quadros funcionais especializados para o Estado caracterizando-se pela articulação entre conhecimentos técnico-científicos e as práticas sociais, e a partir delas o saber é difundido socialmente e são espaços de articulação entre o saber e o poder.

Conforme Monacorda (*apud* Campello e Lima Filho, 2009, p.176), escola e fábrica surgem juntos e concomitantemente, leis instituem a escola estatal e suprimem a aprendizagem corporativa, demarcando a passagem definitiva da instrução das Igrejas para os Estados, em um contexto de transição dos modos de produção e de vida, na América do Norte e na França, após a Revolução Francesa, de 1789, e a emergência do ideal da escola elementar gratuita e universal, culminando na reorganização de conteúdos.

A incorporação de uma cultura técnico-científica, voltada para a preparação profissional aos conteúdos escolares essencialmente especulativos e teóricos implica uma

revolução, que, Petitat (*apud* Campello, Lima Filho, 2009, p.176) “reconhece como a mais relevante desde a criação da escola, e como essa cultura inicialmente não foi acolhida pelas escolas existentes, favoreceu a criação de novas instituições, dentre as quais, academias, escolas técnicas e profissionais”.

De acordo com Azevedo (*apud* Campello, Lima Filho, 2009, p.176-177) no Brasil, a predominância de uma mentalidade jurídico-profissional, voltada totalmente para as carreiras liberais e para as letras, a política e a administração, contribuiu para que o ensino técnico-profissional seja relegado a um plano secundário. O trabalho pesado reservado aos índios e escravos, aliado ao modelo educativo adotado pelos jesuítas, contribuíram para o menosprezo pelo ensino de ofícios, e esse cenário persistiu da descoberta do país até o período próximo à instauração da República.

Até o século XIX não haviam iniciativas que evidenciassem a existência de um campo específico da educação profissional, considerando que era ofertada exclusivamente uma educação propedêutica para as elites, voltada para a formação da classe dirigente.

No decorrer do século XIX, conforme Campello e Lima Filho (2009, p.177), foram criadas várias instituições, especialmente no âmbito da sociedade civil, que buscavam amparar crianças pobres, órfãos e desvalidos, mas que assumiam um caráter meramente assistencialista, contribuindo para que a aprendizagem profissional não fosse compreendida como instrução.

Em 1858, conforme Campello, Lima Filho (2009, p.177) foram criados os liceus de artes e ofícios, rompendo com uma concepção meramente assistencial do ensino técnico profissional

que se disseminaram em diversas províncias, e adotavam programas de ensino com uma nova filosofia de ensino técnico profissional, voltado para a indústria, que não se restringia ao mero assistencialismo, até então vigente, e ao ensino elementar, estimulando uma cultura de ensino secundário favorável à indústria. Além disso, a abolição da escravatura favoreceu o desenvolvimento de uma nova percepção acerca do trabalho que não fosse intelectual (CAMPELLO, LIMA FILHO, 2009, p.177)

De acordo com Campello e Lima Filho (2009), embora persistisse a concepção de que o ensino técnico era destinado aos pobres, com a instauração da República, em 1909, Nilo Peçanha criou uma rede de escolas de aprendizes de ofícios, através do Decreto nº 7566/09.

De modo geral, os defensores da escola nova se referiam à educação profissional nas propostas de reformas educacionais propondo uma educação pública, gratuita e laica, embora adotassem concepções liberais e de preparação para o trabalho .

De acordo com Cunha (1997) o *Manifesto dos Pioneiros* reconhece que no Brasil existem dois sistemas de ensino fragmentados e que não dialogam: o sistema primário e profissional e o sistema secundário e superior que se diferenciavam em objetivos culturais e sociais e se constituíam em instrumentos de estratificação social.

De acordo com Campello e Lima Filho (2009), a industrialização, sobretudo a partir da década de 1930, desencadeia mudanças gradativas, que demandaram uma nova proposta de educação, compatível com a nova ordem social e com o processo de acumulação de capital, visando preparar os trabalhadores para o trabalho na indústria. Esse cenário demarcou, portanto, uma transição de um ensino profissional restrito à aprendizagem de um ofício para o domínio das técnicas, da parcelarização do trabalho e da adaptação à máquina, disciplinando a força de trabalho jovem e adequando-a à divisão do trabalho da organização fabril.

A divisão do trabalho, de acordo com Pires (2009, p.125) corresponde “à especialização das atividades existentes em todas as sociedades complexas, independente dos produtos de trabalhos circularem como mercadorias ou não. Designa a divisão do trabalho social em atividades produtivas, ou ramos de atividades necessárias para a reprodução da vida”.

Conforme refere Campello e Lima Filho (2009, p.125) o cenário da industrialização, e da revolução de 1930, enfatiza a relação entre trabalho e educação enquanto problema essencial. Porém, a constituição de 1937 explicita o dualismo e a destinação do ensino profissional e a oferta do ensino profissional aos mais pobres determinando que o ensino vocacional e pré-vocacional são dever do Estado, cabendo as empresas e sindicatos colaborar, culminando nas Leis Orgânicas do Ensino Profissional e na criação do Serviço Nacional da Indústria (SENAI) e Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), assim como a transformação das antigas escolas de aprendizes artífices em escolas técnicas federais.

Nas décadas de 1930 e 1940 o ensino secundário foi reformado e, a partir de 1942, foram elaboradas as leis orgânicas da educação nacional para regular o ensino secundário, ensino industrial, ensino primário, ensino comercial e ensino agrícola.

O conjunto das Leis Orgânicas da Educação Nacional atribuíam ao ensino secundário e normal o objetivo de formação de elites dirigentes e à educação profissional à formação

adequada dos filhos dos operários e dos menos favorecidos que precisavam ingressar precocemente na força de trabalho. Portanto, preserva-se uma herança dualista.

Acerca da interrelação entre educação profissional e expansão de alguns setores da economia, Kuenzer (2007) enfatiza que no decorrer do século XX, no Brasil,

a par da escola de formação geral, foi se desenvolvendo extensa e diversificada oferta de educação profissional, com o intuito de atender às demandas decorrentes da expansão dos setores industrial, comercial e de serviços, que se intensificou a partir dos anos de 1940. Esta expansão, determinada pelo movimento do mercado para atender as necessidades definidas de formação profissional especializada, se deu de forma caótica, sem responder a uma política especificamente formulada para a educação profissional. (KUENZER, 2007, p.1156).

Campello (2009), reconhece a existência de uma dualidade educacional que revela uma dicotomia da escola a partir da qual são traçadas trajetórias diferenciadas, conforme a classe social, separando os indivíduos por funções opostas na divisão do trabalho seja do lado dos explorados seja do lado dos exploradores.

A análise do sistema educacional brasileiro, considerando o lugar da escola de caráter técnico profissionalizante, sua origem, trajetória, mediações e tensões, revela duas principais características: em primeiro lugar, historicamente foi uma escola destinada aos subalternos da sociedade; em segundo lugar, constitui-se como uma modalidade paralela ao sistema regular de ensino. (SOUZA, 2013).

No início do mandato do governo federal em 2003, e mesmo antes, no período de transição, ocorreu o recrudescimento da discussão acerca do Decreto nº. 2.208/97, em especial no tocante à separação obrigatória entre o ensino médio e a educação profissional. (BRASIL, 2007).

esse processo resultou em uma significativa mobilização dos setores educacionais vinculados ao campo da educação profissional, principalmente no âmbito dos sindicatos e dos pesquisadores da área do trabalho e educação. Desse modo, durante o ano de 2003 e até julho de 2004 houve grande efervescência nos debates relativos à relação entre o ensino médio e a educação profissional. Assim, retoma-se a discussão sobre a educação politécnica, compreendendo-a como uma educação unitária e universal destinada à superação da dualidade entre cultura geral e cultura técnica e voltada para o domínio dos conhecimentos científicos das diferentes técnicas que caracterizam o processo de trabalho produtivo moderno sem, no entanto, voltar-se para uma formação profissional *stricto sensu*, ou seja, sem formar profissionais em cursos técnicos específicos. (BRASIL, 2007).

A mudança na legislação foi uma reivindicação dos educadores progressistas desde a origem do Decreto nº 2.208/97, o qual explicita novamente visões diferenciadas sobre a

relação entre a educação básica e a profissional. O enfrentamento desse problema culminou na proposta de uma nova regulamentação, o Decreto nº. 5.154/04, amplamente discutido com a sociedade.

Reconhece-se que semelhante ao trâmite que resultou na Lei de Diretrizes e Bases de 1961, no processo de onde emergiram a Constituição Federal de 1988 e a segunda Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996), o Brasil estava saindo de um período ditatorial e buscando reconstruir o estado democrático de direito, portanto os conflitos em relação aos projetos de sociedade eram expressivos (BRASIL, 2007).

A Lei 9.394/96, em seu artigo 39, reconhece enquanto educação profissional,

a modalidade de educação integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, que deve conduzir ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva e prevê no seu § 1º que os cursos de educação profissional e tecnológica poderão ser organizados por eixos tecnológicos, possibilitando a construção de diferentes itinerários formativos, observadas as normas do respectivo sistema e nível de ensino. (BRASIL, 1996).

De acordo com Frigotto *et al* (2005) com a eleição do presidente Lula da Silva, os movimentos sociais tiveram suas expectativas frustradas em relação às mudanças estruturais na sociedade e na educação, amparadas nos direitos reconhecidos pela constituição vigente, à medida que foram ignorados os conhecimentos e experiências historicamente acumulados nas trajetórias das políticas de educação experimentados no país e nos movimentos sociais.

Ainda, conforme Frigotto *et al* (2005),

apesar dos conhecimentos construídos sobre as contradições, desafios e possibilidades da educação profissional, especialmente no âmbito da área Trabalho e Educação, estes não foram apropriados pela política pública do Estado brasileiro, expressando um percurso controvertido entre as lutas da sociedade, as propostas de governo e as ações e omissões no exercício do poder. (FRIGOTTO *et al*, 2005, p.1088).

## **2.1 A Educação Profissional em Saúde**

Lima, Pereira (2009, p.182) reconhecem que, de modo geral, nas décadas de 1920 e 1930, o termo educação profissional era referido enquanto proposta das reformas

educacionais preconizadas pelos defensores do escolanovismo<sup>20</sup>, sobretudo por Fernando Azevedo, com ênfase na educação pública, gratuita e laica. Embora a escola assumisse uma tendência liberal que a delimitava à preparação para o trabalho, é reconhecida como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas e o estudo de conteúdos de saúde, vislumbrando-se a formação de trabalhadores, visando propiciar o aumento da capacidade de produção.

Conforme Lima, Pereira (2009) o reconhecimento legal da educação profissional em saúde, no Brasil, ocorreu a partir da Lei nº 4024, de 1961, uma vez que anteriormente, o ensino técnico se estruturava com base nas Leis Orgânicas do Ensino, promulgadas no decorrer do Estado Novo por Gustavo Capanema, ministro da Educação e Saúde que se restringiam exclusivamente à formação de quadros profissionais para as áreas de indústria, comércio, agricultura e a formação de professores.

Na década de 1940, de acordo com Pereira, Lima (2009, p.182), na perspectiva de regular a formação, foi aprovada,

a legislação profissional referente à área de enfermagem, buscando-se respectivamente regular a formação técnica dos práticos de enfermagem, mediante o Decreto-Lei nº 8778/1946, e dos auxiliares de enfermagem, através da Lei nº 775 de 1949, para o mercado de trabalho hospitalar emergente. (PEREIRA, LIMA, 2009, p.182).

No final da década de 1950, de acordo com Pereira, Lima (2009, p.183) começa a prevalecer no discurso dos especialistas de educação de instituições internacionais, uma concepção de desenvolvimento que representava, concomitantemente, uma teoria da educação e uma concepção de desenvolvimento, inspiradas na teoria do capital humano<sup>21</sup> de Schultz.

---

<sup>20</sup> Escolanovismo – movimento que representou as lutas em prol da renovação pedagógica, ou seja, a substituição do modelo tradicional de ensino, culminando na mudança dos currículos, a escola passou a ser laica, gratuita e obrigatória, desvinculando-se, portanto do pensamento religioso, e adquiriu autonomia na função educacional reduzindo as interferências político-partidárias ou outros interesses políticos, o ensino passa a ter bases científicas, e a relação professor-aluno passa a ser centralizada no aluno. O lema do Movimento do Escolanovismo passa a ser aprender a aprender, uma vez que com o construtivismo o aluno está sempre construindo seu conhecimento de maneira ativa. (BESSA, 2004, p.31).

<sup>21</sup> Teoria do Capital Humano - a noção de capital humano se afirma nas décadas de 1950-1960 respectivamente nos campos na literatura econômica na década de 1950 e, nas décadas de 1960 e 1970 no campo educacional criando o campo de economia (política) da educação. Schultz, em sua obra Capital Humano, parte do pressuposto de que o componente humano da produção que decorre da instrução é um investimento em habilidades e conhecimentos que aumenta as rendas futuras semelhante a qualquer outro investimento em bens de produção. Portanto, ele define o capital humano como montante de investimento que uma nação ou indivíduos fazem na expectativa de retornos adicionais futuro. (FRIGOTTO, 2009, p.67-68).

Ainda, de acordo com Pereira, Lima (2009, p.183), a teoria do capital humano norteia a estratégia da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) que preconizava na década de 1960, o desenvolvimento integral a partir do planejamento econômico-social, ao qual atribuía-se a possibilidade de superar o subdesenvolvimento e, enquanto teoria educacional, exerceu influência sobre a política educacional brasileira, sobretudo a educação profissional em saúde, a partir de meados da década de 1960, culminando na publicação da lei nº 5692/71 que reformulou o ensino de 1º e 2º graus no país, e implantou compulsoriamente a terminalidade profissional, vinculada ao último grau de ensino.

Na década de 1970, a expansão dos serviços médicos hospitalares culminou na criação de postos de trabalho, absorvendo sobretudo os atendentes de enfermagem, com nível de escolaridade equivalente às quatro primeiras séries do atual ensino fundamental, e os médicos.

Reconhece-se que semelhante ao trâmite que resultou na Lei de Diretrizes e Bases de 1961, no processo de onde emergiram a Constituição Federal de 1988 e a segunda Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996), o Brasil estava saindo de um período ditatorial e buscando reconstruir o estado democrático de direito, portanto os conflitos em relação aos projetos de sociedade eram expressivos (BRASIL, 2007).

Na década de 1980, houve acirrada disputa por profissionais para a indústria, o comércio, a agricultura e a formação de professores em torno de projetos para a educação profissional em saúde, incluindo a reestruturação do acesso ao sistema educacional que adquiriu centralidade após diversas reformas no período da ditadura militar.

Conforme Pereira, Lima (2009) ao mesmo tempo em que a educação profissional era reduzida a treinamentos superficiais, reforçando o tecnicismo e que se fazia apologia às técnicas pedagógicas como instrumentos para resolver problemas inerentes à formação dos trabalhadores de saúde, foi construída na década de 1980 uma concepção de educação circunscrita às práticas sociais, portanto inseparáveis das relações sociais, e na concepção de escola unitária, de formação tecnológica ou politécnica e na necessidade de aprofundamento do sentido e dos desafios relacionados ao reconhecimento do trabalho como princípio educativo.

Campello (2009, p.138) reconhece que “o campo educacional brasileiro, marcado por reformas na ditadura militar, enfrentou um intenso processo de disputa em relação à sua reestruturação, e que apesar do contexto de democratização ter favorecido a defesa da

educação politécnica, as reformas materializadas pela LDBEN, no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso, não produziram a integração almejada entre ensino médio e técnico, impondo-se, portanto, a constituição de sistemas paralelos de educação básica e educação profissional”.

Nesse cenário, portanto, ocorreu um retorno à dualidade estrutural da educação brasileira à medida que houve um retrocesso à Reforma Capanema, através das leis orgânicas, que mantiveram o ensino secundário, ou seja, propedêutico, exclusivamente para a formação de intelectuais e os ramos técnicos, dentre os quais, o agrícola, o industrial, o comercial e o normal para a formação de trabalhadores instrumentais.

A noção de politecnia, conforme Saviani (2003, p.136) se encaminha na direção da superação da dicotomia entre trabalho manual e trabalho intelectual, entre instrução profissional e instrução geral. A sociedade moderna, que generaliza as exigências do conhecimento sistematizado, é marcada por uma contradição.

Campello e Lima Filho (2009, p.176), enfatizam que o conhecimento passa a se disseminar socialmente e,

essas escolas de ciências aplicadas articulam os conhecimentos técnicos-científicos e as práticas sociais. A partir delas o conhecimento é difundido, mas elas são também locais de articulação entre o saber e o poder. O aparecimento dessas escolas se faz acompanhar de uma redefinição dos conteúdos a serem transmitidos, o que, por sua vez, leva a reorganização dos conhecimentos exigidos. (CAMPELLO; LIMA FILHO, 2009, p.176).

Conforme Campello e Lima Filho (2009, p.176) “leis instituem a Escola e suprimem a aprendizagem corporativa, em um contexto de transição dos modos de produção e de vida, na América do Norte e na França, após a Revolução de 1789, demarcando o ideal da escola elementar gratuita e universal, culminando na reorganização de conteúdos”.

## **2.2 O Currículo na formação de trabalhadores da saúde na perspectiva contra-hegemônica**

Na contemporaneidade, a organização curricular assume relevância para as ETSUS, considerando a responsabilidade diante do ordenamento da formação de trabalhadores de nível médio, no âmbito do SUS, e o reconhecimento histórico enquanto espaço de produção

de experiências curriculares inovadoras. Em relação ao papel ordenador assumido pelo currículo, Sacristán (2000, p.108) reconhece que,

a ordenação do currículo faz parte da intervenção do estado na organização da vida social. Ordenar a distribuição de conhecimento através do sistema educativo é um modo não só de influir na cultura, mas também em toda a ordenação social e econômica da sociedade. Em qualquer sociedade complexa é inimaginável a ausência de regulações ordenadoras do currículo.

### 2.3 O Currículo Integrado

A elaboração do currículo integrado requer que sejam identificadas as *atribuições do Perfil Profissional* que demarcam a prática social de uma profissão, considerando as atribuições que os trabalhadores desenvolvem e aquelas que deverá desenvolver dispondo de condições concretas para desenvolvê-las. Portanto, o planejamento curricular deve ser marcado pelo debate entre a equipe técnica e as entidades representativas da categoria, considerando as características do contexto no qual a profissão se insere. Devem ser consideradas também as características do contexto social no qual a profissão está inserida: estrutura social, grau de organização comunitária, localização social da profissão e a cultura e as características dos discentes, dentre as quais, os esquemas de assimilação predominantes, assim como suas experiências educacionais e profissionais. (DAVINI, 1994)

Nessa perspectiva, o currículo integrado propõe integrar trabalho e ensino e demarca a ruptura com as concepções tradicionais e os modelos hegemônicos marcados pela fragmentação entre teoria e prática que têm sido historicamente adotados na formação de pessoal de níveis médio e elementar e que atribuem ao aluno um papel passivo no processo de ensino-aprendizagem, reduzindo-o a mero receptor de informações, em detrimento da concepção de autonomia de construtor de seu próprio conhecimento. (DAVINI, 1994)

Conforme Davini (1994, p.194) o currículo integrado é reconhecido enquanto,

um plano pedagógico que permite a articulação dinâmica entre trabalho, ensino, prática e teoria, ensino-comunidade. Nesse sentido, as relações entre trabalho e ensino, assim como entre os problemas e as hipóteses construídas

para resolvê-lo devem considerar sempre as características sócio-culturais do contexto no qual o processo é desenvolvido (DAVINI, 1994, p.194).

Portanto, em consonância com o seu Projeto Político-Pedagógico, a EFTS adota o currículo integrado compreendendo-o, assim como Davini (1994, p.45) enquanto,

uma opção educativa que permite uma efetiva interação entre ensino e prática profissional, a real integração entre teoria e o imediato teste da prática, um avanço na construção de teorias a partir do conhecimento anterior, a busca de soluções, a integração ensino-trabalho-comunidade, implicando em uma imediata contribuição para esta última, a integração professor-aluno a investigação e busca de esclarecimentos e propostas e adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social. (DAVINI, 1994, p.45).

Pereira (2004, p.244) chama a atenção para a estrutura do currículo integrado que “se diferencia dos demais tipos de currículo à medida que na sua organização as áreas de conhecimento não estão isoladas, possibilitando, por exemplo, que o mesmo conceito seja trabalhado por áreas diversas, o que favorece a interdisciplinaridade”.

Davini (*apud* BAHIA, 2007) destaca as particularidades do currículo integrado, reconhecendo-o enquanto uma rede cujos fios são tecidos de forma dinâmica. (BAHIA, 2007). Nessa perspectiva, portanto,

é organizado em áreas de conhecimento e temas geradores. Um modo de promover desafios e de colocar o formando em posição de buscar solucionar problemas relacionados com a prática. Os conteúdos são meios para desenvolver as competências, de modo a ampliar a formação dos profissionais e promover sua interação com a realidade, de forma crítica, dinâmica e desafiadora. Toda a atividade é centrada na resolução de problemas práticos e de ações de caráter investigativo. O conhecimento adquire caráter interdisciplinar, favorecendo a construção de sentidos e de conceitos. (BAHIA, 2007).

De acordo com Ramos (2014, p.212) a proposta de currículo integrado, trata da dimensão objetiva, ou seja, da relação social e histórica entre ciência e produção. A seleção e a organização de conteúdos de ensino e de métodos de ensino-aprendizagem ocorrem de modo que os conceitos sejam apreendidos como sistema de relações de uma totalidade concreta que se pretende explicar, compreender e transformar.

De acordo com Davini (1994, p.47) o currículo integrado prevê que cabe ao docente “incentivar o discente a observar, problematizar e buscar respostas, a partir das experiências

vivenciadas, avaliando os avanços no processo de ensino-aprendizagem e intervindo sobre as dificuldades identificadas, respeitando o ritmo de cada um”.

Nesse sentido, a metodologia dos cursos fundamenta-se, portanto, no princípio de que a aprendizagem não é alcançada de forma instantânea e nem por domínio de informações técnicas, pelo contrário, requer um processo de aproximação necessário e cada vez mais amplo ao conhecimento, de modo que o aluno, a partir da reflexão e percepção iniciais, observa, reelabora e sistematiza seu conhecimento sobre o objeto em estudo (BAHIA, 2007).

O currículo é um artefato sócio-educacional que se configura nas ações de, “conceber/organizar/institucionalizar/dinamizar, saberes, conhecimentos, atividades, competências e valores visando uma dada formação, configurada por processos e construções constituídos na relação com o conhecimento eleito como educativo (MACEDO, 2013)

### **2.3.1 Aprendizagem e Avaliação: acolhendo as experiências, os saberes e a diversidade**

Diversas teorias buscam explicar o processo de aprendizagem reconhecendo-o como complexo e dinâmico. A aprendizagem é um processo que tem a duração de toda a vida e somente pode ser realizado pela pessoa que tem a intencionalidade, ainda que inconsciente, de aprender. A avaliação, também, somente pode ser realizada pela pessoa que está vivenciando a aprendizagem, porque os dois processos, o de avaliação e o de aprendizagem, estão tão intimamente ligados, que um não existe sem o outro (WACHOWICZ, 2014, p.16).

No processo de aprendizagem, discente e docente são sujeitos, pois essa relação é, dialógica. Nesse sentido, Freire (2016, p.25) destaca que, ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender..

Em relação à dinâmica do processo de aprendizagem, Vygotsky (*apud* Antunes, 2013) chama a atenção para a importância do docente criar a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), compreendendo-a enquanto,

a distância entre o nível de resolução de um problema (ou uma tarefa) que uma pessoa pode alcançar atuando independentemente e o nível que pode alcançar com a ajuda de outra pessoa mais competente ou mais experiente nessa tarefa. Em outras palavras, a ZDP seria o espaço no qual, graças à interação e ajuda de outros, uma determinada pessoa pode realizar uma tarefa

de uma maneira e em um nível que não seria capaz de alcançar individualmente. (VYGOTSKY *apud* ANTUNES, 2013, p.28).

Nessa perspectiva, em relação as intervenções sobre a ZDP, Antunes (2013) recomenda que a ajuda ofertada pelo professor deve estar intimamente associada aos esquemas de conhecimento que os alunos já possuem para que atribuam significados aos novos saberes. Caso o professor obtenha uma resposta positiva deverá aprimorar sua capacidade para provocar desafios que os leve a questionar os significados que atribuem e garantir que a mudança ocorra na perspectiva das intenções educativas. Além dos conhecimentos, o professor deve dispor de apoios e suportes essenciais,<sup>22</sup> a criação e intervenção sobre a ZDP. (ANTUNES, 2013).

Bordenave (1994), Anastasiou, Alves (2012) reconhecem que os esquemas de conhecimento ou de assimilação são utilizados pelo discente no processo de aprendizagem, pois para conhecerem o objeto (conhecimento) ele precisa mobilizá-lo, caso contrário, a aprendizagem não ocorre.

De acordo com Vasconcelos (2012) o verdadeiro desafio consiste na construção mental ou na abstração que se efetiva quando, mentalmente se é capaz de reconstruir o objetivo apreendido pela concepção de noções e princípios, independentemente do modelo estudado, associando ideias, enredando e chegando a deduzir consequências pessoais e inéditas, por meio de uma ação, ou uma práxis que pode ser predominantemente motora, reflexiva e ou perceptiva.

A construção do conhecimento, é concebida por Vasconcelos (2012, p.37), enquanto,

um momento de desenvolvimento operacional da atividade do aluno, de sua práxis, que pode ser predominantemente perceptiva, motora ou reflexiva. Isto será feito por meio de ações como: estudo individual, debates, grupos de trabalhos, seminários, exercícios, nos quais se explicitam relações que

---

<sup>22</sup> espaços favoráveis, meios de organização e estruturas para sua classe, campos para selecionar as informações, meios para organizar as atividades dos alunos em minigrupos e grupos maiores, linguagens diferentes para apresentar seus conteúdos, materiais de consulta e pesquisa sempre à mão, quando conhecer além da aula expositiva algumas formas de transformação de saberes em conhecimento, quando dispuser de meios eletrônicos, computadores e recursos áudio-visuais, quando aplicar esquemas de avaliação do trabalho escolar e não fazer uso de medidas, quando mobilizar recursos para o acompanhamento individual, dispor de tempos para revisões, intervir sobre a quantidade de alunos em sala plausível com o alcance de suas metas e ainda outros suportes. (ANTUNES, 2013, p.25-26).

permitem identificar pela análise, como o objeto de conhecimento se constitui.

Em relação aos modelos pedagógicos adotados, Davini (1994, p.27) adverte que,

têm sido utilizados historicamente para a formação do pessoal de nível médio, focadas no ensino típico da tradição escolar que privilegia o modo de ensinar e de inculcar melhor (mostrar-informar-inculcar), em detrimento de como o discente aprende e propõe romper com as formas clássicas de treinamento e as modalidades aparentemente modernas que recorrem ao uso de recursos audiovisuais.

Vasconcelos (2012, p.37) destaca algumas categorias que poderão orientar a definição das atividades dos alunos e, portanto, a escolha das estratégias, para o momento de construção do conhecimento: significação, problematização, práxis, criticidade, continuidade, historicidade e totalidade.

Considerando a abrangência e complexidade da formação profissional, reconhece-se que o currículo e a avaliação são indissociáveis. A avaliação é fundamental para aperfeiçoar o processo de ensino-aprendizagem e torna-se necessário desburocratizá-la, evitando reduzi-la a um mero registro de dados e verificação da aprendizagem. Nesse sentido, Hoffmann (2009, p.17) propõe como prática avaliativa democrática uma avaliação que favoreça intervenções adequadas, pois,

uma avaliação à serviço da ação não tem por objetivo a verificação e o registro de dados do desempenho escolar, mas a observação permanente das manifestações de aprendizagem para proceder a uma ação educativa que otimize os percursos individuais [...]. Observar, compreender, explicar uma situação não é avaliá-la; essas ações são apenas uma parte do processo. Para além da investigação e da interpretação da situação, a avaliação envolve necessariamente uma ação que promova sua melhoria (2009, p.17).

Nesta perspectiva, a ETSUS-BA compreende, em consonância com o seu Projeto Político-Pedagógico, que a avaliação da aprendizagem é parte integrante e indissociável do currículo e, está presente em todos os momentos do seu desenvolvimento, e não apenas restrita aos resultados finais, constituindo-se num processo de acompanhamento sistemático da evolução do aluno focalizado na promoção do sujeito através da construção do seu conhecimento. A avaliação proposta para os currículos integrados e para os currículos já organizados por competências é constituída de três momentos complementares. A avaliação é

integrada pela avaliação de processo<sup>23</sup>, auto-avaliação<sup>24</sup> e avaliação de desempenho final<sup>25</sup>. (BAHIA, 2007).

Reconhece-se que as práticas curriculares se circunscrevem ao contexto histórico e às concepções hegemônicas no mundo do trabalho e, portanto, conforme Pereira (2004, p.247), pensar os currículos voltados à formação técnica em saúde significa ter como premissa que as práticas curriculares são marcadas,

tanto pela historicidade da construção do próprio conhecimento, como pelo pensamento hegemônico no mundo do trabalho. Ou seja, trata-se de um processo conflituoso e contraditório, em que as exigências de uma formação humanista e crítica entram em constante choque com as exigências pragmáticas e objetivas do conhecimento definido pela divisão social do trabalho posta pelo capitalismo.

## **2.4 As Políticas e os projetos de formação de trabalhadores em saúde estruturantes para a implementação da Educação Profissional em Vigilância em Saúde nas ETSUS**

### **2.4.1 O Projeto Larga Escala e o surgimento das ETSUS**

Historicamente a formação de trabalhadores de saúde tem se modificado e diversas propostas pedagógicas têm sido experimentadas, em diferentes cenários políticos, econômicos, sociais, culturais e as condições inerentes ao processo de acumulação de capital e a sua dinâmica. Nesse sentido, Pronko (2013, p.97),

na década de 1960 o Banco Mundial começou a financiar projetos educacionais, principalmente nos designados países em desenvolvimento. A diretriz que informava essa atuação estava relacionada à provisão de mão de obra qualificada capaz de sustentar e desenvolver os investimentos em infraestrutura que o Banco apoiava nesses países, e baseada conceitualmente

---

<sup>23</sup> Avaliação de processo – O docente deve estar atento às várias situações e expressões do comportamento do educando e junto com o discente faz observações acerca do desempenho atual, comparando-o com o desempenho anterior. Ao resultado desta observação construtiva, é atribuído um conceito que represente a situação. Caso o aluno não tenha obtido o desempenho satisfatório, o docente planejará, em conjunto com ele, estratégias para que, por meio de novas oportunidades, alcance o desempenho desejado. (BAHIA, 2007).

<sup>24</sup> Autoavaliação - na pedagogia problematizadora, o protagonista central é o aluno: ele é o sujeito da aprendizagem e conseqüentemente é o primeiro avaliador de si mesmo. (BAHIA, 2007).

<sup>25</sup> Avaliação de desempenho final - procura comprovar o resultado do processo cumulativamente, verificando a competência alcançada. É essencialmente legitimadora, consistindo num reflexo das avaliações de processo. Esta avaliação deve ser também registrada em formulário próprio para posterior composição do histórico escolar e conseqüente legitimação. (BAHIA, 2007).

na perspectiva de criação de capital humano. Assim, os investimentos em educação enfocaram principalmente, até a década de 1980, na difusão da educação técnica e profissional assim como o ensino médio, promovendo a implantação, nesse nível de ensino, da chamada educação diversificada. (PRONKO, 2013, p.97).

Na segunda metade da década de 1970, enquanto se aprofundavam as contradições no âmbito do setor saúde, ocorreu um renascimento dos movimentos sociais, envolvendo a classe trabalhadora, setores populares, estudantis, intelectuais e profissionais da classe média. Tais movimentos se expressaram na saúde, constituindo-se em possibilidade de articulação de forças sociais contrárias às políticas de saúde autoritárias e privatizantes (PAIM, 2008).

O debate sobre a formação de trabalhadores de saúde se intensifica a partir do Movimento de Reforma Sanitária. Entretanto, na década de 1980, conforme Pronko (2011), o processo de neoliberalização se encontrava em pleno desenvolvimento, tanto nos países centrais quanto na periferia do capitalismo, e a nova agenda mundial se redefinia.

No Brasil, além do envolvimento de instituições privadas na profissionalização dos trabalhadores, conforme evidencia a história da educação profissional, de acordo com Pronko *et al* (2011, p.64), até a segunda metade da década de 1980 predominaram cursos de atendentes de enfermagem denominados “walita” cujas características eram treinamentos rápidos das técnicas básicas, que não exigiam escolarização, e abertura de escolas de formação técnica anexas aos hospitais públicos e privados.

No entanto após esse período, a conjuntura na qual o PLE surgiu, coincide com o período de abertura política do país, em que as manifestações de resgate da cidadania já integravam diversos movimentos de participação popular e de crise.

Para realizar a formação em massa de pessoal de saúde para atingir as metas de expansão da cobertura dos serviços é que, nessa perspectiva, em 1981, foi proposto o Programa de Desenvolvimento de Sistemas de Capacitação em Serviço de Pessoal Auxiliar de Saúde que passou a ser denominado de Larga Escala.

O PLE, financiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), é considerado por Costa (2006) Pires-Alves, Paiva (2006) Bassinello e Bagnato (2009) e Torrez (2014) como fruto de um acordo intersetorial que envolveram o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Educação e a OPAS e representou uma iniciativa de descentralização e regionalização. Bassinello, Bagnato (2009) e

Torrez (2014) o reconhecem como uma estratégia voltada para a formação do setor que visava os serviços básicos de saúde, em conformidade com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e defendia a democratização do sistema de saúde e mudanças na prática profissional dos trabalhadores do setor saúde.

Conforme Torrez (2014, p.145) o PLE objetivou a formação profissional de trabalhadores de nível médio e elementar inseridos nos serviços de Saúde. Os trabalhadores de nível elementar eram denominados genericamente como atendentes e em sua maioria excluídos em relação à escolarização básica e à formação profissional desde o início da Enfermagem moderna no Brasil, na década de 1920.

Diante desse complexo cenário e dos desafios impostos à formação de trabalhadores de saúde, a criação dos Centros de Formação de Recursos Humanos (CEFORH)<sup>26</sup> se constituiu uma estratégia fundamental para a estruturação do PLE nos Estados e para a educação profissional, anteriormente quase que restrita às escolas privadas. Considerando a pouca escolaridade desse contingente, os CEFORH, que viriam a se constituir em Escolas Técnicas do SUS, foram criadas, em consonância com o sistema educacional vigente, como estruturas educacionais específicas para o setor saúde, de caráter permanente, que vieram possibilitar a habilitação das categorias de nível médio para a saúde (COSTA, 2006).

Ramos (2010) também reconhece que a criação dos CEFORH e das ETSUS se constituiu um marco histórico relevante para a formação dos trabalhadores de saúde, e que apesar de terem origens diferentes, compartilham da mesma identidade à medida que são escolas do setor saúde que buscam melhorar a educação profissional nessa área e promover a qualificação técnica de trabalhadores já inseridos no sistema de saúde, a partir de um modelo de educação profissional descentralizado e em relação estreita com os serviços de saúde.

De acordo com Pires-Alves, Paiva (2006, p.79) o PLE induz mudanças curriculares e, nesse cenário, os currículos incorporam do PLE,

a metodologia de ensino que permitia enfrentar o desafio da integração docente-assistencial no âmbito da formação técnica; um currículo que atendia

---

<sup>26</sup> CEFORH – de acordo com o regimento desses centros formadores era assegurado ensino multiprofissional, centralização dos processos de administração escolar, descentralização da execução curricular, utilização de profissionais de nível superior da rede de serviços como instrutores e acesso de pessoal já empregado ou em via de admissão para o trabalho em saúde (SANTOS, SOUZA *apud* COSTA, 2006, p.73).

às necessidades do aluno trabalhador, uma escola onde o aluno era certificado sem abandonar o trabalho; um processo que contemplava a preparação de pessoal dos serviços para o desempenho das funções de instrutores e supervisores.

De acordo com Santos, Souza (*apud* Costa, 2006) a metodologia adotada, em sua dimensão política propunha: “(...) viabilizar a formação para a cidadania plena através da legitimação social de sua prática e sua qualificação específica”.

A descentralização dos cursos, de acordo com Santos (*apud* Castro *et al*, 2002) exigia uma nova escola culminando na criação da escola-função, que deixava de ser uma escola endereço. Nessa escola ao invés do aluno ir todos os dias em horários programados, a escola é quem vai ao aluno, no seu ambiente de trabalho. O docente, em vez de ser um cargo, passa a ser uma função. Nessa concepção de escola-função é que se baseia toda a descentralização dos cursos, buscando atender às necessidades do trabalhador e gestor dos municípios mais longínquos.

Na perspectiva da escola função, destacam-se, dentre os pressupostos adotados pelo PLE, conforme Pires-Alves, Paiva (2006, p.79),

a inseparabilidade entre o método e o conteúdo, a coerência com a natureza do objeto em construção e a apropriação da estrutura do conhecimento pelo discente, reconhecendo que o desafio pedagógico para discentes e docentes implicou na ruptura com a pedagogia tradicional pautada na transmissão à medida que o currículo integrado parte do pressuposto que o objeto do conhecimento não é isolado, uma vez que possui interfaces com várias áreas. (Pires-Alves, Paiva, 2006, p.79).

A implementação do PLE, voltou-se para a formação de atendentes de enfermagem e outros trabalhadores de enfermagem do país, através da ETSUS, e adotou a proposta de currículo integrado com a metodologia da problematização. Portanto, essa proposta foi vivenciada desde a elaboração dos currículos dos cursos de Auxiliar de Enfermagem e de Atendente e Técnico de Saúde Bucal. (BAHIA, 2007).

O PLE foi implementado durante dez anos e enfrentou dificuldades diferenciadas, reconhecidas por Ávila (*apud* Costa, 2006), dentre as quais, falta de reconhecimento legal do curso pelo sistema educacional, reduzida contrapartida do setor em relação ao repasse de verbas e falta de um Plano de Cargos, Carreira e Salários para o setor de nível médio que culminaram nos últimos anos, num pequeno contingente de formados, fragilizando-o.

O debate sobre a formação de trabalhadores de saúde no Brasil assumiu relevância social no âmbito da mudança do modelo de atenção à saúde e do currículo, visando adequá-lo às necessidades de saúde da população. Após a VIII CNS foi realizada a Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH), com o tema *Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária*.

Diante desse cenário, marcado por complexos problemas relacionados aos recursos humanos em saúde, propõe-se viabilizar, a nível estadual, a articulação interinstitucional para a criação de uma política de RH com vistas à Reforma Sanitária. A articulação se viabilizaria, através da criação de comissões ou grupos de trabalho integrados por representações dos diversos órgãos dos setores de saúde, educação e trabalho, articuladas à CIS.

Foi proposto na I CNRH que o perfil dos profissionais de nível médio e elementar deveria atender às necessidades do setor saúde adequando-se à reorganização dos serviços com vistas à reforma sanitária, destacando-se o auxiliar de enfermagem: os conteúdos programáticos das qualificações deveriam estar adequados às necessidades do serviço (BRASIL, 1986)..

Destacam-se dentre as propostas apresentadas, a articulação entre os Ministérios da Saúde, da Educação e do Trabalho [...], a criação de escolas técnicas públicas multiprofissionais e específicas para o setor saúde, e o fortalecimento de centros formadores para a saúde, capazes de atender aos trabalhadores já inseridos nos serviços [...]. (BOMFIM *et al*, 2007, p.79).

#### **2.4.2 O PROFAE e o modelo de competências**

Com o regime de acumulação flexível, e a decorrente incorporação de ciência e tecnologia aos processos produtivos e sociais, tem-se a mudança na base técnica a serviço dos processos de acumulação do capital internacionalizado. Acerca desse processo Kuenzer (2007, p.512) afirma que,

a passagem da base eletromecânica para a base microeletrônica, ou seja, dos procedimentos rígidos para os flexíveis, que atinge todos os setores da vida social e produtiva nas últimas décadas, passa a exigir o desenvolvimento de habilidades cognitivas e comportamentais que só podem ser desenvolvidas mediante a extensão de processos pedagógicos intencionais e sistematizados: análise, síntese, estabelecimento de relações, rapidez de respostas e criatividade em face de situações desconhecidas, comunicação clara e precisa, interpretação e uso de diferentes formas de linguagem, crítica de

processos e resultados, avaliação de procedimentos, resistência a pressões, adaptação as mudanças permanentes, articulação entre raciocínio lógico-formal e intuição criadora, aprendizagem continuada. (KUENZER, 2007, p.512).

Nessa perspectiva, Deluiz (2001), Silva (2008), Ramos (2010), Chinelli (2013) consideram que em um contexto, marcado pelo neoliberalismo e por mudanças tecnológicas que afetaram drasticamente o processo produtivo e a cultura do mundo do trabalho, a adoção do currículo por competências tornou-se irreversível. Nesse sentido, Deluiz (2001, p.13) reconhece que os objetivos da adoção do modelo das competências no mundo do trabalho são:

adequar a formação da força de trabalho às novas exigências do sistema produtivo, possibilitar maior flexibilização do mercado de trabalho pela noção de empregabilidade (o trabalhador passa a ser responsável por sua inserção no mercado, mantendo suas competências atualizadas) e unificar o sistema de qualificação profissional, tornando possível a disponibilidade e a mobilidade dos trabalhadores, que passariam a ter livre circulação no mercado de trabalho setorial, intrasetorial, nacional e internacional.

Hirata (*apud* Silva, 2008, p.63) contextualiza a gênese do conceito de competências, destacando que,

a competência é uma noção oriunda do discurso empresarial nos últimos dez anos e retomada em seguida por economistas e sociólogos na França. Noção ainda bastante imprecisa, se comparada ao conceito de qualificação, um dos conceitos-chaves da sociologia do trabalho francesa desde os seus primórdios, noção marcada política e ideologicamente por sua origem, e da qual está totalmente ausente a idéia de relação social que define o conceito de qualificação para alguns autores.

Vieira, Chinelli (2013, p.1595), enfatizam que o modelo de competência foi elaborado a partir de uma visão do mundo social, que tomou como referência a empresa do novo capitalismo,

que investe pesadamente na subjetividade do novo trabalhador, inventando-o. Por isso, considera-se o conceito de qualificação como mais adequado a um debate mais aberto sobre as políticas de regulação do trabalho e da educação na saúde. Esse conceito construído mediante lutas sociais, valoriza a dimensão histórica e cultural do trabalho, assim como aspectos relacionados ao processo de trabalho e ao modo de ser do trabalhador, possibilitando captar a relevância das questões da subjetividade e do reconhecimento no trabalho.

Mertens (*apud* Silva 2008, p.77) compreende por qualificação,

o conjunto de conhecimentos, habilidades que os indivíduos adquirem durante os processos de socialização e educação/ formação. Considera-se como um ativo com o qual as pessoas contam e que utilizam para desempenhar determinados postos de trabalho. Pode-se definir como sendo a capacidade potencial para desempenhar as tarefas correspondentes a uma atividade ou um posto de trabalho.

A competência, para Mertens (*apud* Silva, 2008) se refere exclusivamente a certos aspectos desse acervo de conhecimentos e habilidades: considerados necessários para atingir certos resultados exigidos em uma circunstância determinada; a capacidade real para alcançar um objetivo ou resultado em um contexto dado. Se a qualificação se circunscreve ao posto, a competência se centra na pessoa que pode chegar a ocupar um ou mais postos.

A formação profissional, na sua acepção mais ampla, designa todos os processos 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 (CATTANI, 1997).

Deluiz (2001), Silva (2008), Ramos (2010), Chinelli (2013) reconhecem que competência é uma noção marcada pela polissemia. Portanto, não nos encontramos diante de um modelo unitário de formação profissional em nosso país. Isso serve também para as proposições em torno do uso da noção de competências. Ministério do Trabalho e Ministério da Educação nem sempre convergiram quanto aos sistemas de normalização e certificação das competências. (STEFEN *apud* SILVA, 2008, p.71).

No Termo de Referência do SCC<sup>27</sup>/PROFAE (BRASIL, 2001) competência é compreendida enquanto “capacidade para enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, com base em uma inteligência prática do que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores, para

---

<sup>27</sup> Ação dos Ministérios da Educação e do Trabalho e a Comissão de Pessoal do Sistema Brasileiro de Certificação a fim de Validar a metodologia, as estratégias e o processo de avaliação qualitativa proposto pelo PROFAE. Demonstrar a viabilidade e a importância de um processo de certificação vinculado à formação profissional e à avaliação formativa. Produzir informações sobre a formação profissional implementada pelo PROFAE. Corroborar para o fortalecimento do processo de formação de auxiliares de enfermagem por meio de dados e informações que subsidiem as instituições formadoras. (BRASIL, 2006). É destinado, exclusivamente, aos alunos egressos dos cursos do PROFAE; sua implantação extensiva a todos os cursos/egressos será precedida de uma “fase-piloto” que permita uma análise criteriosa dos procedimentos adotados; o sistema deverá cumprir (ainda que delimitado em um quadro de exigências financiadoras), uma função educativa para todos os que estejam envolvidos nele, direta ou indiretamente (alunos, instituições formadoras, equipe técnica, órgãos do PROFAE e do Ministério da Saúde). (BRASIL, 2001).

mobilizar capacidades, situações e acontecimentos próprios de um campo profissional”. (BRASIL, 2000). Portanto, não nos encontramos diante de um modelo unitário de formação profissional em nosso país. Isso serve também para as proposições em torno do uso da noção de competências. Ministério do Trabalho e Ministério da Educação nem sempre convergiram quanto aos sistemas de normalização e certificação das competências (STEFEN *apud* SILVA, 2008).

Em relação à substituição do currículo mínimo vigente para a formação no cenário do PROFAE, Sório *apud* Costa (2006, p.68) reconhece que,

o MEC restringia-se à elaboração do currículo mínimo da formação, que ocorria de forma dispersa e isolada, majoritariamente executada pelo setor privado, com vistas ao mercado de trabalho. A formação no setor público limitava-se a treinamentos emergenciais ao pessoal do serviço. Estudo realizado pelo Censo da Educação Profissional, MEC/INEP em 1999, constatou um universo de 3.948 instituições de ensino profissional, apenas 5.2% ofertavam cursos na área de saúde, sendo que desses, 67% pertenciam ao setor privado (COSTA, 2006, p.68).

Nesse cenário, os currículos adotados nos cursos ofertados passaram a ser reelaborados a partir de competências para atender a Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e a legislação complementar, sendo previstos itinerários com saídas para qualificações parciais na perspectiva de integralização, através da habilitação profissional (BAHIA, 2004). Portanto, cada proposta curricular adequou-se ao Parecer CNE nº 16/99 e Resolução 04/99 e demais dispositivos do Conselho Estadual de Educação.

O modelo de competências, demarca algumas peculiaridades, de acordo com Deluiz (2001, p. 11), dentre as quais,

tornam-se imperativos a compreensão global do processo de trabalho, a maior articulação entre os diversos setores para o desenvolvimento de modelos de atenção voltados para a qualidade de vida, a maior integração das ações dos diferentes agentes que atuam na área da saúde – dado o seu caráter multiprofissional e interdisciplinar, a necessidade de agregar e recompor trabalhos antes parcelados, a comunicação entre os diferentes membros da equipe, a maior liberdade de decisão e autonomia para intervir no processo de trabalho (DELUIZ, 2001, p.11).

Entre os objetivos iniciais do PROFAE no que se refere ao desenho do subcomponente de fortalecimento das Escolas Técnicas, estavam previstas mudanças que assegurassem a flexibilidade e autonomia funcional, administrativa e financeira das ETSUS; o desenvolvimento de processos de capacitação técnico-gerencial dirigidos ao pessoal dirigente

das ETSUS e àqueles que faziam parte dos órgãos de gestão do trabalho e da educação, nas secretarias de saúde; uso de instrumentos técnicos de planejamento, gestão, controle e avaliação pelas ETSUS, bem como utilização de sistemas de informação com equipamentos, *softwares* e recursos de comunicação necessários para a sua gestão e de desenvolvimento da qualidade docente, elementos que se expressaram em ações condutoras do Projeto (BRASIL, 2005).

A estrutura do PROFABE envolveu as Agências Regionais, que tinham como objeto de trabalho a supervisão, o monitoramento e avaliação dos cursos de escolarização e profissionalização. Neste contexto a supervisão,

se insere no campo das relações entre o Ministério da Saúde, as Agências Regionais e as Operadoras/Executoras (escolas) e serve como instrumento de avaliação, capaz de estabelecer diálogos, buscar consensos para construir de forma compartilhada, alternativas e soluções adequadas às necessidades do Projeto. Esta ação, realizada mensalmente, gerou impacto na orientação pedagógica e no controle gerencial, garantindo ao Projeto qualidade aos cursos e boa capacidade de gerenciamento. (BRASIL, 2006).

No acompanhamento pedagógico dos docentes no campo das políticas públicas em Saúde, a formação para a docência na área da Saúde - Enfermagem, com apoio pedagógico de tutoria descentralizada, em todas as regiões do país, foi uma proposta inédita. Ela se viabilizou por meio da consolidação de uma Rede de Núcleos de Apoio Docente (NAD), formada por 45 Instituições de Ensino Superior.

A dimensão do PROFABE, enquanto proposta, pode ser avaliada pelas suas metas estabelecidas, a saber: qualificar 225 mil trabalhadores de enfermagem como auxiliares; promover a escolarização de 25% da clientela que não concluiu o ensino fundamental; especializar 12 mil enfermeiros como docentes para educação profissional em saúde na modalidade de Ensino à Distância (EAD); modernizar 26 Escolas Técnicas do SUS; criar um Sistema de Certificação de Competências dos Auxiliares de Enfermagem egressos dos cursos promovido pelo PROFABE e criar um Sistema de Acompanhamento do Mercado de Trabalho em Saúde e do Mercado Formador (TORREZ, 2014).

Borges *et al* (2012, p.12), analisando as metas alcançadas e inserção no mercado de trabalho formal, considera que o PROFABE extrapolou o PLE à medida que foi idealizado com dois olhares,

um para os 270 mil trabalhadores de enfermagem que prestavam assistência a saúde sem qualificação adequada e outro para criar mecanismos de sustentabilidade para as ETSUS. De 2000 a 2009 o PROFAE formou, segundo dados do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do MS, 319.518 trabalhadores de enfermagem, sendo o maior projeto de educação em saúde e capacitação técnica na história do Brasil. Verificou-se entre os egressos do PROFAE o aumento dos vínculos formais de trabalho, tanto entre os que estavam desempregados antes do curso quanto nos já empregados (BORGES, 2012, p.12) .

A conjuntura marcada pelo neoliberalismo favoreceu a expansão das escolas técnicas privadas. Conforme aponta Cunha (2007, p.816),

na segunda metade da década de 1990, já no governo Fernando Henrique Cardoso, com a promulgação da LDB, houve o reconhecimento pela primeira vez na legislação brasileira, da possibilidade de lucro para as instituições privadas de ensino: as particulares, no sentido estrito, definidas, implicitamente, por oposição às instituições privadas sem fins lucrativos (comunitárias, confessionais e filantrópicas) (CUNHA, 2007, p.816).

A formação de trabalhadores de nível médio em saúde no Brasil se fortaleceu com a RETSUS, instituída em 28.11.00, pela Portaria nº 1.298, com a missão de fortalecer e unir Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS. Esse processo se deu após um período intenso de debates, bastante estimulados pela criação do PROFAE e envolveu vários atores sociais. (BRASIL, 2011). Atualmente 40 escolas e centros formadores integram a RETSUS, concebida por Santana enquanto,

(...) um conjunto de relações políticas e técnicas e, em menor escala, também tecnológicas, no sentido da comunicação, da criação de estratégias, como sites, etc. Mas o essencial é a mobilização de capacidades técnicas no conjunto das escolas para resolver problemas que lhes são comuns; a tomada de decisões compartilhadas entre as várias instituições para a condução de estratégias de interesse comum; e o papel muito importante que tem a instância central do SUS de estimular essa função colaborativa. (RETSUS).

### **2.4.3 A Experiência do PROFORMAR**

Embora se reconhecesse a importância estratégica da área de vigilância em saúde para o fortalecimento da atenção básica, até o final da década de 1990 eram escassas as instituições públicas e privadas que ofertavam esta formação predominando treinamentos em serviço para os trabalhadores baseados nos requisitos técnicos necessários para o desempenho de atribuições relacionadas ao controle de doenças ou à realização de procedimentos

padronizados. Portanto, nesse cenário, predominavam cursos de curta duração que se restringiam aos manuais técnicos editados pelo Ministério da Saúde (Batistella, 2011, p.378)

A partir de 1995, de acordo com Gondim, Monken (2003), a EPSJV começou a elaborar currículos nas áreas das vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental, da saúde do trabalhador e da vigilância em saúde, visando atender as demandas do SUS, adotando desenhos curriculares voltados a trabalhadores incluídos nos serviços de saúde, considerando o perfil de necessidades do Sistema e o processo de trabalho em saúde.

Em 1995, de acordo com Gondim (2003), o Ministério da Saúde descentralizou<sup>28</sup> para estados e municípios as ações desenvolvidas por 24 mil guardas de endemias da FUNASA e a EPSJV elaborou uma proposta de formação para esses trabalhadores do SUS, a partir da solicitação do Ministério da Saúde, pautada nos pressupostos da Vigilância em Saúde, buscando transformar suas práticas sanitárias a partir da compreensão dos determinantes sociais da saúde e da produção social da qualidade de vida em territórios-população, rompendo com o modelo de formação, até então vigente, centrado na doença.

A partir do processo de municipalização, o MS, as SES e as SMS assumem novos papéis requerendo a reestruturação da FUNASA e da relação entre o setor público e o privado. Portanto, esse novo desenho técnico-institucional suscitou novos desafios, dentre os quais, descentralizar ações e serviços, coordenar pactos político-gerenciais, desenvolver processos de negociação institucional, assim como operacionalizar sistemas diversificados de gestão de forma orgânica e sistematizada pela transferência de tecnologias e conhecimentos, culminando no fortalecimento do nível local.

Entretanto, na década de 1990, a criação da FUNASA demarcou a oferta de cursos, na perspectiva de uma formação de base interdisciplinar de conhecimentos, para a atuação na área e as mudanças realizadas no âmbito da formação extrapolaram a perspectiva interdisciplinar no Curso Básico de Vigilância Epidemiológica (CBVE) e no Curso Básico de Vigilância Ambiental em Saúde (CBVA) à medida que a carga horária adotada foi ampliada, e a seleção de conteúdos e o desenho metodológico expressavam maior preocupação com a

---

<sup>28</sup> Descentralização – a Portaria MS nº 1399/99, possibilitou que os agentes de endemias fossem descentralizados para estados e municípios, viabilizando a formulação da proposta do PROFOMAR pelos núcleos da EPSJV com o objetivo de subsidiar a estruturação de uma política de educação permanente para trabalhadores do SUS a ser adotada pelo MS. O primeiro curso teve início no final de 2001, por meio da modalidade de ensino à distância e presencial. Em cinco anos formou cerca de 35 mil trabalhadores do SUS vinculados a atividades de campo no controle de doenças, epidemiologia e vigilância. (GONDIM, 2008, p. 148).

aprendizagem dos discentes e com a articulação de conhecimentos de diferentes áreas (BATISTELLA, 2013).

Apesar do PROFORMAR não dispor de carga horária suficiente para conferir a habilitação técnica, Batistella (2013) lhe atribui destaque no cenário do início da década de 2000, considerando a oferta nacional, que atingiu 26 dos 27 estados da federação, matrículas em massa, cerca de 30.000 egressos entre os anos de 2004 a 2007, e a grande mobilização institucional que representou contribuíram para que fosse considerado estratégico para consolidar a importância da continuidade da formação para a habilitação técnica.

De acordo com Gondim e Monken (2003, p.337), nesse cenário, o sistema de saúde brasileiro passou por transformações bruscas que desencadearam mudanças nas concepções e práxis em saúde e a ruptura com as práticas hegemônicas, possibilitando a reorientação dos seus grandes eixos norteadores,

na concepção do processo saúde-doença, de uma visão negativa, focada na doença e no indivíduo, para outra positiva, que favorece a construção de ambientes saudáveis com ações voltadas para a coletividade; no paradigma sanitário, do modelo centrado no médico-assistencial, na biologia e no hospital para um modelo de atenção que privilegia a qualidade de vida e o desenvolvimento global das comunidades com a participação dos cidadãos; nas práticas em saúde, das práticas baseadas em ações curativas e de reabilitação para aquelas de promoção, prevenção e vigilância na perspectiva da produção social da saúde.

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

Gondim e Monken (2003, p.339) definem o PROFORMAR como um programa de educação continuada e, em relação à proposta pedagógica adotada ressaltam que,

estabelece a estreita relação entre os conteúdos teórico-conceituais e os princípios e as diretrizes do SUS; a adequação da metodologia de ensino aprendizagem às transformações no processo de trabalho e à construção da cidadania; e a pertinência das estratégias pedagógicas frente às novas demandas das práticas sanitárias locais.

Nessa perspectiva, o PROFORMAR possibilitou ao trabalhador continuar aprendendo através de outros processos de qualificação (itinerário formativo 4), demandados a partir das necessidades dos serviços e compatibilizados com a necessidade de ampliação de seus conhecimentos. Essa concepção pedagógica viabilizará a construção de novas competências e habilidades, dentro dos mesmos marcos conceituais, ampliando o espaço identitário desses sujeitos com o SUS, seja como trabalhador seja como cidadão. Nessa perspectiva, Batistella (2011) reconhece que o currículo adotado projeta a identidade do agente local de vigilância em saúde, através de três eixos: a identidade com o SUS, com a comunidade e com a própria área de atuação.

Conforme Gondim, Monken (2003) e Batistella (2011) o curso foi desenvolvido em uma modalidade de ensino que articula momentos presenciais e momentos à distância, carga horária total de 168 horas, distribuídas em 104 horas de estudos à distância e 64 horas de momentos presenciais.

#### **2.4.4 A Educação Permanente em Saúde e o PROFAPS**

No que tange à formação, a implementação da PNEPS com definição dos principais eixos e diretrizes estabelecidos na Portaria GM/MS nº 198 de 13/02/2004, posteriormente alterada pela Portaria nº 1996 de 20/08 /2007, vem impulsionando os estados e municípios, produzindo reformulações estruturantes para o enfrentamento dos grandes desafios a serem superados nessa área (OLIVEIRA, PINTO, 2014).

A educação permanente em saúde constitui uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado em suas várias esferas de gestão e com as instituições formadoras. Portanto, ao se priorizar a formação e o desenvolvimento para o SUS pela Educação Permanente, propõe-se a agregação entre desenvolvimento individual e institucional; entre serviços e gestão setorial; e entre atenção e controle social, visando os princípios e as diretrizes constitucionais do SUS (BRASIL, 2004).

Nessa perspectiva a SGTES, criada em 2003, através do Decreto nº 8065, de 07.08.03, no âmbito do Ministério da Saúde, desenvolve políticas e programas que buscam assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, impondo à função da gestão do

trabalho e da educação a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde, constituindo novos perfis profissionais com condições de responder às necessidades de saúde da população, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2007).

A 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CNGTES), realizada em Brasília, de 27 a 30/03/06, trouxe, na pauta, muitas reivindicações que nortearam a 1ª e a 2ª Conferências de RH, em 1986 e 1993 (BRASIL, 2006).

Na 3ª CNGETS, em conformidade com a política nacional de educação profissional e o novo cenário tecnológico, foi defendida a ampliação da oferta de cursos de formação profissional básica e de docentes, conforme os princípios da educação problematizadora, da humanização e da integralidade do SUS, formação técnica por itinerário no SUS<sup>29</sup>, assim como desenvolver políticas do primeiro emprego em saúde para jovens e egressos de educação técnica pode significar o incremento da qualidade e resolubilidade do trabalho. (BRASIL, 2003).

Em 2007, por meio da Portaria nº 1996, de 20.08.07, a PNEPS adotou um novo desenho que prevê os Colegiados de Gestão Regional<sup>30</sup> (CGR), que corresponde atualmente à Comissão Intergestores Regional (CIR), e as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES)<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> Formação técnica por itinerário - essa modalidade educacional inclui todos os trabalhadores no processo de formação, uma vez que as etapas/módulos/percursos da formação não são excludentes, mas complementares, e estão organizadas sob o foco da complexidade das competências do perfil profissional e não da divisão técnica do trabalho (BRASIL, 2005). A formação técnica por itinerário modular no SUS representa uma conquista da área institucional da saúde junto à da educação, porque permite a qualificação e a habilitação de quadros em serviço, aceitando a existência de um conhecimento tácito. (BRASIL, 2003).

<sup>30</sup> CGR - considerando as especificidades locais e a Política de Educação Permanente em Saúde nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), cabem elaborar um Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde coerente com os Planos de Saúde estadual e municipais, da referida região, no que tange à educação na saúde (BRASIL, 2006). Cabe também aos CGR definir cursos de formação técnica de nível médio, levando em consideração o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde e as prioridades pactuadas. (BRASIL, 2009).

<sup>31</sup> CIES - são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde e previstas no Artigo 14 da lei 8080/90 e na NOB/RH – SUS (BRASIL, 2006). A CIES estadual foi aprovada na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 189, de 22.07.10 (BAHIA, 2010). A SUPERH/ EFTS e a SUVISA integram a CIES estadual, dentre outros atores sociais.

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

O PROFAPS foi instituído pela Portaria GM/MS nº 3.189, de 18.12.09, buscando atender às demandas de formação em áreas estratégicas/prioritárias para o SUS. As áreas técnicas prioritárias são Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, Vigilância em Saúde e Enfermagem e a formação inicial e continuada (aperfeiçoamento/capacitação) priorizará a Saúde do Idoso para as equipes da Estratégia Saúde da Família, equipes de enfermagem das instituições de longa permanência e a formação dos ACS (BRASIL, 2009).

A proposta e o projeto do curso piloto, embora reconhecida a experiência de formação docente do PROFAP, foram também consideradas as superações necessárias apontadas no Seminário Internacional Educação Profissional em Saúde, de 2006, no qual foi promovida ampla avaliação (RET-SUS, 2006). Considerou-se que não se tratava de reproduzi-la, mas também de ampliá-la no diálogo com outros segmentos profissionais, justificando assim a elaboração de uma nova proposta formativa para a docência em Educação Profissional Técnica (TORREZ, 2014).

Nos governos Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010), a criação do PROFAPS ampliou o modelo de formação para outras áreas profissionais, mas não se configurou como política de ordenação que buscasse avançar na concepção e na forma de organização, no país, da formação profissional em saúde, processo que deveria ser concomitante e/ou consequência de iniciativas que visassem à mudança do modelo de atenção à saúde então vigente, de base *flexneriana*. Ao contrário, nesse período, não foi revertida a pedagogia baseada na noção de competências, a Estratégia Saúde da Família (ESF) não se transformou num elemento capaz de redefinir o modelo de saúde e o arcabouço conceitual do “público não estatal” também foi mantido (PRONKO *et al*, 2011).

O objetivo assumido pelo PROFAPS foi qualificar e/ou habilitar 745.435 trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o setor saúde, já inseridos ou a serem inseridos no SUS, no período de oito anos, priorizando as regiões Norte e o Nordeste, justamente onde as demandas por qualificação de recursos humanos são maiores. (BRASIL, 2013).

A execução técnica-pedagógica dos cursos, prioritariamente, está sob a responsabilidade das ETSUS, Escolas de Saúde Pública e Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde. A educação profissional será desenvolvida por meio de cursos e programas de formação inicial e continuada de trabalhadores, incluídos a capacitação, o aperfeiçoamento, a especialização e a atualização em todos os níveis de escolaridade, e a educação profissional técnica de nível médio desenvolvida, de forma articulada, com o ensino médio. (BRASIL, 2009).

A elaboração das Diretrizes e Orientações Curriculares para a Formação do TECVISAU envolveram diversos atores sociais, dentre os quais, o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, CONASS, CONASEMS e foi antecedida pelo Estudo “Atribuições dos Trabalhadores de Nível Médio que Atuam nas Áreas de Vigilância Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e da Saúde do Trabalhador: Pesquisa em Municípios Brasileiros”<sup>32</sup>, realizado pelo NESCON e por oficinas para definir o mapa de competências.

#### **2.4.5 O processo de trabalho, o trabalho em equipe e a formação**

No trabalho, o homem se comporta para com a natureza como uma potência natural, ele a transforma segundo suas próprias leis, ele modifica a natureza exterior ao mesmo tempo que modifica sua própria natureza desenvolvendo as potencialidades que nela estão adormecidas. O trabalho se encarna nos objetivos naturais, se transforma de trabalho vivo em trabalho

---

<sup>32</sup> Esse estudo faz parte de um conjunto de ações desencadeadas pelo Ministério da Saúde, através do Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DEGES/SGETS), com o intuito de promover a ordenação da formação profissional dos trabalhadores da área de vigilância no país. Coordenado pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, do NESCON/UFMG, a pesquisa foi desenvolvida em parceria institucional com a EPSJV/FIOCRUZ, através do Observatório dos Técnicos em Saúde /LATEPS e do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde /LAVSA. Em sua realização, contou com o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde, por meio do PROFORMAR (Convênio MS/FIOTEC) (MINAS GERAIS, 2008).

passado. Nessa objetivação, o trabalho exibe um duplo aspecto (...), ele é trabalho útil ou trabalho útil concreto, enquanto produtor de valor de uso, mas, por outro, é enquanto dispêndio de força de trabalho humana no sentido fisiológico (...) nessa qualidade de trabalho humano idêntico, ou ainda de trabalho abstratamente humano, que ele constitui valor mercantil ou o valor-mercadoria (MARX *apud* RENAULT, 2011).

Marx (*apud* Peduzzi, Schraiber, 2009, p.321) reconhece que no processo de trabalho, a atividade do homem realiza uma transformação no objeto sobre o qual através de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está submetida a um determinado fim. Portanto, os três elementos componentes do processo de trabalho são,

:

a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, os instrumentos ou meios do trabalho. A transformação consiste na intencionalidade do processo de trabalho, o projeto prévio que visa atingir o produto desejado que está na mente do trabalhador, ou seja, que confere direcionalidade a transformação do objeto (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2009, p.321).

O objeto representa o que vai ser transformado: a matéria-prima (matéria em estado natural ou produto de trabalho anterior), e no setor saúde, necessidades humanas de saúde. O objeto será, pois, aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador” (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2009).

Os instrumentos de trabalho tampouco são naturais, mas constituídos historicamente pelos sujeitos que, assim, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto. O meio ou instrumento de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto (MARX *apud* SCHIRAIKER, 2009).

Em relação ao processo de trabalho em saúde<sup>33</sup>, Mendes Gonçalves (*apud* Peduzzi, Schraiber, 2009, p. 322) analisa nesse processo de trabalho, a presença de instrumentos materiais e não-materiais,

---

<sup>33</sup> Diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que, nesse processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário reproduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a

os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, outros. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos (agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais que representam os instrumentos materiais. Além disso, constituem ferramentas principais do trabalho de natureza intelectual (...). Esses saberes são também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho.

De acordo com Lima *et al* (2009, p.415) Marx se refere a trabalho simples e complexo no âmbito da divisão social do trabalho. “O trabalho complexo caracteriza-se por ser de natureza especializada, que requer maior dispêndio de tempo de formação”.

Na forma particular que assume o processo de trabalho e de produção no capitalismo, o trabalho complexo é ao mesmo tempo produção de valor de uso e produção de valor. Como produtor de valor de uso, o trabalho complexo, é trabalho concreto e nessa condição deve ser reconhecido nos seus aspectos qualitativos. Como produtor de valor, o “trabalho complexo”, é trabalho abstrato, e, nessa condição, só é considerado nos seus aspectos quantitativos, como trabalho simples potenciado, ou, antes, multiplicado, de modo que uma quantidade dada de trabalho qualificado [seja] igual a uma quantidade maior de trabalho simples (LIMA *et al*, 2009).

O objeto, de acordo com Peduzzi (2009) é passível de modificações requerendo ação intencional do trabalhador, mediante sua atividade e com o uso de determinados instrumentos para atingir uma determinada finalidade que equivale a própria intencionalidade de suprir necessidades.

Em relação à gênese do conceito, o trabalho em equipe<sup>34</sup>, no campo da saúde surge em um contexto formado por três vertentes que incluem,

---

grande categoria de análise da qual deriva o conceito de processo de trabalho (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2009, p.322).

<sup>34</sup> Desde meados da década de 1970 o debate acerca das políticas de saúde e dos recursos humanos na perspectiva do perfil de necessidades de saúde da população brasileira, era marcado pela crítica à formação especializada e curativa dos profissionais de saúde reconhecendo a necessidade de incentivar a atuação multiprofissional. Eram apontados também o problema da predominância de pessoal de nível superior, em particular de médicos, e de pessoal sem qualificação técnica formal, configurando a denominada equipe bipolar médico-atendente (PEDUZZI, 2009, p.421-422).

a noção de integração, que constituiu um conceito estratégico do movimento da medicina preventiva nos anos 50, da medicina comunitária nos anos 60 e dos programas de extensão de cobertura implantados no Brasil nos anos 70; As mudanças de abordagem de saúde e de doença que transitam entre as concepções de unicausalidade e multicausalidade; As conseqüentes alterações nos processos de trabalho com base na busca de ampliação dos objetos de intervenção, redefinição da finalidade do trabalho e introdução de novos instrumentos e tecnologias (PEDUZZI, 2009, p.419).

As mudanças nas políticas de saúde, nos modelos assistenciais e nas políticas de recursos humanos em saúde influenciaram o desenvolvimento da concepção de trabalho em equipe.

Desde meados da década de 1970, conforme Peduzzi (2009, p.421), o debate acerca das políticas de saúde e dos recursos humanos na perspectiva do perfil de necessidades de saúde da população brasileira, era marcado pela crítica à formação especializada e curativa dos profissionais de saúde reconhecendo a necessidade de incentivar a atuação multiprofissional.

O trabalho em equipe está estritamente relacionado à natureza intrínseca do trabalho e a sua historicidade.

Para Peduzzi (2009, p. 423), na atualidade há um consenso em torno do trabalho em equipe, no setor saúde, porém ainda persiste e predomina uma noção de equipe que se restringe à coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, o que configura dificuldades para a prática das equipes, visto que a equipe precisa da integração para assegurar a integralidade da atenção à saúde.

O trabalho em equipe multiprofissional é considerado por Peduzzi (2009, p. 423), como uma modalidade de trabalho coletivo,

que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a integração dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação. Também estabelece uma tipologia de trabalho em equipe que não configura um modelo estático, mas a dinâmica entre trabalho e interação que prevalece em um dado momento contínuo da equipe: equipe integração e equipe agrupamento (PEDUZZI, 2009, p. 423).

Na equipe integração ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes e na equipe agrupamento, observa-se a justaposição das ações e o mero agrupamento dos

profissionais. A tendência para um desses tipos de equipe pode ser analisada pelos seguintes critérios:

qualidade da comunicação entre os integrantes da equipe, especificidades dos trabalhos especializados, questionamento da desigual valorização social dos diferentes trabalhos, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia profissional de caráter interdependente e a construção de um projeto assistencial comum (PEDUZZI, 2009, p.423).

### **CAPÍTULO 3 - A FORMAÇÃO DO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AS DIRETRIZES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE – Curso X**

#### **Diretrizes**

Em consonância com as diretrizes e princípios das políticas nacionais de educação e saúde e as diretrizes do SNVS e SINAVISA, o Ministério da Saúde, através da SGETS, dentre outros atores sociais, elaborou e publicou as Diretrizes e Orientações para a Formação do Técnico de Vigilância em Saúde para concretizar o ordenamento da formação no âmbito do SUS.

As políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à Educação Permanente dos trabalhadores do SUS, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional, são de responsabilidade do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES).

No âmbito do ordenamento da formação de recursos humanos para o SUS, o Ministério da Saúde e a SGETS reconheceram a necessidade de ampliação da formação profissional técnica de nível médio, inclusive, como estratégia de efetivação do SUS e, considerando o contexto da complexidade técnica e política da vigilância em saúde, a formação do técnico de vigilância em saúde tornou-se uma das prioridades do PROFAPS (BRASIL, 2011).

No contexto da complexidade técnica e política da vigilância em saúde, tal estratégia configurou a formação técnica nesta área como uma das prioridades do PROFAPS e, conseqüentemente, a necessidade de parcerias se impôs como forma privilegiada para o estabelecimento dos referenciais e das diretrizes orientadoras do processo de formação do técnico em vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

As mudanças na educação profissional a partir da LDB em 1996 podem contribuir para atender a esta diversidade, formando trabalhadores aptos a atuarem em distintos modelos, proporcionando flexibilidade na formação deste profissional a partir da articulação das competências e habilidades das áreas profissionais distintas. (MINAS GERAIS, 2008).

A formação do Técnico em Vigilância em Saúde (TVS) está fundamentada nos princípios do SUS e tem por finalidade responder às competências do SNVS e SINAVISA e é

ofertada pelo PROFAPS, em consonância com as bases políticas e legais da Política Nacional de Educação (PNE) (BRASIL, 2011).

Cabe às ETSUS, portanto, as escolas de saúde pública, e CEFORH, responsáveis pelo ordenamento da formação de trabalhadores técnicos de saúde nos Estados, ofertar o CTVISAU, a partir das necessidades e demandas locais, incorporando as Diretrizes e Orientação para a Formação do Técnico de Vigilância em Saúde.

Em conformidade com o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT), adotado pelo Ministério da Educação, o curso técnico em vigilância em saúde integra o eixo tecnológico denominado Ambiente, Saúde e Segurança. Em relação ao perfil, e em conformidade com o CNCT, o técnico de vigilância desenvolve ações de inspeção e fiscalização sanitárias abaixo especificadas. (BRASIL, 2016).

aplica normatização de produtos, processos, ambientes, e serviços de interesse da saúde. Investiga, monitora e avalia riscos e os determinantes dos agravos e danos à saúde e ao meio ambiente. Realiza planejamento, execução e avaliação do processo de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador. Controla o fluxo de pessoas, animais, plantas e produtos em portos, aeroportos e fronteiras. Desenvolve ações de controle e monitoramento de doenças, endemias e de vetores (BRASIL, 2016).

Os requisitos de acesso ao curso técnico em vigilância em saúde são ter concluído o ensino médio, em conformidade com a LDBEN e, prioritariamente, estar inserido em serviços do SUS, seja na rede de atenção básica ou em qualquer Unidade de Serviço do SNVS ou do SINAvisa. (BRASIL, 2011).

O perfil de conclusão deve contemplar as competências definidas para o técnico de vigilância em saúde atuar no âmbito da Vigilância em Saúde, portanto, o curso técnico em vigilância em saúde tem como objetivo a apropriação dessas competências expressas na capacidade de: compreender a complexidade do trabalho em saúde e a especificidade do trabalho da vigilância em saúde; compreender o trabalho da vigilância em saúde como atividade multidisciplinar que se realiza a partir de articulações intra e intersectoriais; contextualizar o trabalho da vigilância como ação pública de responsabilidade do Estado; organizar, em equipe, o processo de trabalho na área da vigilância em saúde considerando a integralidade das ações do SUS; identificar fatores e situações de risco à saúde; utilizar conhecimentos e aportes científicos, técnicos e éticos como bases para o planejamento.

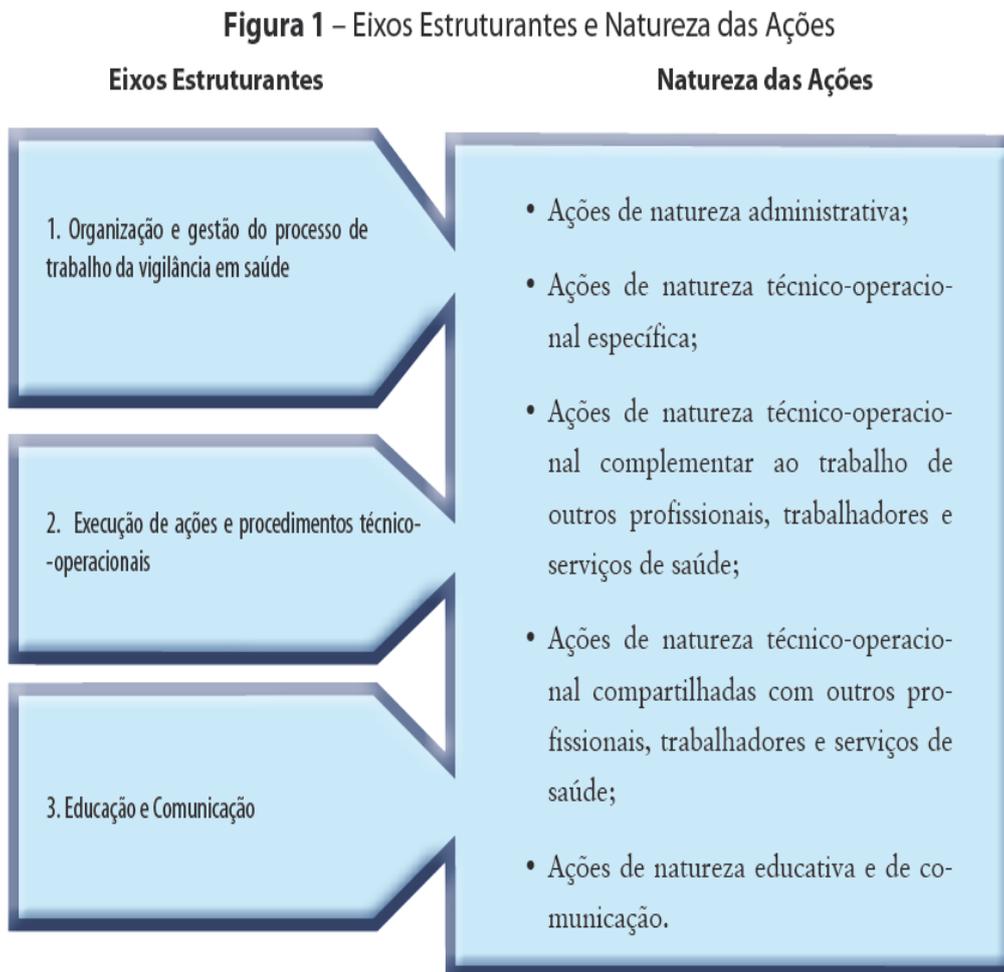
Em relação à estrutura curricular, orienta-se que seja estruturado em módulos, a partir do paradigma de trabalho como princípio educativo<sup>35</sup> e unidade de ensino-aprendizagem, que permite a articulação de bases e fundamentos essenciais para a formação do técnico em vigilância em saúde: meios e equipamentos do trabalho em vigilância em saúde; território/área de abrangência; determinantes e condicionantes sociais e econômicos e condições de vida e saúde da população (história, referências demográficas, social, política e cultural da população e do território); políticas; planejamento e organização da atenção à saúde no território; o SUS; o SNVS; o SINAVISA; medidas de intervenção e execução de ações e procedimentos em situações de riscos, agravos, eventos adversos, queixa técnica (BRASIL, 2011).

Ao adotar a lógica modular, a ETSUS deve considerar o princípio da inter-relação de conteúdos que sustenta essa forma de desenvolvimento de currículo, ou seja, a essencialidade da articulação intra e intermódulos ao longo do curso em que as habilidades, as atitudes, os valores e os conhecimentos que conformam as competências contracenam pedagógica e efetivamente como movimento *continuum*, o que implica a equivalência da carga horária dos módulos. (BRASIL, 2011).

Em consonância com as Diretrizes e Orientações para a formação do TECVISAU, o CTVISAU está balizado em três eixos estruturantes de ações de naturezas diferentes. Inseparáveis e articuladas que se efetivam em habilidades, conhecimentos, atitudes e valores os quais, no seu conjunto, conformam as competências pertinentes e necessárias à formação do técnico em vigilância em saúde, conforme (QUADRO I).

---

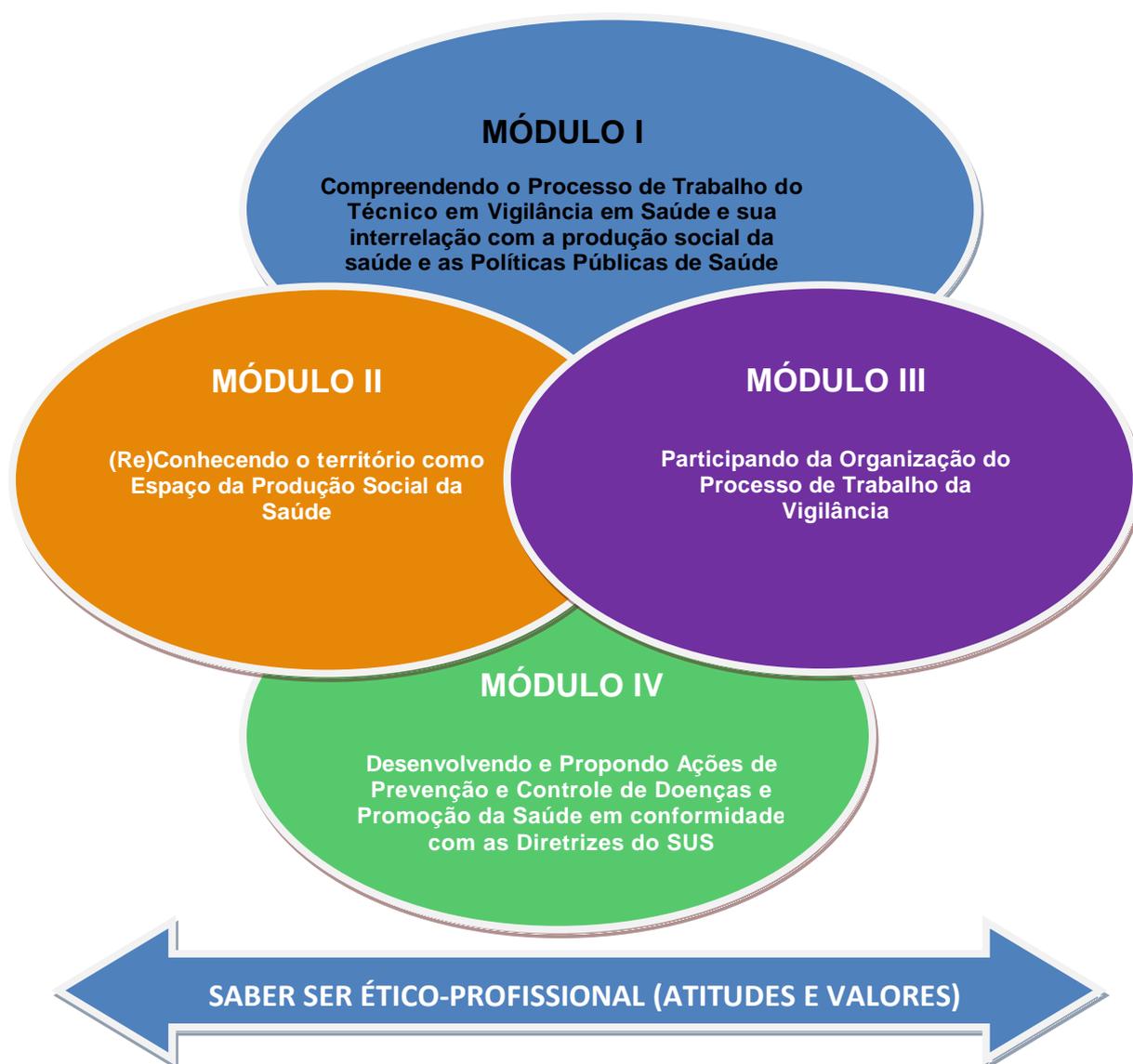
<sup>35</sup> Trabalho como princípio educativo – refere-se à relação entre trabalho e educação, no qual se afirma o caráter formativo do trabalho e da educação como ação humanizadora por meio do desenvolvimento de todas as potencialidades do ser humano. (CIAVATTA, 2009, p. 408).

**QUADRO I – EIXOS ESTRUTURANTES E NATUREZA DAS AÇÕES**

Fonte: BRASIL, 2011, p.26.

Em relação aos módulos, as Diretrizes e Orientações preconizadas pelo MS recomendam que as escolas e centros formadores adotem esta estrutura curricular, embasada em pressupostos epistemológicos (QUADRO II).

#### QUADRO II – MÓDULOS QUE COMPÕE A ESTRUTURA CURRICULAR



Fonte: BRASIL, 2011, p.38.

A carga horária mínima prevista para o curso técnico em vigilância em saúde é de 1.200 horas e se recomenda considerar como indicativo, que deve ser discutido no âmbito da ETSUS, a seguinte distribuição de carga horária mínima entre os módulos: Módulo 1 – Trabalho (250 horas-aula); Módulo 2 - Território (300 horas-aula); Módulo 3 – Política, planejamento e organização (250 horas-aula); Módulo 4 – Ações, procedimentos e intervenções da área da vigilância em saúde (400 horas-aula). (BRASIL, 2011).

A organização de conteúdos, para fins didáticos, terá como referência as competências relacionadas aos eixos estruturantes e comporão módulos pedagógicos, nos quais habilidades, conhecimentos e valores são tratados objetivando o perfil de conclusão estabelecido para o curso. Considerando a natureza dos conteúdos, o plano curricular incluirá as orientações e indicações para o desenvolvimento das atividades teóricas e práticas, inclusive, programa do estágio curricular. (BRASI, 2011).

No âmbito da PNEPS, instituída pela Portaria nº 1996, de 20.08.07, e considerando a integração da vigilância com a atenção básica é, portanto, reconhecido como essencial construir um perfil do técnico de vigilância compatível com as necessidades de saúde da população usuária do SUS, na perspectiva da integralidade das práticas de saúde, conforme preconiza o modelo de Vigilância em Saúde na contemporaneidade.

### **3.1 A Implementação do CTVISAU pela ETSUS-BA**

A Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (PEGTES) expressa, no âmbito da SESAB e, mais importante no contexto atual do SUS-BA, a assunção do papel que cabe ao Estado no ordenamento da formação dos trabalhadores e na transformação das práticas de atenção à saúde por meio da gestão do trabalho. (BAHIA, 2012). O diagnóstico dos problemas relacionados à educação na saúde, no Estado da Bahia, aponta para

a incompreensão da importância da educação permanente em saúde por parte da maioria dos profissionais e trabalhadores de saúde; baixa capacidade de oferta e acesso insuficiente a processos educativos e formativos, apesar dos esforços realizados pela SESAB para a ampliação da oferta de cursos nos últimos anos, insuficiência de recursos financeiros destinados às ações educativas; escassa produção científica e tecnológica na área de Educação na Saúde; baixa incorporação de novas tecnologias, incluindo os processos pedagógicos e falta de integração educação-trabalho. (BAHIA, 2012).

A partir desse diagnóstico, a área de recursos humanos, foi considerada prioridade, o que se traduziu na formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

(PGETES), desenvolvida sob a coordenação da Superintendência de Recursos Humanos da SESAB (PINTO, TEIXEIRA, 2011).

Considerando a implantação da PEGETS, no Estado da Bahia a SUPERH tem por finalidade planejar, coordenar, supervisionar e executar políticas de desenvolvimento de recursos humanos, de gestão do trabalho e de educação na saúde, bem como as atividades de administração de recursos humanos (BAHIA, 2012). O planejamento<sup>36</sup> da ação educativa, [...] desenvolvido na SESAB, entendida como uma organização hipercomplexa, busca aproximar teoria e prática, num movimento dialógico de construção, em que se utiliza o Enfoque Estratégico-Situacional, articulado à perspectiva do Agir Comunicativo em Saúde, considerando a Participação Social como princípio fundamental na construção das políticas públicas, característica importante de processos democráticos de governança (TEIXEIRA; ABREU, 2010).

No Estado da Bahia, em conformidade com as Diretrizes e Orientações para a Formação do Técnico de Vigilância em Saúde, que norteiam o ordenamento da formação no âmbito do SUS e os pressupostos da PNEPS, o planejamento do curso requer realizar o levantamento de necessidades de formação de trabalhadores da vigilância em saúde. Esse levantamento de necessidades é realizado pela SUVISA e as respectivas áreas técnicas constituídas pela DIVEP, DIVISA, CESAT, em articulação com as secretarias municipais de saúde dos 417 municípios, e a ETSUS.

Nessa perspectiva, a partir de 2008, a SESAB/SUVISA, visando atender aos requisitos da PNEPS, implantou, em 2011, um Grupo de Trabalho de Educação Permanente, com os objetivos de identificar os processos formativos em cada Diretoria; identificar as

---

<sup>36</sup> Esse processo contribuiu para a consolidação da análise situacional e subsidiou a priorização dos problemas nas Oficinas Macrorregionais do PES 2008-2011, com apoio do ISC/UFBA. É importante destacar a colaboração do ISC/UFBA, da OPAS/Brasil e de outros parceiros governamentais como SEPLAN e Casa Civil, no refinamento das proposições, considerando a necessidade de alinhamento das mesmas à situação de saúde da população, às necessidades do sistema e dos serviços de saúde e às prioridades políticas estabelecidas para o período. Considerando a necessidade de melhor compreensão dos problemas relativos à gestão e organização do sistema estadual de saúde, paralelamente ao processo de construção dos módulos operacionais, optou-se por se desencadear um processo de avaliação institucional amplo integrando dois movimentos: a avaliação de desempenho institucional, feita no período 2007-2008 e a avaliação das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP-SUS) com o apoio da OPAS/Brasil, numa parceria entre SESAB, OPAS e Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS). (TEIXEIRA, ABREU, 2014, p.3844)

possibilidades de integração entre os processos formativos de cada uma das áreas; promover a articulação interna em cada Diretoria e no âmbito da SUVISA, e desenvolver estratégias para planejamento e avaliação dos processos formativos de maneira mais integrada, assim como representar a SUVISA nos Colegiados do UNASUS e das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES). (BAHIA, 2016).

Compete a DIVEP participar do processo de ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde, em articulação com a área específica na SESAB, a partir da identificação de necessidades e demandas junto às demais coordenações, acompanhar a execução das políticas de formação e desenvolvimento profissional para SESAB, efetuar e/ou participar de adequações, às peculiaridades e particularidades do estado e dos municípios, de propostas de formação, aperfeiçoamento e atualização de profissionais, mapear competências individuais e funcionais e dimensionar a força de trabalho; identificar necessidades de qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais que integram essas áreas; propor e realizar processos de educação permanente, participar das reuniões da CIES considerando demandas e necessidades identificadas junto às coordenações. (BAHIA, 2014).

No estado da Bahia, o CTVISAU foi aprovado pela Resolução CIB-BA Nº 165/12 e o planejamento inicial envolveu a realização de uma oficina em 2012 e outra em 2014, pactuada pela UNASUS, envolvendo os agentes de combate às endemias, e entidades representativas dos trabalhadores que atuam na vigilância em saúde para identificar suas expectativas em relação ao curso e as propostas relacionadas aos conteúdos, problematizando-se seu processo de trabalho.

O curso foi inicialmente operacionalizado pela Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) como parte integrante do Plano de Trabalho proposto para o Programa UNASUS-BA. Trata-se de um curso que compõe o PROFAPS do Ministério da Saúde, órgão financiador do referido programa (BAHIA, 2016 b).

A ETSUS realizou avaliação processual do curso e a UNASUS realizou a avaliação do material didático, da metodologia e dos docentes, que foram avaliados processualmente pela ETSUS e esses modelos avaliativos diferenciados.

A FESF atuou, enquanto instituição responsável pela operacionalização do Programa UNASUS, na prestação de serviços de apoio técnico e operacional para execução e acompanhamento do curso até a 1ª unidade, do módulo III. Posteriormente, o curso passou a

ser operacionalizado pela própria EFTS que ficou responsável pela coordenação geral e desenvolvimento, gestão de ensino da proposta pedagógica e certificação dos discentes (BAHIA, 2016).

No período no qual coube a FESF-SUS a gestão financeira do CTVISAU ocorreram atrasos no pagamento de docentes e, algumas interrupções, que exigiram ajustes no planejamento e desenvolvimento das atividades didático-pedagógicas do CTVISAU.

A UNASUS realizou a gestão financeira do TECVISAU, no período de abril a dezembro de 2014, e a avaliação dos docentes, material didático e da metodologia, que foram avaliados processualmente pela ETSUS. Portanto foram adotados modelos avaliativos diferenciados.

O CTVISAU teve carga horária de 1.300 horas, distribuídas em quatro (4) horas diárias de aula teórica e prática, num período de 20 (vinte) meses. A carga horária do Módulo teve 400 horas de teoria e prática, o módulo II teve 200 horas de teoria e prática e o módulo III teve 700 horas de teoria e prática (BAHIA, 2016).

A organização curricular do CTVISAU foi integrada pelo módulo I “Conhecendo e construindo o Processo de Trabalho do Técnico em Vigilância em Saúde e a sua interrelação com a produção social da saúde e as Políticas Públicas de Saúde”, com carga horária de 400 horas de teoria e prática, o módulo II “Re) conhecendo o Território como Espaço da Produção Social da Saúde”, com carga horária de 200 horas de teoria e prática e o módulo III “Conhecendo as Políticas, Planejando e Organizando os Processos de Trabalho em Vigilância em Saúde ; Visando a Execução de Ações de Promoção e Proteção à Saúde”, com carga horária de 700 hora de teoria e prática.

Os docentes do CTVISAU são vinculados à ETSUS, à DGETS e à SUVISA, envolvendo a DIVEP e a DIVISA e a maioria realizou mestrado, incluindo duas docentes da ETSUS.

Em relação ao perfil dos egressos as turmas foram integradas por 50 (cinquenta) discentes com vínculo estatutário, dentre os quais 26 (vinte e seis) são do sexo feminino e 24 (vinte e quatro) do sexo masculino. Em relação ao grau de escolaridade, 24 (vinte e quatro) discentes concluíram o 2º grau há menos de 5 (cinco) anos, 1 (um) concluiu há 10 (dez) anos e 21 (vinte e um) há mais de 10 (dez) anos, enquanto os demais não registraram essa informação na ficha de matrícula.

O CTVISAU iniciou com 72 (setenta e dois) agentes de combate às endemias dos Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho (DSBRV) e Distrito Sanitário Centro Histórico (DSCH), do município de Salvador, distribuídos em 04 (quatro) turmas, entretanto em decorrência da evasão 50 (cinquenta) discentes o concluíram, sendo 47 (quarenta e sete) do DSBRV e 3 (três) do DSCH.

Durante o primeiro módulo do curso, ao final da primeira unidade, 13 (treze) discentes desistiram, havendo a redução de 4 (quatro) para 3 (três) turmas, e no segundo módulo ocorreram 7 (sete) desistências culminando no terceiro módulo em duas turmas, sendo uma composta por 26 (vinte e seis) discentes e outra com 24 (vinte e quatro) (BAHIA, 2016).

A evasão decorreu da impossibilidade de conciliar o curso com a educação dos filhos; com outro curso ou outro trabalho, ocorrência de acidente, a falta de vale-transporte, carga horária desgastante após jornada de trabalho, pois as aulas terminavam às 21:00h, Vale ressaltar que 7 (sete) alunos abandonaram o curso, sem justificar os motivos, culminando em duas turmas ao final do curso. (BAHIA, 2016).

No início do curso os discentes expressaram dificuldades que interferiram no processo de ensino-aprendizagem, sobretudo relacionadas à leitura e escrita, devido ao incipiente desenvolvimento dos esquemas de assimilação lógico-concreto e lógico-abstrato, comprometendo a capacidade de abstração, de sistematização de dados das pesquisas de campo e as sínteses, interferindo na apropriação de conteúdos mais complexos que justificaram as múltiplas estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas pelos docentes.

### **3.2 Análise dos resultados: diálogos do CTVISAU-BA com as Diretrizes e Orientações Curriculares do Ministério da Saúde**

A ETSUS assume como pressupostos de uma educação crítica a integração ensino-serviço-comunidade, articulando momentos de reflexão teórico-práticos e aplicação dos fundamentos científicos em situações concretas, assegurando o alcance dos conhecimentos e domínio dos procedimentos que conformam o perfil profissional dos trabalhadores da VISAU, através de momentos das aulas teórico-práticas e estágio curricular supervisionado (BAHIA, 2016).

Os períodos de aulas teórico-práticos são caracterizados como momentos em que o docente, juntamente com o discente, desenvolve as sequências de atividades utilizando fundamentalmente a reflexão para aprofundar, ampliar e sistematizar os conhecimentos (BAHIA, 2011). Os períodos de estágios supervisionados são caracterizados como momentos de aplicação dos conhecimentos e são realizados nas unidades de saúde do SUS-BA e comunidade. O aluno durante o estágio curricular supervisionado desenvolve ações orientadas por meio de um roteiro de atividades, sendo acompanhado pelo docente, que no trabalho contínuo de discussão e supervisão registrará em fichas de desempenho os avanços alcançados (BAHIA, 2016).

Em consonância com o PPP da ETSUS, a proposta de formação adotou o currículo integrado, valorizando a articulação dinâmica entre trabalho e ensino, teoria e prática, assim como ensino e comunidade. Entretanto, a relação entre trabalho-ensino-comunidade se restringiu ao âmbito da prática profissional à medida que os estágios planejados não se viabilizaram, justificando os ajustes no plano de curso.

Em conformidade com as Diretrizes e Orientações para a Formação do Técnico de Vigilância em Saúde, a ETSUS, adota a lógica modular, considerando o princípio da inter-relação de conteúdos que sustenta essa forma de desenvolvimento de currículo, ou seja, reconhecendo como fundamental a articulação intra e intermódulos no decorrer do curso, em que as habilidades, as atitudes, os valores e os conhecimentos que conformam (integram) as competências contracenam pedagógica e efetivamente como movimento *continuum*, o que implica a equivalência da carga horária dos módulos (BRASIL, 2016).

Nessa perspectiva, o currículo possibilita, através de determinadas práticas a organização do processo de trabalho em base territorial, sobretudo porque incluiu oficinas de territorialização, nas quais foram realizados levantamento dos objetos geográficos e de dados demográficos, epidemiológicos, culturais, da rede de serviços de saúde e demais equipamentos sociais e da história da ocupação do território e do seu processo de organização social e política.

O processo de trabalho da vigilância em saúde tem como base o território tanto para o diagnóstico quanto para o monitoramento e planejamento das ações de saúde, tornando-se necessário seu reconhecimento. Nessa perspectiva, o currículo possibilita, através de determinadas práticas a organização do processo de trabalho em base territorial, uma vez que

a ETSUS considera que o reconhecimento do território se constitui uma potente estratégia pedagógica adotada para a efetividade do modelo de vigilância em saúde.

Além do reconhecimento do território, o currículo adotado incentiva o conhecimento sobre os determinantes sociais, culturais, econômicos e políticos que interferem na qualidade de vida da população, possibilitando o planejamento de ações intersetoriais que possam intervir sobre os mesmos. Portanto, para fins didáticos, os conteúdos estão organizados em módulos e tem como referência as competências relacionadas aos eixos estruturantes em que habilidades, conhecimentos e valores foram definidos considerando o perfil de conclusão estabelecido para o curso. (BAHIA, 2016).

Os eixos estruturantes que norteiam a formação do técnico de vigilância em saúde são Organização e Gestão do Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde, Execução de Ações e Procedimentos Técnicos-operacionais e Educação e Comunicação. Portanto, os conteúdos são organizados com base nas Diretrizes e Orientações Curriculares adotadas pelo Ministério da Saúde para a formação do Técnico de Vigilância em Saúde e se fundamentam em um mapa de competências compatível com o processo de trabalho do técnico de Vigilância em Saúde.

Dentre as estratégias e dispositivos do território adotados no currículo que possibilitam conhecer as condições de vida e a situação de saúde da população destacam-se a observação do território, entrevistas com a comunidade, levantamento de dados geográficos, demográficos, epidemiológicos, elaboração de mapas, pesquisas, oficinas de territorialização, realizada no módulo (Re) Conhecendo o Território como Espaço da Produção Social da Saúde, e projeto de intervenção que é planejado, realizado, apresentado e avaliado no decorrer do curso.

No guia curricular I o discente se aproximou dos conceitos de território-solo, território-processo, território-utilizado e de regionalização, dentre outros, que integram o minidicionário que é utilizado após os discentes construírem cada conceito, quando os saberes prévios possibilitam essa sistematização. Esses conceitos são resgatados e aprofundados no módulo II (Reconhecendo o Território como Lugar da Produção Social da Saúde), principalmente o conceito de território-utilizado.

Geralmente são utilizados textos científicos e literários, entretanto, quando não respondem à sequência de atividades proposta, a equipe técnica da ETSUS os sistematiza, visando compatibilizá-los com as questões problematizadas. O currículo adotou, dentre outras

estratégias, leitura de textos, fábulas, vídeos, filmes, músicas, dramatizações, minidicionário, projeto de intervenção, *estudos de caso*, *portfólio*, *júri simulado* (ANEXOS C, D e E).

A ETSUS adota o diário de curso que possibilita que o discente se autoavale dando visibilidade ao seu aprendizado e as dificuldades vivenciadas no seu percurso de aprendizagem à medida que faz uma síntese de ambas. As dificuldades identificadas norteiam a escolha das estratégias pelos discentes.

Inicialmente foram adotados o portfólio individual e coletivo que permitem respectivamente a cada discente e ao grupo registrar sua trajetória de aprendizagem, visando sistematizar os conhecimentos teóricos e aqueles construídos nas atividades de pesquisa e educativas realizadas no trabalho de campo, sobretudo aquelas que se referem à pesquisa no território. Porém, devido à heterogeneidade dos discentes e a dificuldade de expressão escrita a maioria dos discentes teve dificuldade em elaborar o portfólio individual, integrando-o ao diário de curso, prevalecendo, portanto, no processo de avaliação inicial o portfólio coletivo.

Anastasiou e Alves (2012, p.89) “consideram que os registros do portfólio vêm arraigados a elementos históricos de seus autores e retratam continuidade e rupturas pessoais, e por isso comportam elementos de significação e práxis”.

Portanto, o currículo utiliza diversificadas estratégias de ensino-aprendizagem que possibilitam a articulação entre teoria e prática e o desenvolvimento de habilidades e de valores considerados essenciais para a constituição da identidade do técnico de vigilância em saúde. Entretanto, o processo de trabalho das equipes permanece no modelo taylorista-fordista e os discentes executam as ações sem participação no seu planejamento. A metodologia adotada no curso é a problematização possibilitando a valorização da subjetividade do discente, tomando seu processo de trabalho a reflexão e análise de suas experiências, ressignificando suas práticas cotidianas no território.

A ETSUS adota a metodologia da problematização valorizando os saberes prévios e as experiências vivenciadas pelo discente nos espaços formais e informais de aprendizagem possibilitando várias aproximações do objeto (conhecimento), cabendo ao docente respeitar seu percurso e ritmo de aprendizagem.

Assume como pressupostos de uma educação crítica a integração ensino-serviço-comunidade, articulando momentos de reflexão teórico-práticos e aplicação dos fundamentos científicos em situações concretas, assegurando a construção dos conhecimentos e domínio

dos procedimentos que conformam o perfil profissional, através de momentos teórico-práticos e estágio curricular supervisionado. (BAHIA, 2011, p.28).

### **3.2.1. Análise comparativa entre o plano do CTVISAU da ETSUS-BA e as Diretrizes e Orientações Curriculares do Ministério da Saúde**

Para fins de planejamento das ações, definição dos objetivos do curso e construções curriculares, a ETSUS-BA tomou como base a PNEPS. De acordo com a PNEPS (BRASIL, 2007), esse tipo de formação em saúde deve valorizar a vivência cotidiana dos trabalhadores, levando em consideração os conhecimentos e as experiências de pessoas e grupos locais preconizando que os processos de educação dos trabalhadores de saúde sejam realizados a partir da problematização do processo de trabalho, considerando as necessidades de formação e o desenvolvimento dos trabalhadores.

No processo de elaboração do plano de curso a ETSUS baseia-se nas diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde que orientam a formação do técnico em vigilância em saúde, por isso é fundamental a análise do plano do CTVISAU da ETSUS-BA (ANEXO F). Além disso, o plano de curso deve ser compatível com o PPP da ETSUS.

As diretrizes adotadas pelo MS apresentam em sua essência a complexidade da área, que compreende um conjunto articulado de práticas do campo da saúde pública; a diversidade de arranjos organizacionais nas secretarias de saúde; as especificidades das atividades circunscritas a cada subárea; os conflitos de poder envolvendo as instituições e as divergências conceituais são alguns dos elementos apresentados que se confirmam na realidade. (MOREIRA, 2016).

O curso tem uma proposta de formação por competência, constituída por integração de habilidades, conhecimentos e comportamentos distintos, considerados imprescindíveis ao processo de trabalho da VISAU, na contemporaneidade, e o discente tem papel de destaque na construção do seu conhecimento.

As categorias de análise selecionadas situam-se nos campos: 1 – Educação Profissional (a - formação e, b - qualificação); 2 - Vigilância em Saúde (a – território; b - problemas de saúde; c - participação social; d - trabalho em equipe; e – identidade profissional).

A análise das categorias foi qualitativa e tomou por referência a compreensão dos valores e interesses de importância das ocorrências; indireta, quando interpretou o discurso, quando foi feita inferência, ou seja, procurou-se apreender além do que foi objetivamente escrito. Portanto, a interpretação das informações foi feita nas entrelinhas, sendo deduzidas conclusões.

A análise de conteúdo foi feita em duas etapas. Na primeira etapa foi feito levantamento dos tópicos priorizados no plano de curso com comparação entre os achados e o marco de orientação curricular adotado pelo MS para nortear o planejamento do curso.

Na primeira etapa, a análise mostrou que o plano de curso da ETSUS foi estruturado com justificativa, objetivo, requisitos de acesso ao curso, perfil profissional de conclusão, competências profissionais gerais do técnico da área da saúde, competências específicas do técnico em vigilância em saúde, organização curricular, carga horária, matriz curricular, organização dos conteúdos, critérios de aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores, avaliação da aprendizagem, pessoal docente e técnico, material didático, diplomas, instalações e equipamentos.

Na segunda etapa envolveu a análise do conteúdo de cada um dos tópicos contidos nas “Diretrizes e Orientações para a Formação do Técnico em Vigilância em Saúde” buscando identificá-los no plano de curso, a partir da comparação com o plano do CTVISAU, buscando identificar semelhanças e diferenças entre ambos e contextualizá-las.

**QUADRO III - DIRETRIZES X PLANO DO CTVISAU DA ETSUS-BA**

DIRETRIZES E ORIENTAÇÕES CURRICULARES	PLANO DE CURSO	ANÁLISE
<p><b>3.1 JUSTIFICATIVA:</b> é imprescindível que a Escola contextualize a necessidade social e política do curso, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A situação e o contexto da área da vigilância em saúde em âmbito nacional, regional e local;</li> <li>• O perfil epidemiológico nacional, regional e local;</li> <li>• A demanda técnica e política do técnico a ser formado em que estejam destacadas as normativas (portarias, resoluções, decretos e outros) que implicam a presença desse técnico na organização e na prestação de serviços de atenção à saúde;</li> <li>• O perfil da força de trabalho em saúde (nacional, regional e local), destacando a expressão e a necessidade do trabalho do técnico de nível médio na área da vigilância em saúde na atenção básica em âmbito local/regional;</li> <li>• As condições pedagógicas, tecnológicas e operacionais da Escola para realizar o processo formativo;</li> <li>• As articulações, negociações e acordos da Escola com instâncias e organismos dos setores da educação (...), através de diferentes alternativas pedagógicas, inclusive via descentralização dos processos formativos;</li> <li>• O papel e a função das ETSUS na efetivação e fortalecimento do Sistema de Saúde através da qualificação da força de trabalho, especificamente, dos trabalhadores técnicos de nível médio.</li> </ul>	<p>No Brasil, a difusão do tema da vigilância à saúde vem ocorrendo num contexto de experimentação de diversas estratégias e modelos de atenção à saúde, oriundos da Reforma Sanitária Brasileira, para atender à necessidade de reorganizar a lógica do processo de produção de serviços de saúde, suas relações entre a oferta, a demanda e a atenção às necessidades de saúde da população (FARIA E BERTOLOZZI, 2009). Nesta perspectiva, se faz necessário a implementação de políticas públicas que visem à melhoria da qualidade de vida da população e a reorganização das ações de vigilância em saúde, assim como a atenção à saúde de indivíduos e grupos populacionais.</p> <p>O perfil epidemiológico está descrito.</p> <p>Dados obtidos pela DIVISA, unidade da SESAB, revelam que no ano de 2010, a Bahia apresentava 1.013 trabalhadores de nível médio sem a habilitação profissional específica atuando nas equipes municipais de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental. Desse total de trabalhadores, a macrorregional Centro-Leste, com 168 trabalhadores, apresentava um maior quantitativo; seguida da Sul, com 163; Sudoeste, com 145; Oeste, com 110; Leste, com 104; Extremo-sul, com 101; Nordeste, com 81; Norte, com 71 e a Centro-Norte, com 70. Esse quadro demonstra a importância da realização da formação desses trabalhadores, tendo em vista a melhoria da atenção à saúde da população baiana (BAHIA, 2010<sup>a</sup>).</p>	<p>Na justificativa do plano de curso foi feita uma breve referência à difusão do tema da vigilância em saúde, ressaltando a experimentação de várias estratégias e modelos de atenção para reorganizar o processo de produção de serviços de saúde e a necessidade de implementação de políticas públicas para a reorganização das ações de vigilância em saúde (VS) no âmbito do estado da Bahia.</p> <p>Assim, em conformidade com as Diretrizes e Orientações Curriculares para a Formação do TECVISAU, a justificativa do plano de curso deve contemplar aspectos relevantes, sendo imprescindível contextualizar a necessidade social e política ao revelar a situação e o contexto da área da Vigilância em Saúde (VS) em âmbito nacional, regional e local.</p> <p>Entretanto, não foram feitas referências sobre a forma como a vigilância em saúde tem sido desenvolvida nacional e regionalmente, ou seja no âmbito dos estados e dos municípios, sobre as concepções que se destacam, na atualidade, na práxis da VS. Foi feita apenas uma alusão sobre a integração entre Vigilância e Atenção Básica e as ações estratégicas desenvolvidas, entretanto não foi explicitado se o planejamento tem sido integrado ou persite fragmentado.</p> <p>O contexto local ficou empobrecido à medida que foram privilegiados dados epidemiológicos de determinados municípios e capital, destacando-se a incidência e a magnitude dos agravos existentes no</p>

		<p>Estado da Bahia, sem articulação com aspectos sociais e culturais relacionados ao processo saúde-doença. A amostragem da situação ficou fragilizada se forem considerados os complexos problemas que afetam a área da vigilância em saúde no país, estado e municípios, a diversidade de determinações e as consequências destes problemas.</p> <p>A situação em relação à vigilância sanitária e ambiental não foi contemplada na justificativa do plano do CTVISAU .</p> <p>Foram apresentados dados relacionados às demandas e os destaques normativos identificados são a LDB, o parecer CNE/CEB nº 99, a Resolução CNE/CEB nº 04/99 e o CNCT.</p> <p>Embora tenham sido explicitadas as necessidades de formação das Vigilâncias Sanitária e Ambiental nas macrorregiões do Estado da Bahia, faltam dados da vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador essenciais ao planejamento do curso, presumindo-se que inexistem um sistema de informação único para o planejamento dos cursos descentralizados e que essas informações são fragmentadas ficando restritas as próprias vigilâncias.</p> <p>O perfil da força de trabalho nacional, regional e local, não está representado adequadamente no texto da justificativa, em nenhuma das esferas territoriais, apesar de algumas citações, na página 07, relacionadas a falta de formação específica dos trabalhadores de nível médio da área, o perfil das atribuições, quem são esses trabalhadores que atuam na VISAU e onde atuam. Portanto não há evidências da necessidade dos trabalhadores da VISAU na atenção básica.</p> <p>Além disso, não estão explicitadas também no plano de curso as condições pedagógicas, tecnológicas e</p>
--	--	--

		<p>operacionais da ETSUS para realizar os processos formativos. Portanto, as articulações, pactuações e parcerias realizadas pela ETSUS são mencionadas, porém não foram citadas as instituições, os setores da saúde e educação envolvidos e os compromissos pactuados. O trabalho conjunto com o setor educacional não está explícito no plano de curso, assim como o trabalho conjunto com o setor educacional.</p> <p>A execução curricular descentralizada dos cursos e a forma de financiamento do curso foram destacadas no plano de curso.</p> <p>Quanto às competências e ao perfil de conclusão do curso, eles se fundem na redação e estão presentes em pinceladas muito sutis.</p>
<p><b>3. 2. OBJETIVOS:</b> devem ser considerados os aportes e fundamentos advindos dos aspectos e elementos da justificativa apresentada para o oferecimento do curso, as competências e o perfil de conclusão do curso.</p>	<p>Habilitar em Técnico em Vigilância em Saúde, Eixo Tecnológico: Ambiente, Saúde e Segurança, Educação Profissional Técnica de Nível Médio, o trabalhador da rede do SUS – BA e pessoas da comunidade mediante seleção pública, a fim de contribuir para o fortalecimento e ampliação da qualidade de resposta do setor saúde às necessidades da população.</p>	<p>A ETSUS não resgata elementos presentes na justificativa do curso na construção dos objetivos, correlacionado a habilitação a as demandas que o setor saúde precisa atender em cada conjuntura específica.</p> <p>O papel e a função das ETSUS na efetivação e fortalecimento do SUS através da qualificação da força de trabalho, apareceram de forma imbricada, porém não expressam uma clara correlação da sua missão e da formação de trabalhadores com a qualidade das ações do setor saúde diante das necessidades de saúde emergentes.</p> <p>A composição dos objetivos levou em consideração as propostas do marco de orientação das diretrizes, utilizando-se, de certa forma, do que expressou no conteúdo da justificativa, como a demanda técnica e política, o perfil da força de trabalho e a especificidade da função da ETSUS.</p>

<p><b>3.3 REQUISITOS DE ACESSO</b></p> <p>São requisitos de acesso ao curso técnico em vigilância em saúde ter concluído o ensino médio, conforme estabelece as diretrizes e bases da educação e, preferencialmente, estar inserido em serviços do SUS: na rede de atenção básica ou em qualquer Unidade de Serviço do SNVS ou do Sinavisa.</p>	<p>O Curso de Técnico em Vigilância em Saúde é destinado aos trabalhadores, do SUS, que exercem atividades ou funções relacionadas com a habilitação pretendida, com idade mínima de 18 anos e que tenham concluído o ensino médio ou estejam cursando a última série deste nível de ensino ou Aceleração III. Para as pessoas da comunidade os requisitos são: idade mínima de 18 anos, conclusão do ensino médio e comprovação de aprovação no processo seletivo público da EFTS / Municípios.</p>	<p>Os requisitos de acesso incorporados das Diretrizes preconizadas pelo MS foram a conclusão do ensino médio e a inserção nos serviços do SUS. Fora as opções das diretrizes a ETSUS adotou ainda a idade mínima de 18 anos, estar cursando a última série do ensino médio ou a aceleração III e ser da comunidade com aprovação no processo seletivo público que realiza.. Em relação ao vínculo com os serviços do SUS, foi excluída a atuação na atenção básica. Vale ressaltar que os documentos exigidos para matrícula não constam nas Diretrizes e Orientações do Ministério da Saúde.</p>
<p><b>3.4. PERFIL DE CONCLUSÃO</b></p> <p>É o aspecto que define a identidade do curso, portanto, deve contemplar as competências estabelecidas. O curso objetiva a apropriação dessas competências expressas na capacidade de: compreender a complexidade do trabalho em saúde e a especificidade do trabalho da vigilância em saúde; compreender o trabalho da vigilância em saúde como atividade multidisciplinar que se realiza a partir de articulações intra e intersetoriais; contextualizar o trabalho da vigilância como ação pública de responsabilidade do Estado; organizar em equipe, o processo de trabalho na área da vigilância em saúde considerando a integralidade das ações do SUS; identificar fatores e situações de risco à saúde; utilizar conhecimentos e aportes científicos, técnicos e éticos como bases para o planejamento e a execução de ações e procedimentos específicos, complementares e compartilhados, que caracterizam a vigilância em saúde; compreender que as ações de vigilância em saúde implicam a mediação de interesses, direitos e deveres entre pessoas, grupos, processos e o acesso e consumo de bens e serviços.</p>	<p>Deverá ter inserção participativa na sociedade com atuação profissional criativa, acolhedora e comprometida com as pessoas, incorporando a dimensão de comunicação e percepção das necessidades do outro para ampliar o conhecimento sobre a população, com vistas a uma assistência integral. Deverá também atuar em conjunto com outros trabalhadores da saúde, imprimindo em sua prática a referência do mundo do trabalho e apropriando-se de outros saberes em busca de uma integração multidisciplinar na perspectiva de concretizar as diretrizes do SUS.</p> <p>Deverá estar apto a desenvolver práticas que se contrapondo à mera reprodução de procedimentos técnicos e de ações fragmentadas priorizará a atenção à saúde e não à doença, destacando como fatores relevantes, a vigilância da saúde e a inter-relação dos determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais no processo saúde-doença.</p> <p>Reconhecer-se como sujeito/profissional do processo detransformaçãoda realidade e gerador de mudanças junto à clientela atendida é outro perfil necessário a este trabalhador de saúde para que possa romper ou lidar com</p>	<p>No plano de curso, a descrição do perfil profissional de conclusão abordou múltiplos assuntos, mas sempre em torno do tema das competências. Parte do seu conteúdo corresponde a recortes dos eixos estruturantes, incluindo o quadro explicativo contido nas Diretrizes preconizadas pelo MS. Esses eixos constituem as competências específicas do técnico em vigilância em saúde que foram descritas em conjunto com as três dimensões do saber (conhecimentos, habilidades e atitudes). As competências profissionais gerais do técnico da área de saúde foi outro conjunto detalhado, correlacionado e incluído no conteúdo do perfil profissional.</p>

	<p>as iniquidades, legado de uma prática de saúde subordinada, muitas vezes, a interesses que não são do coletivo.</p> <p>A atuação deste profissional será co-responsável pela saúde da população e pela prevenção e controle do meio ambiente de sua área de abrangência, estando comprometida com a participação social, com a autonomia da população em relação à própria saúde e preservação do meio ambiente, pautando-se em atitudes humanizadas, na ética, no respeito à diversidade cultural, na solidariedade e na responsabilidade social, em um compromisso político com a melhoria da qualidade de vida da população local e da sociedade brasileira.</p> <p>Competências específicas: <i>1. Organizar e gerir o processo de trabalho da Vigilância em Saúde utilizando dados e informações para identificar e intervir em situações de risco, de vulnerabilidade e de suscetibilidade de grupos populacionais e ambientes, conforme normas e protocolos estabelecidos pela União, estados e municípios.</i></p>	
<p><b>3.5 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO CURRICULAR:</b></p> <p>Reecomenda-se que o currículo seja estruturado em módulos, a partir do paradigma de trabalho como princípio educativo e unidade de ensino-aprendizagem, que permite a articulação de bases e fundamentos essenciais para a formação do técnico em vigilância em saúde: meios e equipamentos do trabalho em vigilância em saúde; território/área de abrangência; determinantes e condicionantes sociais e econômicos e condições de vida e saúde da população (história, referências demográficas, social, política e cultural da população e do território); políticas; planejamento e</p>	<p>Para fins didáticos, os conteúdos estão organizados em módulos, tendo como referência as competências relacionadas aos eixos estruturantes em que habilidades, conhecimentos e valores foram definidos considerando o perfil de conclusão estabelecido para o curso.</p> <p>O currículo integrado é, portanto, um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional busca articular de forma dinâmica e sistemática, trabalho e ensino, teoria e prática, ensino e comunidade. As relações entre trabalho e ensino, entre os problemas e suas possibilidades de solução devem sempre, estar remetidas às características sócio-culturais do território em que este processo se desenvolve. (DAVINI, 1986).</p>	<p>Existe convergência nesses documentos em relação à estrutura modular do currículo, porém o paradigma do trabalho como princípio educativo não se expressa nesse ítem, mas no ítem XX.</p> <p>A ETSUS não incluiu o item "estrutura curricular", entretanto incluiu o item organização curricular, especificando que a organização curricular é modular, conforme prevê as Diretrizes adotadas pelo MS. Não foram abordadas as formas de aprendizagem que são predominantes entre os discentes adultos e os esquemas de assimilação que adota para aprender.</p> <p>A ETSUS acrescentou quatro ítems: documentos exigidos para matrícula, metodologia, plano de prática</p>

<p>organização da atenção à saúde no território; o SUS; o SNVS; o Sinavisa; medidas de intervenção e execução de ações e procedimentos em situações de riscos, agravos, eventos adversos, queixa técnica. Ao adotar a lógica modular, a Escola deve considerar o princípio da inter-relação de conteúdos que sustenta essa forma de desenvolvimento de currículo, ou seja, a essencialidade da articulação intra e intermódulos ao longo do curso em que as habilidades, as atitudes, os valores e os conhecimentos que conformam as competências contracenam pedagógica e efetivamente como movimento <i>continuum</i>, o que implica a equivalência da carga horária dos módulos.</p>	<p>Um artefato sócio-educacional que se configuram nas ações de conceber/selecionar/produzir/organizar, institucionalizar, implementar/ dinamizar, saberes, conhecimentos, atividades, competências e valores visando uma dada formação, configurada por processos e construção constituído na relação com conhecimento eleito como educativo. (MACEDO, 2008, p.24).</p> <p>Com objetivo de atender à necessidade de integrar ensino-trabalho-comunidade e articular prática e teoria, o formato curricular utilizado nos cursos da Escola é o currículo integrado, que se constitui como opção política e pedagógica para este curso.</p> <p>Este currículo está estruturado em módulos, considerando o trabalho como princípio educativo, e unidades de ensino - aprendizagem que permite a articulação de bases e fundamentos essenciais para a formação do Técnico em Vigilância em Saúde: meios e equipamentos do trabalho em vigilância em saúde; território/área de abrangência; determinantes e condicionantes sociais e econômicos e condições de vida e saúde da população (história, referências demográficas, social, política e cultural da população e do território); políticas; planejamento e organização da atenção à saúde no território; o SUS; o SNVS; o SINAVISA; medidas de intervenção e execução de ações e procedimentos em situações de riscos, agravos, eventos adversos, queixa técnica.</p>	<p>profissional e operacionalização do curso. Conclui-se que esteticamente o marco de orientação curricular foi a base da construção do plano de curso da EFTS.</p>
<p><b>3.5.2 CARGA HORÁRIA:</b></p> <p>A carga horária mínima para o curso técnico em vigilância em saúde é de 1.200 horas. Recomenda-se considerar como indicativo, a ser discutida no âmbito de cada Escola, a seguinte distribuição de carga horária mínima entre <b>os módulos:</b></p>	<p>O curso terá carga horária total de 1.300 horas, distribuídas conforme Resolução CNE nº 04/99: 1.200 horas de momentos de aulas teórico-práticas e 100 horas de prática profissional.</p> <p>O <b>Módulo I</b> terá carga horária de 260 horas de teoria e prática.</p>	<p>No plano de curso a carga horária total foi estabelecida dentro dos parâmetros sugeridos nas diretrizes, assim como sua distribuição por módulos. A carga horária destinada a prática profissional, acrescida ao mínimo estabelecido, não foi relacionada a nenhuma determinação legal.</p> <p>O marco de orientações faz considerações sobre</p>

<p>A carga horária destinada ao estágio supervisionado deverá ser acrescida ao mínimo estabelecido, seguindo determinações legais. Quando o curso adotar a concentração e a dispersão como formas de desenvolvimento das atividades pedagógicas do currículo, a carga horária desenvolvida na fase de dispersão será computada como carga horária efetiva do curso, qualificada no plano curricular como atividade didática em dispersão. As atividades em dispersão serão programadas, acompanhadas e avaliadas pelo professor e, se desenvolvida em unidades de serviços, também pelo profissional e equipe da referida unidade onde se realizarem.</p>	<p>O <b>Módulo II</b> terá carga horária de 260 horas de teoria e prática.</p> <p>O <b>Módulo III</b> terá carga horária de 300 horas de teoria e prática.</p> <p>O <b>Módulo IV</b> terá carga horária de 480 horas, sendo 380 horas de teoria e prática e 100 horas de prática profissional.</p>	<p><b>estágio supervisionado e sua carga horária</b>, a escola usa um novo termo "prática profissional", mas não deixou claro sua definição e a forma de execução. A representação dos módulos através do Quadro II – (MÓDULOS QUE COMPÕE A ESTRUTURA CURRICULAR), sem referência no texto, é outro recorte das Diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde.</p> <p>No plano de curso, a explicação sobre a prática profissional é a repetição de um pequeno trecho do mesmo item do marco de orientações e as diferenças existentes se referem apenas ao tamanho e conteúdo do parágrafo. As orientações e indicações para o desenvolvimento das atividades práticas, inclusive relacionadas ao programa da prática profissional, não foram descritas e explicadas no item. O estágio curricular não faz parte da organização do currículo.</p>
<p><b>3.5.3. ORGANIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS</b></p> <p><b>Módulo 1:</b> baseado no trabalho em saúde, com destaque para a especificidade da área da vigilância em saúde, como processo centrado na produção e utilização de dados e informações para identificar e intervir em situações de risco, de vulnerabilidade e de suscetibilidade de grupos populacionais e ambientes, conforme normas e protocolos estabelecidos pela União, estados e municípios.</p> <p><b>Módulo 2:</b> tem o território como <i>locus</i> privilegiado das práticas e do trabalho da vigilância em saúde e a territorialização como processo de (re)significação da formação.</p> <p><b>Módulo 3:</b> as políticas, o planejamento e a organização em saúde são referências e instrumentos que estruturam e qualificam o trabalho e o trabalhador para o desenvolvimento político, ético e técnico das</p>	<p>Para fins didáticos, os conteúdos estão organizados em módulos, tendo como referência as competências relacionadas aos eixos estruturantes em que habilidades, conhecimentos e valores foram definidos considerando o perfil de conclusão estabelecido para o curso.</p> <p>Módulo 1: Compreendendo o Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde e a Interrelação com as Políticas Públicas de Saúde.</p> <p>Módulo 2: (Re)Conhecendo o Território como Espaço da Produção Social da Saúde.</p> <p>Módulo 3: Participando do Planejamento Local para a Organização do Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde.</p> <p>Módulo 4: Desenvolvendo e Propondo Ações de</p>	<p>Apesar do marco orientador das diretrizes propor ser apresentadas na organização curricular as formas de aprender do discente adulto, seus esquemas de assimilação, suas experiências e conhecimentos prévios, determinantes histórico-sociais e influências dos padrões culturais no processo ensino-aprendizagem sejam apresentadas na organização curricular, verifica-se que esta proposição não foi acolhida pela ETSUS, nem mesmo na apresentação do item metodologia.</p> <p>Entretanto, de acordo com as recomendações, o currículo do curso atende a estruturação modular, que por sua vez é desdobrada em unidades de ensino-aprendizagem, que incorpora o paradigma do trabalho como princípio educativo. O trecho que retrata esta organização e estruturação foi mais um recorte</p>

<p>ações de vigilância em saúde. Saber ser ético-profissional (atitudes e valores);</p> <p><b>Módulo 4:</b> baseado na articulação e na execução de ações e procedimentos da vigilância em saúde como estratégia de intervenção na situação de saúde e condições de vida da população, no território de referência. O curso de formação do técnico em vigilância em saúde deverá ser oferecido na modalidade presencial, podendo ter oferta descentralizada desde que sejam assegurados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento integral das atividades do currículo (atividades teóricas e práticas, inclusive, estágio curricular);</li> <li>• Coordenação técnica, pedagógica e administrativa da própria Escola;</li> <li>• Articulação e pactuação com os municípios de origem dos alunos quanto à liberação para participarem das atividades planejadas pela coordenação do curso;</li> <li>• Condições pertinentes ao desenvolvimento de todas as atividades do curso;</li> <li>• Atividades de dispersão em Serviço e Unidades de Trabalho (inclusive nos Serviços de origem do aluno) programadas e acompanhadas pela Escola e por trabalhadores do Serviço. Quanto ao estágio curricular supervisionado, recomenda-se que seu planejamento, programação, acompanhamento, supervisão e avaliação sejam pactuadas e definidas pela Escola junto à Unidade de Serviço onde o aluno cumprirá as atividades correspondentes à carga horária respectiva. No caso de o curso ser oferecido de forma descentralizada, as condições pertinentes ao desenvolvimento das atividades devem ser asseguradas.</li> </ul>	<p>Promoção e Proteção à Saúde, Visando a Organização das Práticas de Vigilância em Saúde.</p>	<p>originário das Diretrizes adotadas pelo MS.</p>
<p><b>3.6 APROVEITAMENTO DE CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIAS:</b></p> <p>Com base nas determinações legais (do MEC e das</p>	<p>De acordo com a Resolução CEB nº 4/1999, Art. 11, a escola poderá aproveitar conhecimentos e experiências anteriores, desde que diretamente relacionados com o perfil profissional de conclusão, adquiridos: no ensino médio; em</p>	

<p>Secretarias de Estado da Educação), cada Escola deve explicitar, no Regimento e no plano de curso, as orientações e critérios para o aproveitamento de conhecimentos e experiências anteriores dos alunos.</p>	<p>qualificações profissionais e etapas ou módulos de nível técnico concluídos em outros cursos; em cursos de educação profissional de nível básico, mediante avaliação do discente; no trabalho ou por outros meios informais, mediante avaliação do discente; reconhecidos em processos formais de certificação profissional.</p> <p>Os conhecimentos e experiências adquiridos no ensino médio e que poderão ser aproveitados, são aqueles que constituem competências gerais para o conjunto da área, bem como, aqueles que ajudarão a desenvolver competências requeridas em módulos intermediários de qualificação profissional integrantes do itinerário da habilitação profissional.</p> <p>As competências adquiridas em cursos de qualificação profissional e em etapas e módulos de outros cursos de nível técnico também deverão ter comprovação pelo histórico escolar, e, em caso de dúvida, pela avaliação do discente.</p> <p>Poderão ser aproveitadas, ainda, as competências reconhecidas por processos formais de certificação profissional, mediante comprovação de documento oficial. A dispensa, em qualquer condição, deverá ser requerida antes do início do desenvolvimento da unidade, do módulo ou do curso e em tempo hábil para ser deferida pela direção da Escola, após a devida análise por parte dos docentes e/ou banca examinadora, aos quais caberá a avaliação de competências e habilidades e a indicação de eventuais complementações e/ou nivelamento.</p>	
<p><b>3.7 AVALIAÇÃO:</b></p> <p>O plano curricular deve incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programa de avaliação da Escola e do curso;</li> </ul>	<p>A avaliação abrangerá as dimensões cognitivas, psicomotoras e atitudinais do discente considerando o seu desempenho referente aos conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e ética. Esta visão possibilitará ao docente, acompanhar de forma integrada o desenvolvimento das</p>	<p>A ETSUS aborda a proposta avaliativa, explicitando as dimensões que compete ao docente nesse processo, entretanto não explicita quais indicadores o embasarão tanto em relação às atividades teóricas quanto às práticas. Também não são destacadas a pactuação e o</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indicadores e critérios de avaliação da aprendizagem, pertinentes à natureza das atividades (teóricas e práticas);</li> <li>▪ Indicadores e critérios relativos à avaliação <b>do estágio supervisionado</b> que deve ser programada e realizada sob a coordenação da Escola em conjunto com aqueles trabalhadores das unidades de serviços com os quais o estágio foi pactuado e programado.</li> </ul>	<p>habilidades comportamentais e de conhecimento, além de atitudes éticas durante todo o processo ensino-aprendizagem. Desse modo, a escola está avançando da avaliação tradicional, para um novo paradigma, numa perspectiva de uma avaliação transformadora ao permiti-la reflexiva, processual, abrangente, participativa, negociável, democrática e libertadora.</p> <p>O processo de avaliação será considerado como parte integrante do planejamento curricular, e durante o seu desenvolvimento, se constituirá em atividade permanente, sendo observados os seguintes aspectos:</p> <p>Avaliação diagnóstica com o propósito de identificar necessidades, conhecimentos e experiências adquiridas anteriormente (conhecimentos prévios) necessárias para o desenvolvimento de novas competências e reorientar o processo;</p> <p>Avaliação formativa tem por finalidade acompanhar o progresso do discente, identificar necessidades e introduzir modificações para a melhoria do processo ensino-aprendizagem, promovendo o desenvolvimento das habilidades, atitudes e conhecimentos necessários e propiciar a autonomia do discente para que ele desempenhe um papel ativo na sua aprendizagem; Auto-avaliação, importante na construção da autonomia e responsabilidade do sujeito no processo ensino – aprendizagem (aprender a aprender). Valiosa para a motivação do discente e desenvolvimento de sua auto-estima, autoconfiança e segurança;</p> <p>Avaliação de desempenho parcial da unidade e ao final do módulo, para sistematizar, interpretar, consolidar o crescimento do discente, definindo e registrando o alcance das competências requeridas para o exercício profissional.</p> <p>Na avaliação do curso serão utilizados, no período de teoria</p>	<p>programação relacionadas aos estágios.</p> <p>A ETSUS faz referência na metodologia “aos momentos teóricos-práticos nos quais o docente e o discente desenvolve as sequencias de atividades utilizando a reflexão para aprofundar, acrescentar e sistematizar o conhecimento. Em relação ao período de prática profissional é caracterizado como momento de aplicação dos conhecimentos realizado em diferentes cenários de aprendizagem, ou seja, unidades de saúde e espaços formais ou informais da comunidade.</p>
---	--	---

	<p>como no de estágio, múltiplos mecanismos e instrumentos que possam abranger diversas facetas do aprendizado, permitindo acompanhar o avanço do discente no desempenho das atividades de acordo com as competências exigidas pelo seu perfil profissional:</p> <p>Desenvolvimento da seqüência de atividades das aulas teóricas e prática profissional, observação e análise de situações e/ou problemas de uma dada realidade;</p> <p>Reflexão sobre os aspectos discutidos e ou observados durante o processo ensino- aprendizagem;</p> <p>Provas, testes conjugados com processos de auto-avaliação;</p> <p>Entrevistas; Questionários; Pesquisas;</p> <p>Seminários; Dramatizações; Trabalhos de grupo; Estudo de casos; Fichas de avaliação do processo; Fichas de auto – avaliação.</p>	
<p><b>3.5.8 INSTALAÇÃO E EQUIPAMENTOS:</b></p> <p>Biblioteca (livros, textos, livros básicos, dicionários); acervo correspondente quantitativa e qualitativamente ao conteúdo (conhecimentos, habilidades e atitudes) proposto para o curso; vídeos, DVD, filmes; salas, mesas de estudo (individual e para Laboratórios de informática com rede (internet), máquina fotográfica digital, impressora (xerox, scanner), telefone com acesso a DDD, salas e equipamentos para videoconferência para, pelo menos, 50 pessoas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Salas de aula equipadas com televisão, DVD, multimídia, tela de projeção e quadro branco.</li> </ul> <p>Observa-se que, no caso de cursos descentralizados, a Escola deve assegurar acesso ao material bibliográfico e instrucional (inclusive à internet).</p>	<p>A Escola possui quatro (04) pavimentos onde estão distribuídos:</p> <p><b>Pavimento primeiro andar:</b> salas da diretora, da assessora e da secretária; 02 sanitários; 02 salas de aula e um auditório com capacidade para 160 pessoas; secretaria escolar;</p> <p><b>Pavimento térreo:</b> salas da coordenadora técnico-pedagógica; da coordenadora de ações estratégicas e operacionais; das gerências de projetos e pesquisa e de ensino; gerência administrativa; gerência de modernização; dos docentes; das apoiadoras; de convênios; de produção científica/GT de vigilância em saúde; de prática de odontologia; de prática de enfermagem; de suporte administrativo; de apoio de higienização/vigilância; 04 sanitários; 01 recepção; 01 central telefônica; 01 guarita; estacionamento privativo interno com 09 vagas; estacionamento privativo externo com 04 vagas;</p>	<p>O plano de curso descreve a infra-estrutura e os equipamentos disponíveis na ETSUS, porém, torna-se necessário atualizar, na próxima revisão, as informações relacionadas à infra-estrutura.</p>

	<p>estacionamento privativo anexo com 18 vagas;</p> <p><b>Pavimento 1º subsolo:</b> almoxarifado; 02 sanitários, sala de suporte em tecnologia da informação (TI); sala de reprodução de xerox; assessoria de comunicação; sala de licitação; depósito de materiais inservíveis;</p> <p><b>Pavimento 2º subsolo:</b> biblioteca; sala de patrimônio; copa.</p> <p>Tem boas condições de acesso, trafegam regularmente nesta área transporte rodoviário de diversas empresas de ônibus e linhas, próximo à Universidade Católica de Salvador.</p> <p><b>Equipamentos:</b> computadores, impressoras, scanner, projetores multimídia, máquinas fotográficas digitais, <i>notebooks</i>, mp4, televisores, telas de projeção, mesa de áudio, microfones, <i>home theater</i>, computador servidor de rede, computador servidor de dados, <i>rack</i>, roteador, aparelhos DVDs.</p> <p><b>Biblioteca:</b> acervo de livros didáticos específicos para a área do curso, registrados, catalogados, classificados e atualizados. Também tem revistas, folhetos, jornais, diários oficiais, cópias de DVDs/CDRs, registrados, catalogados e classificados.</p>	
<p><b>3.9 PESSOAL DOCENTE E TÉCNICO:</b> considerando que a multidisciplinaridade, a diversidade e a pluralidade conformam o <i>ethos</i> da vigilância em saúde, a Escola deverá dispor de professores com formação e qualificação correspondente a tal identidade. Em termos gerais, o pessoal docente compõe-se de profissionais graduados em cursos de diferentes campos do conhecimento com experiência em saúde pública e que tenham licenciatura ou capacitação pedagógica. A coordenação do curso deve ser exercida por profissionais com experiência em docência e que atendam às bases científicas, técnicas e éticas</p>	<p>Para o desenvolvimento deste plano de curso, conta-se com uma equipe gestora, técnica e administrativa.</p> <p><b>Diretor:</b> profissional de saúde de nível superior, mestre em saúde coletiva, com autorização da SEC.</p> <p><b>Vice - Diretor e Coordenador Técnico – Pedagógico:</b> profissional de saúde de nível superior, especialista em educação profissional na área de saúde, com autorização SEC.</p> <p><b>Secretária Escolar:</b> profissional de saúde de nível superior, especialista em educação profissional na área de saúde, com autorização SEC.</p>	<p>Diante das limitações enfrentadas pela ETSUS em relação ao capital intelectual que dispõe para atender as necessidades de formação no âmbito da Vigilância em Saúde, campo reconhecidamente marcado pela complexidade inerente ao processo de trabalho, sobretudo ao seu objeto, ao uso de novas tecnologias, e ao planejamento intersetorial, em conformidade com as Diretrizes e Orientações adotadas pelo MS, tem sido feitas parcerias com as vigilâncias estaduais, visando fortalecer a gestão de conhecimento no âmbito da formação dos trabalhadores que atuam na vigilância em saúde, entretanto o grupo de trabalho interinstitucional poderia tornar-se permanente, facilitando a atualização</p>

<p>requeridas pelos módulos curriculares.</p>	<p><b>Assessora Técnica da Direção:</b> profissional de saúde de nível superior, mestre em saúde coletiva</p> <p><b>Coordenador de Ações Estratégicas e Desenvolvimento Institucional</b> - profissional de saúde de nível superior, mestre em saúde coletiva.</p> <p><b>Gerente Administrativo e Financeiro:</b> profissional da área administrativa de nível superior, especialista em administração de serviços.</p> <p><b>Gerente de Projetos e Pesquisa:</b> profissional de saúde de nível superior, mestre em saúde comunitária com ênfase em epidemiologia.</p> <p><b>Gerente de Ensino:</b> profissional de saúde de nível superior.</p> <p><b>Gerente de Modernização Técnico Administrativa:</b> profissional com graduação em sistemas de informação, de nível superior.</p> <p><b>Bibliotecária:</b> profissional com formação em biblioteconomia.</p> <p><b>Docentes Técnicos:</b> profissionais de saúde de nível superior, enfermeiros, cirurgiões – dentistas e nutricionistas, responsáveis pela coordenação da elaboração dos guias curriculares e outras atividades inerentes ao desenvolvimento dos cursos.</p> <p><b>Apoiadores Técnicos:</b> profissionais de saúde de nível superior, enfermeiros, cirurgiões - dentistas e assistentes sociais, mestre e mestrandas, especialistas em educação profissional na área da saúde, com aperfeiçoamento e capacitação técnico-pedagógica para assessoria e coordenação da execução curricular descentralizada desenvolvidos nas unidades de produção de serviços de saúde nos diversos municípios do estado.</p> <p><b>Coordenadores Locais:</b> profissionais de saúde de nível</p>	<p>do material didático e fortalecendo a cultura de VISAU na ETSUS.</p> <p>Na perspectiva, de fortalecimento da gestão de conhecimento, a ETSUS realizou Seleção Pública para docentes da Superintendência de Proteção à Saúde/ Diretoria de Vigilância Epidemiológica e Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental, sendo adotado um barema no processo avaliativo.</p>
---	---	---

	<p>superior, com capacitação técnico - pedagógica, que fará a coordenação do curso em nível de município. Sua função além da docência, será apoiar os docentes no planejamento das atividades teóricas, práticas e de prática profissional, avaliação do aprendizado, acompanhamento de frequência, organização das atividades de recuperação, proposição de novas atividades pedagógicas, quando necessário, e organização dos impressos do curso para encaminhamento à EFTS.</p> <p><b>Docentes:</b> profissionais de saúde de nível superior que atuam no SUS, com capacitação técnico - pedagógica para a metodologia proposta, onde 19 estão lotados na EFTS com especialização em formação de docentes em educação profissional técnica na área de saúde e outros lotados nas unidades de produção de serviços de saúde quando solicitados para o desenvolvimento de cursos nos municípios. Sua função é a docência tanto na teoria e prática como na prática profissional além do registro das atividades desenvolvidas.</p>	
<p><b>3.10 MATERIAL DIDÁTICO</b></p> <p>A coordenação e o pessoal docente dos cursos deverão selecionar e indicar material didático pertinente ao desenvolvimento das atividades do currículo (livros, textos, vídeos, documentos, entre outros) a serem disponibilizados na biblioteca em quantidade suficiente para uso e consulta dos alunos do curso</p>	<p>A Escola disponibilizará um guia curricular composto de sequência de atividades para os discentes e o docente que orientam o desenvolvimento dos conhecimentos a serem adquiridos por meio de estratégias pedagógicas tais como: chuva de idéias, debates, construção de painéis e cartazes, apresentação de vídeos e músicas, estudo dirigido (análise de casos), dramatizações, demonstrações práticas e simulações, articulação com os serviços e a comunidade através de feiras de saúde e outros, além da fundamentação teórica através de textos de apoio e visitas na comunidade e em instituições de saúde.</p> <p>A coordenação técnico - pedagógica, a coordenação local e os docentes do curso Técnico em Vigilância em Saúde, selecionarão e indicarão outros materiais didáticos pertinentes ao desenvolvimento das atividades didático-pedagógicas do currículo (livros, textos, documentos, vídeos</p>	<p>Faz referência à disponibilização de materiais didáticos a serem utilizados pelos discentes no decorrer do curso, porém não especifica a quantidade de livros e publicações do acervo da biblioteca.</p> <p>Não foram especificados alguns tipos de materiais, sem referências quantitativas e qualitativas dos mesmos, sejam da biblioteca, laboratório de informática, salas de aula.</p> <p>Para os cursos descentralizados, também não foi assegurada a contrapartida da ETSUS, como acesso ao material bibliográfico e instrucional (inclusive à internet) e outros.</p>

	e outros) a serem disponibilizados pela biblioteca da escola e outras instituições.	
<p><b>3.11 DIPLOMA:</b></p> <p>O aluno aprovado em todas as atividades do plano curricular receberá o histórico escolar e o respectivo diploma de técnico em vigilância em saúde, no qual devem constar os termos e as informações exigidas pelo sistema educacional.</p>	<p>Os concluintes dos Módulos I, II, III e IV, receberão o Diploma de Habilitação Profissional de Técnico em Vigilância em Saúde.</p> <p>A expedição do diploma do discente só poderá ser efetuada quando este comprovar a conclusão do ensino médio.</p>	<p>Na descrição do diploma não foi feita referência ao histórico escolar e aos termos e as informações exigidas pelo sistema educacional.</p>

A ETSUS após o desenvolvimento do curso no município de Salvador, reorientou a organização curricular aproximando-a das Diretrizes e Orientações Curriculares, entretando, nessa perspectiva, recomenda-se uma revisão abrangente do plano de curso, sobretudo da justificativa que precisa aliar à descrição do cenário epidemiológico do contexto histórico, econômico, social e político à medida que os problemas de saúde precisam ser relacionados a sua determinação social. A justificativa deve contemplar aspectos relevantes, sendo imprescindível contextualizar a necessidade social e política do curso para retratar a situação e o contexto da área da vigilância em saúde (VS), em âmbito nacional, regional e local, revendo as demandas de formação junto as áreas técnicas que integram a SUVISA, considerando os desafios, decorrentes da estruturação das redes de atenção à saúde, sobretudo relacionados à distribuição de pessoal e ao planejamento intersetorial das ações.

O decreto concomitantemente a apreensão dos conteúdos históricos do trabalho pelos trabalhadores da VISAU, determinados pelo modo de produção, possibilita a compreensão das relações sociais e as condições de exploração do trabalho humano, assim como de sua relação com o modo de ser da educação. Compreensão esta indispensável à luta pela superação da alienação e construção de um novo tipo de sociedade.

Além da reorientação da organização curricular, a ETSUS substituiu o estágio pela prática profissional, entretanto é recomendável explicitar um conceito de prática profissional, evitando entendimentos divergentes por parte de coordenadores e docentes, que poderiam comprometer a qualidade da relação entre teoria e prática nos diversos espaços de aprendizagem descentralizados do SUS. Portanto, recomendável que seja adotado um conceito de prática profissional e que sejam definidas as formas de operacionalização.

Em relação ao perfil de conclusão, há necessidade de analisá-lo à luz do que preconiza o modelo de vigilância em saúde na contemporaneidade, considerando a complexidade e abrangência do processo de trabalho da vigilância e tomando como referência para o processo de trabalho do TECVISAU o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos e a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Torna-se necessário que essa análise seja feita coletivamente, incorporando as contribuições das entidades representativas dos trabalhadores que atuam na VISAU, das áreas técnicas e das coordenações das secretarias municipais de saúde, à medida que definem a identidade a ser construída por esses trabalhadores, implicando na dimensão ética e técnico-operacional.

Após o desenvolvimento do projeto piloto ocorreram algumas mudanças no plano do CTVISAU relacionadas a substituição do estágio pela prática profissional e a organização curricular adotada pela ETSUS aproximou-se das Diretrizes e Orientações Curriculares preconizadas pelo Ministério da Saúde, entretanto é necessário problematizar coletivamente, no cotidiano, a finalidade dos conteúdos eleitos, considerando, os pressupostos epistemológicos que norteiam a organização de um currículo específico.

Por outro lado, a dimensão histórica do trabalho do TECVISAU, contribui efetivamente para que o trabalhador entenda as bases científicas, tecnológicas e culturais sobre as quais se assentam o processo de produção e supere gradativamente a alienação que marca o processo de trabalho taylorista-fordista que predomina na VISAU.

**QUADRO IV - MATRIZ CURRICULAR DO CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

	<b>Carga Horária</b>		
<b>Módulo I</b>	<b>Teórico – Prática</b>	<b>Prática Profissional</b>	<b>Total</b>
<b>Compreendendo o Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde</b>	260	-	260
<b>Subtotal Módulo I</b>	<b>260</b>	-	<b>260</b>
	<b>Carga Horária</b>		
<b>Módulo II</b>	<b>Teórico – Prática</b>	<b>Prática Profissional</b>	<b>Total</b>
<b>(Re) conhecendo o Território como Espaço da Produção Social da Saúde</b>	260		260
<b>Subtotal Módulo II</b>	<b>260</b>		<b>260</b>
	<b>Carga Horária</b>		
<b>Módulo III</b>	<b>Teórico – Prática</b>	<b>Prática Profissional</b>	<b>Total</b>
<b>Conhecendo as Políticas de Saúde e Participando do Planejamento Local para a Organização do Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde</b>	300		300
<b>Subtotal Módulo III</b>	<b>300</b>		<b>300</b>
	<b>Carga Horária</b>		
<b>Módulo IV</b>	<b>Teórico – Prática</b>	<b>Prática Profissional</b>	<b>Total</b>
<b>Desenvolvendo e Propondo Ações de Promoção e Proteção à Saúde, Visando a Organização das Práticas de Vigilância em Saúde</b>	480	100	580
<b>Subtotal Módulo IV</b>	<b>480</b>	<b>100</b>	<b>580</b>
<b>Total de Carga Horária dos Módulos</b>	<b>1200</b>	<b>100</b>	<b>1300</b>

O curso técnico de vigilância em saúde foi estruturado para que o discente desenvolvesse competências ao longo do processo formativo. Inicialmente competências comuns aos demais profissionais técnicos da área da saúde, pautadas nas orientações da Resolução CEB/CNE nº. 04/99, (BRASIL, 1999), que as define como capacidade de:

- Identificar os determinantes e os condicionantes do processo saúde/doença;
- Identificar a estrutura e organização do sistema de saúde vigente;
- Identificar funções e responsabilidades dos membros da equipe de trabalho;
- Planejar e Organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade;
- Realizar trabalho em equipe, correlacionando conhecimentos de várias disciplinas ou ciências, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área;
- Aplicar as normas de biossegurança;
- Aplicar princípios e normas de higiene e saúde pessoal e ambiental;
- Interpretar e aplicar a legislação referente aos direitos do usuário;
- Identificar e aplicar princípios e normas de conservação de recursos não renováveis e de preservação do meio ambiente;
- Aplicar princípios ergonômicos na realização do trabalho;
- Avaliar riscos de iatrogenias, ao executar procedimentos técnicos;
- Interpretar e aplicar normas do exercício profissional e princípios éticos que regem a conduta do profissional de saúde;
- Identificar e avaliar rotinas, protocolos de trabalho, instalações e equipamentos;
- Operar equipamentos próprios do campo de atuação, zelando pela sua manutenção;
- Registrar ocorrências e serviços prestados de acordo com exigências do campo de atuação;
- Prestar informações ao cliente no sistema de saúde e outros profissionais sobre os serviços que tenham sido prestados;
- Orientar clientes ou pacientes a assumirem, com autonomia, a própria saúde;
- Coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação;
- Utilizar recursos e ferramentas de informática, específicos da área;
- Realizar primeiros socorros em situação de emergência.

É importante considerar que o técnico em vigilância em saúde ainda não é reconhecido como profissão de saúde pelo Ministério de Trabalho e Emprego (MTE) e não está incluído na Classificação Brasileira de Ocupação (CBO).

Ainda que o novo paradigma produtivo demande trabalhadores com capacidade para executar diversas tarefas que utilizam graus crescentes de flexibilidade, interdisciplinaridade, autonomia e criatividade, relacionadas com a reorganização do processo de trabalho, o que se requer é que eles sejam, sobretudo, multifuncionais, continuando a maioria refém de tarefas repetitivas e desprovidas de ligação com o processo de produção de uma subjetividade mais plena (VIEIRA, CHINELLI, 2013).

A questão da qualificação para Machado (*apud* Batistella, 2011, p.372) é reconhecida como importante no âmbito dos processos formativos, considerando os vários aspectos que a envolvem,

seja como objetivo teleológico, seja como “elemento de mediação de práticas pedagógicas e das relações de trabalho”. Ao permitir a inclusão de trajetórias individuais e coletivas dos trabalhadores na análise das relações de trabalho e emprego, ela se coloca como uma dimensão importante na definição de coletivos, vale dizer de identidades e interesses em grupos sociais específicos (MACHADO *apud* BATISTELLA, 2011, p.372).

A qualificação depende, portanto, de condições objetivas e da disposição subjetiva, através da qual os trabalhadores, como sujeitos ativos, constroem e reconstróem sua profissionalidade, na luta pelo seu reconhecimento, na efetivação de seu poder (VILLAVICENCIO *apud* Batistela, 2011).

Batistella (2011, p.373) enfatiza que “a construção e o compartilhamento de saberes, capacidades, valores e condutas mediadas pela qualificação do trabalho, convergem para um processo de construção social das identidades”.

### **3.2.2 Análise do conteúdo do Plano Curricular do CTVISAU-ETSUS-BA pelas categorias selecionadas no referencial teórico.**

De acordo com Bardin (2011, p.147), a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos. O critério de categorização pode ser

semântico, sintático (os verbos, os adjetivos), léxico (classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e dos sentidos próximos) e expressivo (categorias que classificam as diversas perturbações da linguagem).

Um conjunto de categorias deve possuir as seguintes qualidades: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e a produtividade. Buscou-se escolher categorias que atendam as qualidades requeridas pela análise de conteúdo embasada no critério léxico. No campo da educação profissional foram eleitas as categorias de formação e qualificação profissional considerando sua relevância no debate contemporâneo. Em relação às categoriais de análise do campo da vigilância em saúde **território** representa uma categoria fundamental à medida que norteia o diagnóstico dos problemas de saúde e o planejamento das ações que propiciem a produção social da saúde, participação social e trabalho em equipe, que consistem em pilares da vigilância em saúde.

**QUADRO V - PLANO DE CURSO TECVISAU DA ETSUS-BA**

<b>EDUCAÇÃO PROFISSIONAL</b>		
<b>F O R M A Ç Ã O</b>	<p>Ao se verificar a história da educação profissional, no que tange aos profissionais de nível médio da saúde, pode-se observar a <i>ausência da formação desses trabalhadores</i>, assim como a contratação dos mesmos durante muitos anos para trabalhar <i>sem formação específica</i>, o que acarretava em prejuízos para a população, colocando em risco a sua vida, e a do trabalhador, que não era devidamente reconhecido. Diante disso um grande esforço vem sendo feito, pelo Ministério da Saúde, governos estaduais e municipais para reverter esse quadro.</p>	<p>Infere-se que a ausência de formação corresponde à falta de qualificação do trabalhador para desenvolver as atribuições relacionadas a função exercida. Nesse sentido, a falta de formação específica, corresponde a falta de qualificação do trabalhador e do posto, culminando em práticas de saúde inadequadas que aumentam os riscos à saúde.</p>
	<p>(...) Esse quadro demonstra a importância da realização da <i>formação desses trabalhadores</i>, tendo em vista a melhoria da atenção à saúde da população baiana.</p>	<p>O cenário epidemiológico aponta para a relevância da formação técnica dos trabalhadores da VISAU.</p>
	<p>A <i>formação dos trabalhadores do SUS</i> constitui-se numa estratégia para o desenvolvimento de ações integrais e efetivas que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de risco e agravos da população.</p>	
	<p>A afirmativa acima indica claramente a necessidade de superar o enfoque tradicional de <b>formação profissional</b> baseado exclusivamente no treinamento de pessoas para executar determinado conjunto de procedimentos. Ainda segundo o referido parecer (CNE/ CEB nº 16/ 99), a educação profissional técnica requer, além do domínio operacional de um determinado fazer, a compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões.</p>	<p>A formação profissional assume o sentido de qualificação, à medida que historicamente a qualificação restringia-se a meros treinamentos fragmentados e descontextualizados, pautados no tecnicismo, que não permitiam que o trabalhador/ educando compreendesse os princípios científicos que fundamentam as técnicas e o processo de trabalho era destituído de historicidade, portanto, as contradições da própria práxis não eram apreendidas e nem superadas.</p>
	<p>A <i>formação dos trabalhadores</i> do SUS constitui-se numa estratégia para o desenvolvimento de ações integrais e efetivas que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de riscos e agravos da população.</p>	<p>A formação adquire o sentido de meio que possibilita a construção de práticas de saúde pautadas na integralidade, portanto possibilitando que todas as necessidades de saúde sejam atendidas e que seja propiciada qualidade de vida.</p>

	<p>A Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (ET-SUS/Bahia), unidade da SESAB, vinculada a SUPERH, responsável pela <b>formação dos profissionais</b> de nível médio da saúde do Estado vem trabalhando de forma articulada com parceiros intra e interinstitucionais comprometidos com o SUS. Essas parcerias têm sido fundamentais para o desenvolvimento dos cursos, que ocorrem por meio de execução curricular descentralizada (....).</p>	<p>A formação aparece como um processo amplo que envolve todos os processos educativos que possibilitam ao indivíduo, construir conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços e que não se restringem a escola e ao trabalho. Portanto, esse processo permite que as experiências desenvolvidas nos espaços informais de aprendizagem sejam incorporadas à práxis cotidiana, considerando que a formação é um fenômeno experiencial e que se constitui a partir da aprendizagem significativa, ou seja que tenha sentido para o educando.</p>
	<p>(....) Sendo assim a maior parte dos seus cursos ocorre no próprio serviço, garantindo ao trabalhador sua <b>formação</b>.</p>	<p>Formação assume o sentido de qualificação, correspondendo ao desenvolvimento das habilidades requeridas e conhecimentos imprescindíveis ao processo de trabalho do TECVISAU.</p>
	<p>A ET-SUS/Bahia estará desenvolvendo a <b>Formação Profissional do Técnico em Vigilância em Saúde</b> por meio de recursos financeiros do Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), através do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS).</p>	<p>A formação representa um processo abrangente, que engloba conhecimentos e habilidades, e que extrapola o contexto do trabalho da VISAU, incorporando vivências.</p>
	<p>A adoção do modelo de competência como referencial para a formulação do plano curricular dos cursos de <b>formação profissional</b> de técnicos de nível médio para a área da saúde, como vem sendo indicado pelo DEGES/SGTES/MS, está apoiada no conceito de competências de Zarifian por possibilitar e permitir que a abrangência e a transversalidade das múltiplas dimensões do trabalho em saúde sejam contempladas (BRASIL, 2011, p. 23)</p>	<p>Faz-se referência à formação à medida que se respalda no conceito de competência de Zarifian, incorporado desde o PROFAE, e que reconhece que o trabalho tem uma forte dose de imprevisibilidade.</p>
	<p>Portanto, para o enfrentamento dessa situação preocupante (incidência alta de endemias), há uma necessidade de <b>qualificação</b> dos profissionais de Vigilância em Saúde, aliada a outras ações intra e intersetoriais, além da participação efetiva da população.</p>	<p>Entende-se que a qualificação do trabalhador é requerida pelos desafios enfrentados no cotidiano, dentre os quais o cenário epidemiológico, que coloca novas demandas para o trabalhador e o posto que ele ocupa na VISAU.</p>

<p>Q U</p>	<p>Dados obtidos pela Diretoria de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental (DIVISA), unidade da SESAB, revelam que no ano de 2010, a Bahia apresentava 1.013 trabalhadores de nível médio sem a <b>habilitação profissional</b> específica atuando nas equipes municipais de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental.</p>	<p>Os trabalhadores da DIVISA, sem habilitação profissional, não tiveram a qualificação requerida para o desempenho de suas atribuições, portanto não desenvolveram as habilidades e nem adquiriu os conhecimentos necessários para o processo de trabalho que realiza.</p>
<p>A L I F</p>	<p>Portanto, pretende-se com essa <b>habilitação</b>, por meio dos conhecimentos teórico-práticos bem como dos estágios supervisionados a ser desenvolvidos, subsidiar o processo de trabalho dessas equipes locais, buscando a ampliação de conhecimento, a socialização de conceitos e integração de procedimentos, com vistas a contribuir para reorganização dos sistemas municipais de vigilância e para transformação das práticas de saúde, mediante a interação dos profissionais envolvidos na atenção primária e na vigilância da saúde no Estado da Bahia.</p>	<p>A ETSUS, refere-se à qualificação que propiciará a habilitação do trabalhador da VISAU, mediante a articulação teoria-prática e estágios e o apoio ao processo de trabalho das equipes locais, busca contribuir para a organização dos sistemas municipais de vigilância e através da mudança das práticas de saúde.</p>
<p>I C A</p>	<p><b>Habilitar</b> em Técnico em Vigilância em Saúde, Eixo Tecnológico: Ambiente, Saúde e Segurança, Educação Profissional Técnica de Nível Médio, o trabalhador da rede do SUS – BA e pessoas da comunidade mediante seleção pública, a fim de contribuir para o fortalecimento e ampliação da qualidade de resposta do setor saúde às necessidades da população.</p>	<p>Correlaciona a habilitação à seleção pública.</p>
<p>Ç Ã</p>	<p>O Curso de Técnico em Vigilância em Saúde é destinado aos trabalhadores, do SUS, que exercem atividades ou funções relacionadas com a <b>habilitação</b> pretendida, com idade mínima de 18 anos e que tenham concluído o ensino médio ou estejam cursando a última série deste nível de ensino ou Aceleração III.</p>	<p>Faz referência a intrerrelação entre o CTVISAU e as funções desenvolvidas, idade e exigência de escolaridade.</p>
<p>O</p>	<p>O Técnico em Vigilância em Saúde é um profissional técnico, com educação básica de nível médio, cuja <b>habilitação</b> está legalmente estabelecida no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do Ministério da Educação (BRASIL, 2012).</p>	

## VIGILÂNCIA EM SAÚDE

<b>T E R R I T Ó R I O</b>	<p>Esse currículo está estruturado em módulos, considerando o trabalho como princípio educativo, e unidades de ensino-aprendizagem que permite a articulação de bases e fundamentos essenciais para a formação do TECVISAU, meios e equipamentos de trabalho em vigilância em saúde, território / área de abrangência, determinantes e condicionantes sociais e econômicos e condições de vida e saúde da população (história, referências demográficas, social, política e cultural da população e do território), políticas de planejamento e organização da atenção à saúde no território; o SNVS, o SINAUSA; medidas de intervenção e execução, de ações e procedimentos em situações de risco, agravos e eventos adversos, queixa técnica.</p>	<p>Inicialmente o território é abordado no currículo como área de abrangência, assumindo uma concepção meramente geográfica, considerada restrita, portanto incompatível com o diagnóstico e o planejamento desenvolvido pela VISAU à medida que o processo de apropriação do território exige que o TECVISAU sistematize informações acerca dos seus aspectos históricos, sociais, culturais, políticos para planejar ações que possam contribuir efetivamente para a produção da qualidade de vida da população.</p> <p>Posteriormente aproxima-se do conceito de território adotado na VISAU, sistematizado por Monken e Gondim, dentre outros estudiosos, ao fazer referência à necessidade de conhecer os determinantes e condicionantes sociais e econômicos e as condições de vida.</p> <p>A categoria território foi identificada em várias partes do plano de curso e também interpretada a partir de termos correlatos, dentre os quais, comunidade, domicílios, espaços da comunidade, meio ambiente, área de abrangência. A VISAU tem como referência o território natural ou construído e a análise dessa categoria pode ser realizada quando são mencionados os espaços sociais onde o trabalho da vigilância em saúde é desenvolvido. Apesar dessas citações, não foi identificado no plano do CTVISAU um conceito de território que incorporasse, além das características geográficas e geológicas, as relações sociais e relações de poder exercidas no cotidiano e que precisam ser interpretadas no processo de apropriação do território.</p> <p>A categoria território foi identificada na segunda competência específica do técnico em vigilância em saúde, portanto no saber saber (território de referência); no título da terceira competência (outras áreas do território), e no saber fazer (território de referência). Nesses conteúdos, o território representa um lugar estático sem haver o reconhecimento da participação direta da população nas ações de vigilância em saúde com possibilidade de modificá-lo.</p> <p>Na organização curricular, o território passa a ter participação no contexto ao conter características sócio-culturais, deixando de ser um local onde apenas os fatos acontecem; e passam a constituir base e fundamento essenciais para a</p>
--	---	---

		<p>formação do técnico em vigilância em saúde (território/área de abrangência, história do território, planejamento e organização da atenção à saúde no território). Posteriormente o território se expressa novamente com o sentido restrito de lugar onde os fatos acontecem.</p> <p>Na organização de conteúdos, do módulo I o território aparece ao referir-se “redes sociais do território de referência”, no módulo II, no título do item 1 (produção social da saúde), não diz muito sobre o que deve ser compreendido.</p> <p>O plano de curso, ao fazer referência a “espaço, lugar, território e sociedade”, indica a possibilidade de construção de um conceito de território.</p> <p>Predomina no plano do CTVISAU uma concepção restrita de território que corresponde a um lugar onde os fatos sociais ocorrem, sem haver o reconhecimento de suas potencialidades no âmbito da VISAU. a importância da participação social pela população.</p> <p>Na figura 2 (Módulos que compõem a estrutura curricular), o território está presente no título do módulo II “Re-conhecendo o território como espaço da Produção Social da Saúde”, que se repete na matriz curricular, na organização dos conteúdos. Nas mensagens mencionadas percebe-se que está presente no documento um conceito de território com proximidade ao sistematizado por Monken, Gondim, dentre outros estudiosos.</p> <p>Entretanto, apesar dessas diversificadas citações, no conteúdo do plano de curso não foi introduzido um conceito de território que reconhecesse as características geográficas e geológicas e que incorporasse as relações de poder exercidas em determinado local que possibilitasse um entendimento histórico acerca do território.</p> <p>Na organização curricular, o território passa a ter participação no contexto ao conter características sócio-culturais, deixando de ser meramente um local onde apenas vai acontecer algo e ao se constituir base e fundamento essenciais para a formação do técnico em vigilância em saúde (território/área de abrangência, história do território, planejamento e organização da atenção à saúde no território).</p>
--	--	--

<p><b>P</b></p> <p><b>R</b></p> <p><b>O</b></p> <p><b>B</b></p> <p><b>L</b></p> <p><b>E</b></p> <p><b>M</b></p> <p><b>A</b></p> <p><b>S</b></p> <p><b>D</b></p> <p><b>E</b></p> <p><b>S</b></p> <p><b>A</b></p> <p><b>Ú</b></p> <p><b>D</b></p> <p><b>E</b></p>	<p>Sensível a importância de sua conscientização sobre os problemas da realidade, estará apto a desenvolver práticas que se contrapondo à mera reprodução de procedimentos técnicos e de ações fragmentadas priorizará a atenção à saúde e não à doença, destacando como fatores relevantes, a vigilância da saúde e a inter-relação dos determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais no processo saúde-doença.</p> <p>Reconhecer-se como sujeito-profissional do processo de transformação da realidade e gerador de mudanças junto à clientela atendida é outro perfil necessário a este trabalhador de saúde para que possa romper ou lidar com as iniquidades, legado de uma prática de saúde subordinada, muitas vezes, a interesses que não são do coletivo.</p>	<p>Infere-se que os problemas da realidade correspondem aos problemas relacionados as precárias condições de vida e saúde que afetam a população e sobre os quais compete ao TECVISAU intervir, entretanto suas intervenções não devem se restringir a aspectos meramente técnicos, exigindo ações que possam intervir nos diversos determinantes identificados no território e contribuam efetivamente para a promoção da qualidade de vida da população.</p> <p>Embora o conceito de saúde não esteja expresso textualmente, foram identificados elementos que o estruturam. A justificativa do plano de curso, retrata problemas de saúde relacionados ao funcionamento do sistema de saúde; expõe o panorama de problemas do estado de saúde da população, neste caso a incidência de algumas doenças no estado e municípios. Em parágrafos posteriores o problema diz respeito a falta de qualificação e formação dos profissionais para enfrentamento das doenças e ,em seguida, o enfoque nas doenças é repetido.</p> <p>Os pontos expostos, são compatíveis com o conceito de problemas de saúde elaborado por Villasboas, apesar de ter sido atribuído maior relevância à apresentação do perfil epidemiológico, portanto as doenças.</p> <p>Quando o termo "problema de saúde" está parcialmente escrito no texto ou está presente como complemento de uma frase ou oração, sem que a mensagem traga maior informação conceitual sobre ele, como: na descrição do perfil profissional de conclusão, que cita os "problemas da realidade", sem no entanto ampliar o discurso; o mesmo acontece na página 22, quando é explicitado o saber ser das competências específicas do técnico em vigilância em saúde, onde se lê "problemas identificados"; na mesma página, no título organização curricular, encontra-se a redação."As relações entre trabalho e ensino, entre os problemas e suas possibilidades de solução...", que também não agrega valor conceitual à categoria analisada.</p>
---	---	--

<p>P A R T I C I P A Ç Ã O</p>	<p>O Técnico de Vigilância em Saúde deverá ter inserção participativa na sociedade com atuação profissional criativa, e, especialmente, mais acolhedora e comprometida com as pessoas, incorporando a dimensão da comunicação e percepção das necessidades do outro para ampliar o conhecimento sobre a população, visando uma assistência integral.</p> <p>Enfim, a atuação deste profissional será co-responsável pela saúde da população e pela prevenção e controle do meio ambiente de sua área de abrangência, estando comprometida com a participação social, autonomia da população em relação a própria saúde e preservação do meio ambiente, pautando-se em atitudes humanizadas, na ética, no respeito à diversidade cultural, na solidariedade e na responsabilidade social, em um compromisso político com a melhoria da qualidade de vida da população local e da sociedade brasileira.</p>	<p>A participação é considerada inerente à atuação do TECVISAU, entretanto foi destituída de seu conteúdo político à medida que foi associada a capacidade de acolhimento, de escuta qualificada e de comunicação com a população, que são habilidades que podem contribuir para o estímulo à participação social. Nesse contexto, a participação não assumiu a dimensão política que implica no desenvolvimento de estratégias de articulação e mobilização social necessárias para implementar ações intersetoriais, contribuindo efetivamente para a produção social da saúde no território e superação das iniquidades.</p> <p>Posteriormente a participação assume uma dimensão política à medida que está estritamente relacionada à autonomia da população e à convivência democrática com a diversidade.</p> <p>A identidade do técnico de vigilância está circunscrita ao trabalho de equipe, portanto as relações de trabalho que constrói no cotidiano e ao processo de organização da atenção básica, enquanto porta de entrada do sistema de saúde, e ao papel estratégico que assume em relação ao vínculo da comunidade com o serviço de saúde. A identidade também está relacionada ao processo de trabalho que o técnico de vigilância realiza, através de um conjunto de ações preventivas e de promoção à saúde da comunidade. Nesse sentido, a identidade está atrelada às suas competências gerais e específicas. A identidade se constituiu portanto, a partir do trabalho de equipe e do trabalho no território. A práxis nos espaços comunitários propicia a constituição de uma identidade particular no processo de produção da saúde.</p>
<p>T R A B</p>	<p>Deverá também atuar em conjunto com outros trabalhadores da saúde, imprimindo em sua prática a referência do mundo do trabalho e apropriando-se de outros saberes em busca de uma integração multidisciplinar na perspectiva de concretizar as diretrizes do SUS.</p> <p>No perfil de conclusão, buscando-se garantir a integralidade das ações, as competências estão ainda vinculadas à natureza das ações de baixa e média complexidade executadas por este profissional, sendo elas administrativa; técnico-operacional específica; técnico-operacional complementar ao trabalho de outros profissionais, trabalhadores e serviços de saúde; técnico-</p>	<p>Ao referir-se à atuação em conjunto com outros trabalhadores da saúde, aproxima-se do conceito de trabalho em equipe multiprofissional elaborado por Peduzzi (2009, p.423).</p> <p>Na justificativa do plano de curso são feitas referências às equipes locais, equipes municipais de vigilância sanitária e saúde ambiental, equipes multidisciplinares e equipes locais, assim como a interação dos profissionais envolvidos na atenção primária e na vigilância da saúde e essas denominações estão estritamente relacionadas com a categoria analisada. Os conteúdos, porém, não possibilitam a compreensão dos significados de equipe</p>

<p>A L H O  E M  E Q U I P E</p>	<p>operacional compartilhadas com outros profissionais, trabalhadores e serviços de saúde e educativa e de comunicação, segundo os contextos onde é desenvolvido o processo de trabalho do TECVISAU.</p>	<p>multiprofissional, e menos ainda, trabalho de equipe multiprofissional;</p> <p>O plano de curso aborda o trabalho em equipe especificando as ações que são da competência do TECVISAU, entretanto não faz referência aos componentes do trabalho de equipe e portanto, não incorpora um conceito de trabalho em equipe.</p> <p>O plano de curso deveria correlacionar o trabalho em equipe com a proposta de integração da Vigilância com a Atenção Básica que implica em um planejamento integrado, à medida que as equipes compartilham do território tanto no diagnóstico das condições de vida e saúde, quanto no planejamento de ações que promovam a saúde. As atividades que desenvolvem são comuns ou complementares.</p> <p>A identidade do técnico de vigilância está circunscrita ao trabalho de equipe, portanto as relações de trabalho que constrói no cotidiano e ao processo de organização da atenção básica, enquanto porta de entrada do sistema de saúde, e ao papel estratégico que assume em relação ao vínculo da comunidade com o serviço de saúde. A identidade também está relacionada ao processo de trabalho que o técnico de vigilância realiza, através de um conjunto de ações preventivas e de promoção à saúde da comunidade. Nesse sentido, a identidade está atrelada as suas competências gerais e específicas. A identidade se constituiu portanto, a partir do trabalho de equipe e do trabalho no território. A práxis nos espaços comunitários propicia a constituição de uma identidade particular no processo de produção da saúde.</p> <p>Entretanto não há elementos no plano do CTVISAU que apontem para a valorização das trajetórias dos trabalhadores, exceto no aproveitamento de estudos.</p>
<p>I</p>	<p>Como técnico integrará uma equipe multiprofissional nos serviços de saúde, desempenhando papel fundamental na organização da atenção básica e da vigilância da saúde, por se constituir como elo entre a comunidade e os serviços de saúde.</p>	<p>A identidade do técnico de vigilância está circunscrita ao trabalho de equipe, portanto as relações de trabalho que constrói no cotidiano e ao processo de organização da atenção básica, enquanto porta de entrada do sistema de saúde, e ao papel estratégico que assume em relação ao vínculo da comunidade com</p>

<b>D E N T I D A D E</b>	<p>Para que este papel seja efetivo, seu desempenho, balizado pela realidade do exercício profissional e requerido pelo trabalho em saúde, envolverá ações de promoção e proteção da saúde, prevenção e controle dos agravos e doenças, sejam nos domicílios ou nos demais espaços da comunidade, a partir de um núcleo de competências gerais da área da saúde e de competências específicas da habilitação de Técnico em Vigilância em Saúde, definidas com base em eixos estruturantes como: organização e gestão do processo de trabalho da vigilância em saúde; execução de ações e procedimentos técnico-operacionais; educação e comunicação (BRASIL, 2011, p. 26).</p> <p>No perfil de conclusão, buscando garantir a integralidade das ações, as competências estão ainda vinculadas à natureza das ações de baixa e média complexidade executadas por este profissional, sendo elas: administrativa; técnico-operacional específica; técnico-operacional complementar ao trabalho de outros profissionais, trabalhadores e serviços de saúde; técnico-operacional compartilhadas com outros profissionais, trabalhadores e serviços de saúde e educativa e de comunicação, segundo os contextos onde é desenvolvido o processo de trabalho do Técnico em Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011, p. 26).</p>	<p>o serviço de saúde.</p> <p>A identidade também está relacionada ao processo de trabalho que o técnico de vigilância realiza, através de um conjunto de ações preventivas e de promoção à saúde da comunidade. Nesse sentido, a identidade está atrelada às suas competências gerais e específicas. A identidade se constituiu portanto, a partir do trabalho de equipe e do trabalho no território. A práxis nos espaços comunitários propicia a constituição de uma identidade particular no processo de produção da saúde.</p> <p>Entretanto não há elementos no plano do CTVISAU que apontem para a valorização das trajetórias dos trabalhadores, exceto no aproveitamento de estudos.</p>
--	---	---

Embora no plano de curso, a ETSUS-Ba se refira tanto à qualificação quanto à formação, presume-se que o curso se constitui em uma proposta de formação de trabalhadores da VISAU, a partir do reconhecimento dos desafios enfrentados pela VISAU, na atualidade, e o compromisso em potencializar as ações no contexto do SNVS e SINAVISA.

A ETSUS compreende que a oferta fragmentada de cursos não tem contribuído para o fortalecimento do modelo de vigilância, exigindo uma formação técnica pautada nas necessidades de saúde da população.

O conceito **de território** adotado no plano de curso extrapola a dimensão geográfica, porém não incorpora as dimensões sociais e políticas relacionadas respectivamente às relações sociais e relações de poder que o integram, portanto é incompatível com a VISAU. O território na VISAU se constitui a base para o planejamento intersetorial das ações desenvolvidas exigindo o conhecimento da sua história, das relações sociais, das relações de poder e dos seus aspectos culturais e econômicos, visando apreender sua dinâmica. As ações precisam ser compatíveis com as necessidades de saúde identificadas e aos contextos nos quais surgem.

Os problemas de saúde precisam ser abordados a partir da integração dos enfoques epidemiológico e social à medida que privilegiar o primeiro, desconsiderando o segundo, leva a reducionismos incompatíveis com a proposta de produção social da saúde, preconizada pela VISAU, à medida que não reconhece sua determinação social. Portanto, recomenda-se que o enfoque social seja incluído no plano do Curso Técnico de Vigilância em Saúde, correlacionando os problemas de saúde com as condições econômicas, sociais e políticas, que possibilitam uma análise dos problemas e da situação de saúde identificados. Recomenda-se que os problemas de saúde sejam reconhecidos enquanto necessidades de saúde que não foram supridas.

Deste modo recomenda-se que o plano de curso incorpore o conceito de território sistematizado por Monken e outros estudiosos, vinculados a partir das contribuições de Santos, de problemas de saúde, uma vez que a apropriação desses conceitos é fundamental para o processo de elaboração do diagnóstico das condições de vida e saúde da população e para definir as intervenções necessárias para a produção social da saúde. .

O plano de curso compreende a participação enquanto uma responsabilidade social, ou seja reafirmando direitos e deveres do técnico de vigilância em saúde e da população.

Porém, deve explicitar um conceito de participação que implique na participação do técnico de vigilância e da população nos processos decisórios, conforme prevê o planejamento estratégico-situacional, e valorize a mobilização social enquanto estratégia necessária para resolver os problemas de saúde existentes no território.

O plano de curso deveria correlacionar o trabalho em equipe com a proposta de integração da Vigilância com a Atenção Básica que implica em um planejamento integrado, à medida que compartilham de um território em comum e que as ações que realizam são complementares.

A identidade do TECVISAU, no plano de curso, está vinculada exclusivamente ao trabalho em equipe e ao processo de trabalho que realiza. Entretanto, recomenda-se que a integração da vigilância com a atenção básica seja incorporada ao plano do CTVISAU, à medida que possibilita a incorporação de saberes e experiências dos técnicos da VISAU, da Atenção Básica e de outros atores sociais assim tecendo uma nova identidade compatível com as práticas de saúde pautadas na integralidade, conforme preconiza o modelo de vigilância em saúde. Essa integração leva a constituição de novos valores e constrói novos saberes e práticas de saúde, aproximando os trabalhadores da vigilância e da atenção básica pelas atividades iguais e diferentes que desenvolvem, constituindo uma identidade a partir da alteridade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a história da educação dos trabalhadores da saúde, especialmente no processo qualificação e formação dos profissionais do campo da vigilância em saúde, é imprescindível à apropriação e aprofundamento deste debate. Ao refletirmos sobre a educação profissional dos trabalhadores da saúde, resgatando a historicidade de seus projetos, concepções e propostas, em permanente disputa com o projeto hegemônico, pressupõe reconhecer as interrelações entre o mundo do trabalho, a saúde e a educação. Assim, podemos inferir que esta pesquisa contribui em seus achados para o aprimoramento do projeto de formação técnica em vigilância em saúde, ofertado pela ETSUS BA, propiciando importantes reflexões acerca da política de formação que está sendo desenvolvida.

Contudo, alertamos sobre a importância de serem desenvolvidos mais estudos que visem compreender, avaliar e debater os processos de formação de técnicos de vigilância em saúde, considerando a proposta de integração dos trabalhadores de vigilância com a atenção básica, sobretudo com os agentes comunitários de saúde, adequando o planejamento do CTVISAU na perspectiva de contribuir para mudanças no processo de trabalho das equipes nos territórios. Pesquisas nessa perspectiva contribuiriam para o grande desafio de integrar a vigilância em saúde com as demais redes de atenção à saúde produzindo novas reflexões e recomendações para a educação profissional em saúde e a ressignificação das práticas no SUS, que impactem na melhoria dos processos de trabalho, em ações de prevenção e promoção à saúde mais eficazes, contribuindo indiretamente para a gestão da rede de serviços.

## REFERÊNCIAS

ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate. **Processos de Ensino na Universidade: Pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 10ª ed. Joinville, SC, UNIVILLE, 2012. 155 p.

ANTUNES, Celso. **Vygotsky, quem diria?! Em minha sala de aula**. 9ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. 54 p.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Projeto Político-Pedagógico. Bahia: Escola de Formação Técnica de Saúde Prof. Jorge Novis**. Salvador, 2004.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Resolução CIB nº 189, de 22 de julho de 2010 que aprova a Comissão de Integração Ensino-Serviço**. Salvador: SESAB, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Resolução CIB nº 165, de 21 de junho de 2010 que aprovou o Curso Técnico de Vigilância em Saúde**. Salvador: SESAB, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Plano de Curso – Curso Técnico de Vigilância em Saúde**. Salvador: SESAB/SUPERH/EFTS. 2011. 40 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Escola Técnica em Saúde Professor Jorge Novis. Projeto do Curso de Técnico em Vigilância em Saúde**. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS**. Salvador: SESAB, 2012. 24 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **A Gestão na Diretoria de Vigilância Epidemiológica Guia prático para dirigentes e equipes**. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde Diretoria de Vigilância Epidemiológica. 2014.

BAHIA. Governo do Estado da Bahia. **Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Regimento da Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis**. Salvador, 1996. Versão 2004.

BAHIA, Escola de Formação Técnica em Saúde. **Relatório do Curso Técnico de Vigilância em Saúde**. Salvador: EFTS, 2016. 10 p.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Portugal: Edições 70, 2009. 281 p.

\_\_\_\_\_. BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edição rev. e ampl. Portugal: 70, 2011. 279 p.

BASSINELLO, Greicelene Aparecida Hespanhol; BAGNATTO, M<sup>a</sup>. Helena Salgado. **Projeto larga escala: uma análise a partir da bibliografia existente**. Escola Anna Nery, v.13 n.1, jan./mar. 2009.

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. **Qualificação e Identidade Profissional dos Trabalhadores Técnicos da Vigilância em Saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos**. In MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso *et all* (org.). **Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 361-390.

BATISTELLA, Carlos Eduardo. **Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica**. In **O TERRITÓRIO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Brasília: Ministério da Educação, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 17 a 21 de março de 1986. 20 p. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório da 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos. CONSTRUINDO UMA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR**. Brasília: Ministério da Saúde, 13 a 16 de março de 1994.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde: municipalização é o caminho**. Brasília- DF. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. 47 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde: Brasília: 2 a 06.09. 96**. Brasília: Ministério da Saúde: 1998. 95 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 198 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080 de 19.09.90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **DOCUMENTO PRELIMINAR PARA REVISÃO DIRETRIZES PARA A INTEGRAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE**. Revisão elaborada por Carmen Fontes Teixeira e Ana Luiza Queiroz Vilasboas. Ministério da Saúde/ SVS. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3317.pdf>. Acesso em 29.12.15.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Referências conceituais para a organização do sistema de certificação de competências/PROFAE**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, 2000. 15 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Portaria GM/ MS nº 1996, de 13.02.04. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde/ SGETS, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Documentos preparatórios para 3.ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: trabalhadores da saúde e a saúde de todos os brasileiros: práticas de trabalho, gestão, formação e participação**. Brasília: Ministério da Saúde/ SGETS/ CNS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 73 p. (Série D. Reuniões e Conferências)

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

BRASIL, Ministério da Educação. **EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO INTEGRADA AO ENSINO MÉDIO DOCUMENTO BASE**. Brasília: MEC/ Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica, 2007. 59 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº GM/MS 3.189, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS)**. Brasília, 2009.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Técnico em vigilância em saúde: diretrizes e orientações para a formação**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011, 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. SGETS: políticas e ações / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 32p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7508, de 28/07/11. Regulamenta a Lei nº 8080/90.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, 2006, 106 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1378 de 09 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal, Municípios relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.** Brasília: Ministério da Saúde/ GM, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes e orientações para a formação de técnicos de vigilância em saúde,** 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CEB 04/99. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico.** Brasília: MEC, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Catálogo nacional de cursos técnicos.** Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012, 108 p.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Educação. Catálogo Nacional de Cursos Técnicos. 3ª ed. Ministério da Educação/ Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. 287 p.**

BOMFIM, Maria Inês do Rego Monteiro (org.) *et al.* **Formação Docente em educação Profissional Técnica na Área da Saúde.** In Trabalho, saúde e educação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ENSP / EAD, 2007.

BORDENAVE, Juan E. Dias. **Alguns Fatores Pedagógicos – Notas Preliminares.** p.19-26.

BORGES, Fabiano Tonaco *et al.* **Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) no Brasil: regulação da integração ensino serviço e sustentabilidade administrativa.** Ciência e saúde coletiva, vol.17, nº, 4 Rio de Janeiro, apr., 2012.

BREILH, Jaime. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/precisamos-ter-um-novo-viver-com-taxas-de-crescimento-menos-agressivas-mas-com>. Acesso em 04.07.16.

BUSS, Paulo Marchiori. **Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde.** In CZERESNIA, FREITAS, Carlos Machado (orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2ª Ed.rev.e amp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p.19-42.

CAMPELLO, A. M. de M. B; LIMA FILHO, D. L. Educação Profissional (verbete). In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde.** 2. ed. rev. ampl. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. p. 175-181.

CANÁRIO, Rui. **Territórios educativos e políticas de intervenção prioritária: uma análise crítica.** PERSPECTIVA, Florianópolis, v. 22, n. 01, p. 47-78, jan./jun. 2004.

\_\_\_\_\_. **Educação e perspectivas de desenvolvimento do «Interior».** Portugal, mimeo, 2000.

CANDAU, Vera Maria (org). **Didática crítica intercultural: aproximações.** 33ª ed. Petrópolis. RJ: Vozes, 2012. 251 p.

CASTRO, Janete Lima de *et al.* Izabel Santos - **A arte e a paixão de aprender fazendo.** Editora e Observatório de RH NESC/ UFRN, 2002. 126 p.

CATTANI, Antônio David (org.). **Trabalho e Tecnologia: Dicionário Crítico.** Petrópolis: Vozes ; Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997.

CHINELLI, Vieira & Deluiz. **Conceito de qualificação e a formação para o trabalho em Saúde.** In MOROSINI *et al* (orgs.). **Trabalhadores Técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

COSTA, Ediná Alves; SOUTO, Ana Cristina. **Área temática de vigilância sanitária.** In: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática.** 1º ed. Rio de Janeiro. Med Book. 2014.

COSTA, Patrícia Pol. **DOS PROJETOS À POLÍTICA PÚBLICA: RECONSTRUINDO A HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.** Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2006. 102 p.

CUNHA, Luiz Antônio. **O desenvolvimento meandroso da educação brasileira entre o estado e o mercado.** *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 28, n. 100 - Especial, p. 809-829, out. 2007. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>.

DAVINI, Maria Cristina. Currículo integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde/ Executivo. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para Instrutor/supervisor: área da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria Geral/ Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos, 1994. 58 p.41-58.

DELUIZ. Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Brasília: Ministério da Saúde/ SIS/ PROFAE, 2001. Cadernos de Formação 02. p.5-16.

DE SETTA, Marismary, REIS, Lenice G. da Costa. **Construção, estruturação e gestão das vigilâncias do campo da saúde.** In Qualificação de Gestores do SUS. Santa Catarina: UFSC/ CAD, 2012. Especialização em Gestão em Saúde  
Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios.htm>. Acesso em 06.04.16.

Disponível em [www.pactopelavida.ba.gov.br/pacto-pela-vida/o-que-e](http://www.pactopelavida.ba.gov.br/pacto-pela-vida/o-que-e). Acesso em 19.09.16.

FALLEIROS, Ialê, LIMA *et al.* **A Constituinte e o Sistema Único de Saúde.** In FALLEIROS, Ialê, PONTE, Carlos Fidélis (Orgs.). Júlio César França. Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2010. p.239-275.

FIGUEIREDO, Núbia Maria Almeida (org.). **Método e Metodologia na Pesquisa Científica.** 3ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008. 238 p.

FLICK, Uwe (org.). **Qualidade na Pesquisa Qualitativa.** Coleção Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: ARTMED, 2015. Coleção Pesquisa Qualitativa. 195 p.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de Conteúdo.** 4ª Ed. Brasília: Liber Livro, 2012. Série Pesquisa. 94 p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 53ª ed. Rio de Janeiro, 2016. 143 p.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança.** São Paulo; Paz e Terra, 2008. 79 p.

FRIGOTTO, Gaudêncio *et al.* A Política de Educação Profissional no Governo Lula: Um Percurso Histórico Controvertido. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 26, n. 92, p.1087-1113, Especial - Out. 2005.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Capital Humano (verbetes). In PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Júlio César França (orgs.). 2ª ed. rev. e ampl. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, p. p. 66-71.

GADOTTI, M. **Educação Popular, Educação Social, Educação Comunitária: conceitos e práticas diversas, cimentadas por uma causa comum.** Congr. Intern. Pedagogia Social July. 2012. p.10-32.

GONDIM, G.; MONKEN M. Territorialização em Saúde (verbetes). In: Pereira, Isabel B.; Lima, Júlio C.F. **Dicionário da educação profissional em saúde.** 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p.392-399.

GONDIM, G.M.M. *et al.* O Território da Saúde – a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda *et al* (orgs.). **Território, Ambiente e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.237-255.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda *et al.* **Proposta do Curso Técnico de Vigilância em Saúde.** Brasília; Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Laboratório de Vigilância em Saúde, 2007. 58 p.

HOFMANN, Jussara. **Avaliar para Promover: as sete setas do caminho**. Porto Alegre: Editora Meditação, 2009.

GOHN, **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais**. Saúde e Sociedade v.13, n.2, p.20-31, maio-ago 2004.

KUENZER, Acácia Zeneida. **Da Dualidade Assumida à Dualidade Negada: O Discurso da Flexibilização Justifica a Inclusão Excludente**. In Educ. Soc., Campinas, vol. 28, n. 100 - Especial, p.1153-1178, out. 2007. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>

KUSCHNIR, Adriana et al . Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS . Disponível em [http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/Qualificacao-de-Gestores-do-SUS\\_Configuracao-da-rede-regionalizada-e-hierarquizada-de-atencao-a-saude-no-ambito-do-SUS.pdf](http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/Qualificacao-de-Gestores-do-SUS_Configuracao-da-rede-regionalizada-e-hierarquizada-de-atencao-a-saude-no-ambito-do-SUS.pdf). Acesso em 05.05.16.

LAVILLE, Christian, DIDONE, Jean (adaptação). **A Construção do Saber: Manual de metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas**. 2007. Porto Alegre: ARTMED, Belo Horizonte: UFMG.

LOPES, A.C; MACEDO, E. **Teorias do Currículo**. São Paulo: Rio de Janeiro: Cortez. APERJ, 2011.

MACEDO, Roberto Sidnei. **Currículo: campo, conceito e pesquisa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. 150 p.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. **Processo de Vigilância em Saúde do Trabalhador**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):33-45, 1997.

MARTINS, Ernesto Candeias. Rompendo fronteiras: a escola aberta às parcerias e à territorialização educativa. **Educação Unisinos**. v.13, número 1, jan/abr 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo : HUCITEC, 2014. 407 p.

MINAS GERAIS, UFMG. **ATRIBUIÇÕES DOS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO QUE ATUAM NAS ÁREAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, AMBIENTAL, SANITÁRIA E DA SAÚDE DO TRABALHADOR: PESQUISA EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS**. Belo Horizonte: UFMG/ NESCON/ EPSM/ EPSJV/LAVSA, 2008. 267 p.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

MONKEN, M. *et al.* O Território na Saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. *In: Miranda et al (orgs.) Território, Ambiente e Saúde.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.23-41.

MONKEN, Maurício, BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. Vigilância em Saúde (verbetes). *In* Pereira IB, Lima JCF (orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde. ANO p.471-477.

MOROSINI, M. V. Educação e Trabalho em disputa no SUS: a **política de formação dos Agentes Comunitários de Saúde** Rio de Janeiro: EPSJV/ FIOCRUZ, 2010. 201 p.

OLIVEIRA, Telma Dantas, PINTO, Isabela Cardoso. **Superintendência de Recursos Humanos: Políticas e Ações no Campo da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.** *In* SOLLA, Jorge José Pereira (org.). Estratégias da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: Salvador; EDUFBA, 2014. p. 21-50.

PAIM, Jairnilson Silva. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicas e desafios agudos. São Paulo: Universidade de São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, 1994.

\_\_\_\_\_, Jairnilson Silva, TEIXEIRA, Carmem Fontes. **Planejamento e programação de ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida.** RAP, Rio de Janeiro 34(6):63-80, Nov. /Dez. 2000.

\_\_\_\_\_, Jairnilson Silva. **Planejamento em Saúde para Não Especialistas.** *In:* Campos, Gastão Wagner. Tratado de Saúde Coletiva, HUCITEC/FIOCRUZ, 2006 p. 767-782

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária: Contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008. 356 p.

\_\_\_\_\_. Jairnilson Silva. **Uma análise sob o processo da Reforma Sanitária brasileira.** *In* Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PEREIRA, I. B. Tendências curriculares nas escolas de formação técnica para o SUS. **Revista Trabalho, Educ. e Saúde**, 2(1): 121 – 134, 2004. (Biblioteca Virtual). Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r65.pdf>>. Acessado em 19.04.15.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos, TEIXEIRA, Carmem Fontes. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(9):1777-1788, set, 2011.

PIRES-ALVES, Fernando A. PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **Recursos Críticos - História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para a Saúde (1975-1988).** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 204 p.

PIRES, Denise Elvira. Divisão Social do Trabalho (verbete). LIMA, Júlio César França, PEREIRA, Isabel Brasil. *In* **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. EPSJV/FIOCRUZ, 2009, p. P. 125-134.

PRONKO, Marcela. **O Banco Mundial no campo internacional da educação**. *In* PEREIRA, João Márcio Mendes; PRONKO, Marcela (Org.). *In* A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: EPSJV, 2015. p. 89-112. Disponível em <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13399>. Acesso em 20/05/16.

RAMOS, Marise Nogueira, BRASIL, Isabel Pereira. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

RAMOS, Marise Nogueira. Filosofia da práxis e práticas pedagógicas de formação de trabalhadores. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, v.23, n.1, p. 207-218, jan-abr., 2014.

RENAULT, EMMANUEL. **Vocabulário de Karl Marx**. São Paulo: Wm Martins Fontes: São Paulo, 2010. Tradução Cláudia Berliner. 72 p.

REDE DE ESCOLAS TÉCNICAS DO SUS. RET-SUS 10 Anos. Rio de Janeiro: **RET-SUS**, Nº 41. Jan./fev., 2011.

SACRISTÁN, J. GIMENO. **O Currículo – Uma Reflexão sobre a Prática**. 3ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

SILVA, Mônica Ribeiro. **Currículo e Competências: a formação administrada**. São Paulo: Cortez, 2008. 165 p.

SÓRIO R.E.R **Educação profissional em saúde no Brasil: a proposta das Escolas Técnicas de saúde do Sistema Único de saúde** *In*: Formação/Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - V.2, n.5, 2002. - Brasília: Ministério da saúde, 2002. p. 45-58.

SOUZA, José Carlos Moreira de. *In* OLIVEIRA, João Ferreira, PESSOA, Jadir de Moraes (orgs.). **Pesquisar com Bourdieu**. Goiânia: cânone Editorial, 2013. p. 88-107.

STOTZ, Eduardo Navarro. **Participação Social**. *In* Pereira IB, Lima JCF (orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde. p.393-398.

TEIXEIRA, Carmem Fontes et al. **SUS, MODELOS ASSISTENCIAIS E VIGILÂNCIA DA SAÚDE**. IESUS, VII(2), Abr/Jun, 1998. p.7-28.

\_\_\_\_\_, C.F, JESUS, Washington Luiz Abreu de. Planejamento governamental em saúde no estado da Bahia, Brasil: atores políticos, jogo social e aprendizado institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9):3839-3848, 2014.

\_\_\_\_\_, C.F.; PAIM, J. **Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida.** *RAP*, Rio de Janeiro, 34(6):63-80, nov-dez. 2000.

\_\_\_\_\_, C. F el al. **O Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde. Unidade I, módulo 2.** In **PROFORMAR.** Rio de Janeiro: EPSJV/PROFORMAR, 2004. 60 p; il. (Série Material didático do PROFORMAR),

TEIXEIRA, Carmem Fontes. **A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços.** In TEIXEIRA, Carmem Fonte, SOLLA, Jorge Pereira. *Modelo de Atenção à Saúde. Promoção, Vigilância e Saúde da Família.* Salvador: EDUFBA, 2006. p.21-53.

TEIXEIRA, Carmem (org). **Planejamento em Saúde: conceitos, Métodos e Experiências.** Salvador: EDUFBA, 2006. 101 p.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; VILASBÔAS, Ana Luíza Queiroz. **Modelos de Atenção à Saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação?** In: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática.* 1ª ed. Rio de Janeiro. Med Book. 2014.

VASCONCELOS, Celso S. **Planejamento: Projeto de Ensino-Aprendizagem e Projeto Político-Pedagógico.** 7ª ed. São Paulo: Libertad, 2000, Cadernos Pedagógicos do Libertad, v. 1.

VICENTE, Roseli Cruz de Oliveira. **Estágio Curricular do Curso Técnico de Vigilância em Saúde no Município do Rio de Janeiro: percepções quanto à integração do Técnico de Vigilância em Saúde na estratégia de Saúde da Família.** Dissertação de mestrado. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro. 2014. 126 p.

VIEIRA, M. & CHINELLI, F. **Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(6): 1591-1600 2013.

VILLASBOAS, Ana Luíza Queiroz. Planejamento e programação das ações de Vigilância em Saúde no nível local do SUS. Rio de Janeiro: EPSJ/PROFORMAR, 2004. 60 p; il. (Série Material didático do PROFORMAR).

WALDMAN, Eliseu Alves. **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA COMO PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA.** Tese. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 1009. 176 p.

WASCHOWICZ, Lílian Anna. **Avaliação da Aprendizagem Profissional.** 1ª ed. Curitiba: Instituto Federal do Paraná, 2014. Coleção Formação Pedagógica, v, 9.

**ANEXO A**  
**MAPA DO ESTADO DA BAHIA**  
**417 MUNICÍPIOS E 28 REGIÕES DE SAÚDE**



Fonte: [http://www1.saude.ba.gov.br/mapa\\_bahia/indexch.asp](http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp)

**São 28 regiões de saúde do Estado da Bahia:** Alagoinhas, Barreiras, Brumado, Camaçari, Cruz das Almas, Feira de Santana, Guanambi, Ibotirama, Ilhéus, Irecê, Itaberaba, Itabuna, Itapetinga, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Paulo Afonso, Porto Seguro, Ribeira do Pombal, Salvador, Santa Maria da Vitória, Santo Antônio de Jesus, Seabra, Senhor do Bonfim, Serrinha, Teixeira de Freitas, Valença e Vitória da Conquista.

**ANEXO B**  
**DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS ATIVIDADES DOS ACE E ACS**

<b>ATIVIDADES</b>	<b>ACE</b>	<b>ACS</b>
Identificar, mediante o cadastramento das famílias, seus principais problemas e fatores de risco		<b>X</b>
Identificar manifestações de doenças e encaminhar os casos suspeitos para a unidade de saúde	<b>X</b>	<b>X</b>
Acompanhar usuários em tratamento	<b>X</b>	<b>X</b>
Desenvolver ações educativas, orientando quanto às medidas de proteção individual e familiar na prevenção de doenças, levando à participação social	<b>X</b>	<b>X</b>
Orientar medidas simples para controle de vetores	<b>X</b>	<b>X</b>
Atuar conjuntamente com a equipe da atenção básica/saúde da família em determinadas ações dos programas de controle de doenças	<b>X</b>	<b>X</b>
Promover reuniões com a comunidade com o objetivo de mobilizá-la para as ações de prevenção e controle de doenças	<b>X</b>	<b>X</b>
Preparar e aplicar agrotóxicos (a exemplo de larvicidas, moluscocidas, etc.), borrifação de produtos de efeito residual, aplicação espacial de adulticidas por meio de nebulizações térmicas e Ultra Baixo Volume (UBV)	<b>X</b>	
Mapear e manter atualizado o reconhecimento geográfico das áreas de atuação	<b>X</b>	<b>X</b>
Identificar e mapear coleções hídricas	<b>X</b>	
Notificar casos suspeitos de doenças de notificação compulsória	<b>X</b>	<b>X</b>

Fonte: <http://www1.saude.ba.gov.br>

## ANEXO C

### ESTUDO DE CASO

DESCRIÇÃO	É a análise minuciosa e objetiva de uma situação real que necessita ser investigada e é desafiadora para os envolvidos
OPERAÇÕES DE PENSAMENTO (Predominantes)	Análise/Interpretação/ Crítica/Levantamento de hipótese/Busca de suposições/Decisão//Resumo.
DINÂMICA DA ATIVIDADE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O professor expõe o caso a ser estudado (distribui ou lê o problema aos participantes), que pode ser um caso para cada grupo ou o mesmo caso para diversos grupos;</li> <li>2. O grupo analisa o caso, expondo seus pontos de vistas e os aspectos sob os quais o problema pode ser focado;</li> <li>3. O professor retorna os pontos principais, analisando coletivamente as soluções propostas;</li> <li>4. O grupo debate as soluções, discernindo as melhores conclusões.</li> </ol> <p>Papel do professor: selecionar o material de estudo, apresentar um roteiro para trabalho, orientar os grupos no decorrer do trabalho, elaborar instrumento de avaliação.</p> <p>Análise de um caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição do caso: aspectos e categorias que compõe o todo da situação. Professor deverá indicar categorias mais importantes a ser analisadas;</li> <li>• Prescrição do caso: estudante traz proposições para a mudança da situação apresentada;</li> <li>• Argumentação: estudante justifica suas proposições mediante aplicação dos elementos teóricos de que dispõe.</li> </ul>
AVALIAÇÃO	<p>O registro da avaliação pode ser realizado por meio de ficha com critérios a serem considerados, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação dos conhecimentos (a argumentação explicita os conhecimentos produzidos a partir dos conteúdos?).</li> <li>• Coerência na prescrição (os vários aspectos prescritos apresentam uma adequada relação entre si?).</li> <li>• Riqueza na argumentação (profundidade e variedade de pontos de vista);</li> <li>• Síntese.</li> </ul>

Fonte: ANATASIOU E ALVES. Joinvile, SC, 2012.

## ANEXO D

### PORTFÓLIO

DESCRIÇÃO	É a identificação e a construção de registro, análise, seleção e reflexão das produções mais significativas ou identificação dos maiores desafios/dificuldades em relação ao objeto de estudo, assim como das formas encontradas para superação.
OPERAÇÕES DE PENSAMENTO (Predominantes)	Identificação/Obtenção e organização de dados/Interpretação/Crítica/Análise/ Reelaboração/Resumo.
DINÂMICA DA ATIVIDADE	<p>O portfólio pode evidenciar o registro do processo de construção de uma atividade, de um bloco de aulas, frase, <b>módulo</b>, projeto etc.</p> <p>A preparação deve ser feita pelo professor a partir da mobilização para a tarefa. Alguns passos podem ser seguidos, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Combinar as formas de registro que podem ser escritos manualmente ou digitadas, em caderno, bloco, pasta ...</li> <li>• O material precisa estar identificado com dados como: nome, série, ano, disciplina, etc. Pode-se incluir uma foto que demonstre o momento que o acadêmico está vivendo;</li> <li>• Aproveitar para incluir orientações de formatação de trabalho científico, tais como: capa, contracapa, sumário, os relatos em sí, considerações finais, bibliografias utilizadas no decorrer das aulas/trabalho;</li> <li>• Escrever apenas num dos lados da página, deixando o outro como espaço para o diálogo do professor;</li> <li>• Os relatos em sí podem ser nomeados, e o título pode expressar o sentimento mais evidente daquele momento;</li> <li>• Os registros podem conter trabalho de pesquisa, textos individuais/coletivos, considerados interessantes, acrescidos de uma profunda reflexão sobre seu significado para a formação;</li> <li>• Incluir outras produções significativas: <i>realia</i>, fotos, desenhos etc, com a respectiva análise;</li> <li>• Anotar o sentimento de avanço e dificuldades pessoais;</li> <li>• Inserir avaliação construtiva do desempenho pessoal e do desempenho do professor;</li> <li>• Ao professor compete: proceder as leituras dos textos/produções e apontar os avanços e os aspectos que precisam ser retomados pelo estudante. Lembrar que o professor estabelece um diálogo com o estudante, e precisa ser produtivo em favor da verdadeira aprendizagem.</li> </ul>
AVALIAÇÃO	<p>Definir conjuntamente critérios de avaliação do ensino e da aprendizagem, do desempenho do estudante e do professor.</p> <p>Os critérios de avaliação à individualidade de cada um:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização e cientificidade da ação de professor e de estudante;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Clareza de idéias na produção escrita;</li><li>• Construção e reconstrução da escrita;</li><li>• Objetividade na apresentação dos conceitos básicos</li><li>• Envolvimento e compromisso com a aprendizagem.</li></ul>
--	--

Fonte: ANATASIOU E ALVES. Joinvile, SC, 2012.

## ANEXO E

### JÚRI SIMULADO

DESCRIÇÃO	<p>É a simulação de um júri em que, a partir de um problema são apresentados argumentos de defesa e de acusação.</p> <p>Pode levar o grupo à análise e avaliação de um fato proposto com objetividade e realismo, á crítica construtiva de uma situação e à dinamização do grupo para estudar profundamente um tema real.</p>
OPERAÇÕES DE PENSAMENTO (Predominantes)	Imaginação/Interpretação/Crítica/Comparação/Análise/Levantamento de hipóteses/Busca de suposições/Decisão.
DINÂMICA DA ATIVIDADE	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parte de um problema concreto e objetivo, estudado e conhecido pelos participantes;</li> <li>2. Um estudante fará o papel de juiz e outro o papel de escrivão. Os demais componentes da classe serão divididos em quatro grupos: promotoria, de um a quatro estudantes, defesa, com igual número; conselho de sentença, com sete estudantes; e o plenário com os demais.</li> <li>3. A promotoria e a defesa devem ter alguns dias para preparação dos trabalhos, sob a orientação do professor – cada parte terá quinze minutos para apresentar seus argumentos.</li> </ol> <p>O juiz manterá a ordem dos trabalhos e formulará os quesitos ao conselho de sentença.</p> <p>O escrivão tem a responsabilidade de fazer o relatório Dos trabalhos.</p> <p>O conselho de sentença, após ouvir os argumentos de mabas as partes, apresenta sua decisão final.</p> <p>O plenário será encarregado de observar o desempenho da promotoria e da defesa e fazer uma apreciação final sobre sua desenvoltura.</p>
AVALIAÇÃO	Considerar a apresentação concisa, clara e lógica das ideias, a profundidade dos conhecimentos e a argumentação fundamentada dos diversos papéis.

Fonte: ANATASIOU E ALVES. Joinvile, SC, 2012.

**ANEXO F**  
**PLANO DE CURSO CTVISAU DA ETSUS-BA**



*Governo do Estado da Bahia*

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Superintendência de Recursos Humanos da Saúde  
 Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis

# PLANO DE CURSO

## HABILITAÇÃO PROFISSIONAL DE TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

### EIXO TECNOLÓGICO: Ambiente e Saúde

SALVADOR, MARÇO DE  
 2016

Rui Costa  
GOVERNADOR DO ESTADO DA BAHIA

Fábio Vilas Boas  
SECRETÁRIO DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

José Raimundo Mota de Jesus  
SUPERINTENDENTE DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

Maria José Côrtes Camarão  
DIRETORA DA ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE PROF. JORGE  
NOVIS

Maria Ester Souza Marinho  
COORDENADORA TÉCNICA – PEDAGÓGICA DA ESCOLA DE FORMAÇÃO  
TÉCNICA EM SAÚDE PROF. JORGE NOVIS

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Gerusa Miranda de Azevedo Sena

Joelma Pinheiro Meira Barbosa

Jozedna dos Santos Ramos

Silvana Castro de Brito

Valdete Santos Botelho

## PLANO DE CURSO

### Unidade de Ensino - Escola de Formação Técnica em Saúde Prof. Jorge Novis - EFTS

<b>CNPJ</b>	<b>13937131/0001-41</b>
<b>Razão Social</b>	<b>Secretaria da Saúde do Estado da Bahia</b>
<b>Nome de Fantasia</b>	<b>Secretaria da Saúde do Estado da Bahia</b>
<b>Esfera administrativa</b>	<b>Estadual</b>
<b>Endereço</b>	<b>Av. Cardeal da Silva, Nº 1.339, Federação</b>
<b>Cidade / UF / CEP</b>	<b>Salvador – Bahia / CEP: 40.231-305</b>
<b>Telefone / Fax</b>	<b>71 33570809 / 33560138 / 33570811</b>
<b>E-mail de contato</b>	<b><u><a href="mailto:sesab.efts@saude.ba.gov.br">sesab.efts@saude.ba.gov.br</a></u></b>
<b>Site da unidade</b>	<b><u><a href="http://www.saude.ba.gov.br/efts">www.saude.ba.gov.br/efts</a></u></b>
<b>Eixo do Plano</b>	<b>Ambiente e Saúde</b>

<b>Habilitação, Qualificação e Especialização:</b>	
<b>Habilitação</b>	<b>Técnico de Nível Médio em Vigilância em Saúde</b>
<b>Qualificação</b>	<b>Diploma de Técnico em Vigilância em Saúde</b>
<b>Carga Horária Total</b>	<b>1.300 horas</b>
<b>Prática Profissional</b>	<b>100 horas</b>

## SUMÁRIO

1	<b>JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DO CURSO</b>	04
1.1	Justificativa	04
1.2	Objetivos	10
2	<b>REQUISITOS DE ACESSO AO CURSO</b>	10
2.1	Documentos exigidos para matrícula	10
3	<b>PERFIL PROFISSIONAL DE CONCLUSÃO E COMPETÊNCIAS</b>	11
3.1	Competências Profissionais Gerais do Técnico da Área de Saúde	13
3.2	Competências Específicas do Técnico em Vigilância em Saúde	15
3.2.1	Organização dos Conhecimentos - Dimensões do Saber Ser, Saber Fazer e do Saber	15
4	<b>ORGANIZAÇÃO, CARGA HORÁRIA, ESTRUTURA CURRICULAR, METODOLOGIA E PLANO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO</b>	21
4.1	Organização Curricular	22
4.2	Carga Horária	22
4.3	Matriz Curricular	24
4.4	Organização dos Conteúdos	25
4.5	Metodologia	30
4.6	Plano de Estágio Supervisionado	32
5	<b>ESTRATÉGIAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO CURSO</b>	33
6	<b>CRITÉRIOS DE APROVEITAMENTO DE CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIAS ANTERIORES</b>	33
7	<b>AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM</b>	34
8	<b>PESSOAL DOCENTE E TÉCNICO</b>	37
9	<b>MATERIAL DIDÁTICO</b>	38
10	<b>DIPLOMAS</b>	39
11	<b>INSTALAÇÃO E EQUIPAMENTOS</b>	39
12	<b>REFERÊNCIAS</b>	42

## 1. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DO CURSO

### 1.1. Justificativa

No Brasil, a difusão do tema da vigilância à saúde vem ocorrendo num contexto de experimentação de diversas estratégias e modelos de atenção à saúde, oriundos da Reforma Sanitária Brasileira, para atender à necessidade de reorganizar a lógica do processo de produção de serviços de saúde, suas relações entre a oferta, a demanda e a atenção às necessidades de saúde da população (FARIA E BERTOLOZZI, 2009). Nesta perspectiva, se faz necessário a implementação de políticas públicas que visem à melhoria da qualidade de vida da população e a reorganização das ações de vigilância em saúde, assim como a atenção à saúde de indivíduos e grupos populacionais.

O Pacto pela Saúde instituído em 2006 trouxe como prioridade o controle das doenças emergentes e reemergentes, entre as quais se incluem aquelas transmitidas por vetores, particularmente, as arboviroses, como a Dengue, Chikungunya e Zika Vírus. De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB, o Estado encontra-se em alerta com a epidemia dessas três doenças, além do aumento observado do número de casos da Síndrome de Guillain-Barré, uma complicação neurológica associada a essas arboviroses. Mais recentemente, casos relatados, em estados do Nordeste, de microcefalia vêm sendo investigados, a fim de confirmar a possível correlação com a presença de doença exantemática durante a gestação, incluindo as arboviroses (BAHIA, 2016).

Em 2015, foram notificados 66.203 casos suspeitos de Zika, 24.304 casos suspeitos de Chikungunya e 53.842 casos prováveis de dengue no estado da Bahia, representando uma incidência de 437,67 casos/100.000hab, 160,67 casos/100.000hab, e 355,95 casos/100.000hab, respectivamente. Observou-se que 42 (10,07%) municípios apresentaram incidência maior ou igual a 100 casos /100.000hab., simultaneamente, para DenV/ChikV/ZikV, e 19 (4,55%) municípios se apresentaram silenciosos para as três arboviroses. Contudo, destaca-se a magnitude e potencial de propagação das demais arboviroses em 2016, baseado no risco de adoecer pelo dengue em 2015 (BAHIA, 2016).

Portanto, para o enfrentamento dessa situação preocupante, há uma necessidade de qualificação dos profissionais de Vigilância em Saúde, aliada a outras ações intra e intersetoriais, além da participação efetiva da população.

Com relação à Leishmaniose Visceral (LV), doença endêmica em franca expansão no Estado da Bahia, segundo a SESAB, está presente em 43,26% dos municípios os quais estão classificados em: transmissão intensa 5,28% (22 municípios), transmissão moderada 5,52% (23) e transmissão esporádica 32,45% (135). O potencial de urbanização desta doença é demonstrado pela ocorrência de casos (131) nos centros urbanos de importantes cidades do Estado, entre os quais: Feira de Santana, Serrinha, Jequié, Juazeiro, Irecê, Camaçari e Salvador, correspondendo a 23,73% dos casos. Em 2015, até março, observa-se um coeficiente de incidência de 33,3% (0,1/10.000 habitantes), e redução média de 50% entre os anos de 2014 e 2015, no mesmo período (janeiro a março) (BAHIA, 2015a).

Quanto à Leishmaniose Tegumentar (LTA), de acordo com a SESAB, encontra-se dispersa no Estado da Bahia, com existência de focos em todas as regiões. Segundo a classificação de 2014, a doença está presente em 231 (55,39%) dos municípios do Estado. Assim como a leishmaniose visceral, a LTA vem ampliando seu potencial de urbanização, demonstrado pela ocorrência de casos em alguns centros urbanos de importantes cidades do Estado, tais como: Santo Antônio de Jesus, Lauro de Freitas, Jequié, Vitória da Conquista e Salvador (BAHIA, 2015b).

No que diz respeito à doença de Chagas no Estado, desde o ano de 2006 as ações de rotina do programa são implementadas em função da situação do vetor e da doença nos municípios, estabelecida a partir da classificação segundo o grau de risco de transmissão. Do total de 417 municípios existentes, 101(24,2%) municípios são classificados de baixo risco, 219(52,5%) médio risco e 97(23,3%) alto risco. No ano de 2012, foram notificados 34 casos de doença de Chagas na Bahia, correspondendo a uma redução de 46,8% em relação ao mesmo período de 2011, quando foram notificados 64 casos. Observa-se que tanto o número de casos quanto o coeficiente de incidência da doença de Chagas são menores que os registrados nos anos anteriores. Quanto à vigilância dos vetores, atualmente as ações programáticas de rotina são implementadas em função da situação dos municípios, estabelecida a partir da classificação segundo o grau de risco de transmissão da doença. Diante da situação, tem se constituído em grande desafio para área técnica monitorar regularmente a execução das ações de rotina pelas equipes locais, devido às dificuldades com a adequação e a regularidade da supervisão e do monitoramento regional (BAHIA, 2013).

Considerando a parcela de trabalhadores contratados com carteira assinada (CLT), as incidências de doenças relacionadas ao trabalho e acidentes registrados na Previdência Social,

no estado da Bahia, de acordo com a SESAB, por 01 mil trabalhadores com Carteira Assinada foram, respectivamente de 4,3 e 10,8 em 2009 passaram para 5,1 e 12,7 em 2010. Verifica-se que o coeficiente de incidência de Doenças Ocupacionais no estado se mantém maior que o do Brasil (5,1- 3,6) em 2010 e (4,3-3,4) em 2009. Entretanto, para os acidentes típicos neste mesmo ano, a incidência mostrou-se maior em termos gerais no Brasil do que na Bahia 18,3 e 12,7, respectivamente (BAHIA, 2010b).

Em 2009, as LER/DORT, os Transtornos mentais e as Doenças da Coluna Lombar se constituíram nas doenças do trabalho com o maior número de registros, na Bahia. Em 2010, especificamente a LER/DORT e as Doenças da Coluna Lombar somaram 3.614 casos (58,1%), quantitativo discretamente menor do que o apresentado para a Bahia em 2009, respectivamente 3.756 (56,7%) do total de doenças registradas. Em 2010, as DORT permaneceram como o principal conjunto de morbidades relacionadas ao trabalho, porém, os transtornos mentais passaram do segundo para o terceiro lugar, no rol de doenças relacionadas ao trabalho, contudo observa-se, também, o aumento do registro de casos de Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças Infecto-Contagiosas e as Neoplasias. Com relação aos acidentes registrados na Previdência Social, na Bahia, o padrão segue o mesmo que o encontrado para o Brasil, com ferimentos do punho e da mão apresentando-se como os mais freqüentes em 2010, valores em torno de 14% e 8%, respectivamente (BAHIA, 2010b).

Dentre os ramos de atividade que apresentaram as maiores incidências de doenças relacionadas ao trabalho, destacam-se diversas atividades industriais (fabricação de Material Elétrico e Eletrônico (48,2) e Serviços de Usinagem e Solda (10,0)), seguidas por atividades de intermediação financeira (atividades relacionadas a Bancos Múltiplos com carteira comercial). Esses ramos de atividades reconhecidamente envolvem processos laborais que expõem os trabalhadores a postos e organização de trabalhos inadequados. Ainda com relação às atividades econômicas em que mais morreram trabalhadores em decorrência do trabalho, predominaram o transporte rodoviário de carga e a construção civil, repetindo uma tendência de anos anteriores (BAHIA, 2010b).

No estado da Bahia, em 2014, foram registradas no SINAN 6.138 notificações de Agravos Relacionados ao Trabalho (ART) e em comparação com 2012 (4.657 ART), houve um acréscimo em torno de 76% (BAHIA 2015c).

Ao se verificar a história da educação profissional, no que tange aos profissionais de nível médio da saúde, pode-se observar a ausência da formação desses trabalhadores, assim como

a contratação dos mesmos durante muitos anos para trabalhar sem formação específica, o que acarretava em prejuízos para a população, colocando em risco a sua vida, e a do trabalhador, que não era devidamente reconhecido. Diante disso um grande esforço vem sendo feito, pelo Ministério da Saúde, governos estaduais e municipais para reverter esse quadro.

Dados obtidos pela Diretoria de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental (DIVISA), unidade da SESAB, revelam que no ano de 2010, a Bahia apresentava 1.013 trabalhadores de nível médio sem a habilitação profissional específica atuando nas equipes municipais de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental. Desse total de trabalhadores, a macrorregional Centro-Leste, com 168 trabalhadores, apresentava um maior quantitativo; seguida da Sul, com 163; Sudoeste, com 145; Oeste, com 110; Leste, com 104; Extremo-sul, com 101; Nordeste, com 81; Norte, com 71 e a Centro-Norte, com 70. Esse quadro demonstra a importância da realização da formação desses trabalhadores, tendo em vista a melhoria da atenção à saúde da população baiana (BAHIA, 2010a).

O Ministério da Educação (MEC) promulgou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei Federal nº. 9.394/96, que implicou na rediscussão dos marcos e referenciais da educação como um todo e, mais especificamente, da educação profissional técnica de nível médio (BRASIL, 1996).

O Parecer CNE/CEB nº. 16/99 do Conselho Nacional de Educação, afirma que não se concebe, atualmente, a educação profissional como simples instrumento de política assistencialista ou linear ajustamento às demandas do mercado de trabalho, mas sim, como importante estratégia para que os cidadãos tenham efetivo acesso às conquistas científicas e tecnológicas da sociedade (BRASIL, 1999a, p.8). Esta afirmativa indica claramente a necessidade de superar o enfoque tradicional de formação profissional baseada exclusivamente no treinamento de pessoas para executar determinado conjunto de procedimentos. Ainda segundo o referido parecer, a educação profissional técnica requer, além do domínio operacional de um determinado fazer, a compreensão global do processo produtivo, com a apreensão do saber tecnológico, a valorização da cultura do trabalho e a mobilização dos valores necessários à tomada de decisões (BRASIL, 1999a, p.8).

A Resolução, CNE/CEB nº. 04/99 instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico que norteia a organização e o planejamento dos cursos, objeto desse trabalho (BRASIL, 1999b).

A formação dos trabalhadores do SUS constitui-se numa estratégia para o desenvolvimento de ações integrais e efetivas que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de risco e agravos da população. Para atender a demanda do profissional de nível médio da saúde, bem como de estimular o fortalecimento e a expansão da educação profissional em todas as modalidades, as Escolas Técnicas do SUS (ET-SUS), foram criadas.

A Escola de Formação Técnica em Saúde Professor Jorge Novis (ET-SUS/Bahia), unidade da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), vinculada a Superintendência de Recursos Humanos da Saúde (SUPERH), responsável pela formação dos profissionais de nível médio da saúde do Estado vem trabalhando de forma articulada com parceiros intra e interinstitucionais comprometidos com o SUS. Essas parcerias têm sido fundamentais para o desenvolvimento dos cursos, que ocorrem por meio de execução curricular descentralizada, nas unidades de produção dos serviços de saúde dos municípios ou na comunidade, contando com o apoio técnico, político e pedagógico da escola na preparação dos profissionais de saúde no nível local para a atividade de docência.

Além disso, em consonância com a Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação Permanente em Saúde na Bahia (PEGTEPS), a ET-SUS/Ba, entende que os trabalhadores de saúde são sujeitos e agentes transformadores de suas práticas, das relações de trabalho desenvolvidas em equipe para os usuários e considera o trabalho como princípio educativo compreendendo a educação permanente como uma dimensão do cuidado em saúde. Sendo assim, a maior parte dos seus cursos ocorre no próprio serviço, garantindo ao trabalhador a sua formação.

A ET-SUS/Bahia estará desenvolvendo a Formação Profissional do Técnico em Vigilância em Saúde por meio de recursos financeiros do Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), através do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS<sup>37</sup>).

O MEC, no ano de 2008, publicou o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, instituindo no eixo

---

<sup>37</sup> Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde- que tem como objetivo financiar projeto, através do Ministério da Saúde, de acordo com a realidade locorregional, principalmente em regiões como o Norte e o Nordeste, onde as demandas por qualificação de recursos humanos são maiores.

tecnológico denominado **Ambiente, Saúde e Segurança**, o curso Técnico em Vigilância em Saúde (BRASIL, 2008). Posteriormente, através da Resolução CNE/CEB nº04, de 06 de junho de 2012, fica definida a nova versão do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio, onde o curso Técnico de Vigilância em Saúde passa para o eixo tecnológico, Ambiente e Saúde (BRASIL, 2012a). Neste Catálogo (BRASIL 2012b, p. 30), estão caracterizadas as ações que conformam a atuação desse profissional. São elas:

- Desenvolver ações de inspeção e fiscalização sanitárias, aplicar normatização relacionada a produtos, processos, ambientes, inclusive o do trabalho e serviços de interesse da saúde;
- Investigar, monitorar e avaliar riscos e os determinantes dos agravos e danos à saúde e ao meio ambiente;
- Compor equipes multidisciplinares de planejamento, execução e avaliação do processo de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador;
- Atuar no controle do fluxo de pessoas, animais, plantas e produtos em portos, aeroportos e fronteiras;
- Desenvolver ações de controle e monitoramento de doenças, endemias e de vetores;

Na construção do modelo de atenção em saúde, as ações a serem desenvolvidas por estes profissionais atendem o escopo das propostas de reorganização dos serviços e de avanço do processo de descentralização em saúde, que sinaliza a incorporação desses atores no âmbito do cenário municipal. Neste contexto, faz-se necessária a flexibilidade para inclusão progressiva de novos conceitos e práticas pelas equipes municipais, sejam elas de Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Saúde Ambiental ou de Saúde do Trabalhador.

Portanto, pretende-se com essa habilitação, por meio dos conhecimentos teórico- práticos bem como dos estágios supervisionados a ser desenvolvidos, subsidiar o processo de trabalho dessas equipes locais, buscando a ampliação de conhecimento, a socialização de conceitos e integração de procedimentos, com vistas a contribuir para reorganização dos sistemas municipais de vigilância e para transformação das práticas de saúde, mediante a interação dos profissionais envolvidos na atenção primária e na de vigilância da saúde no Estado da Bahia.

## **1. 2. OBJETIVO**

- Habilitar em Técnico em Vigilância em Saúde, Eixo Tecnológico: Ambiente, Saúde e Segurança, Educação Profissional Técnica de Nível Médio, o trabalhador da rede do SUS – BA e pessoas da comunidade mediante seleção pública, a fim de contribuir para o fortalecimento e ampliação da qualidade de resposta do setor saúde às necessidades da população.

## **2. REQUISITOS DE ACESSO AO CURSO**

O Curso de Técnico em Vigilância em Saúde é destinado aos trabalhadores, do Sistema Único de Saúde, que exercem atividades ou funções relacionadas com a habilitação pretendida, com idade mínima de 18 anos e que tenham concluído o ensino médio ou estejam cursando a última série deste nível de ensino ou Aceleração III.

Para as pessoas da comunidade os requisitos são: idade mínima de 18 anos, conclusão do ensino médio e comprovação de aprovação no processo seletivo público da EFTS / Municípios.

### **2.1. DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA MATRÍCULA**

- Ficha de matrícula com uma foto 3x4 colada e corretamente preenchida e assinada e datada.
- Fotocópias legíveis da carteira de identidade, do CPF, do título de eleitor com comprovante da última votação, do Registro Civil (caso haja mudança de sobrenome – para o sexo feminino) e da quitação militar (para o sexo masculino).
- Quando em curso da última série ou Aceleração III, apresentar original e cópia do

atestado de matrícula.

- Original e fotocópia do histórico ou do certificado com histórico escolar do Ensino Médio.
- Declaração dos gestores comprovando atuação dos trabalhadores na Vigilância em Saúde.
- Termo de Compromisso dos gestores liberando os trabalhadores para a frequência ao curso.

### **3. PERFIL PROFISSIONAL DE CONCLUSÃO E COMPETÊNCIAS**

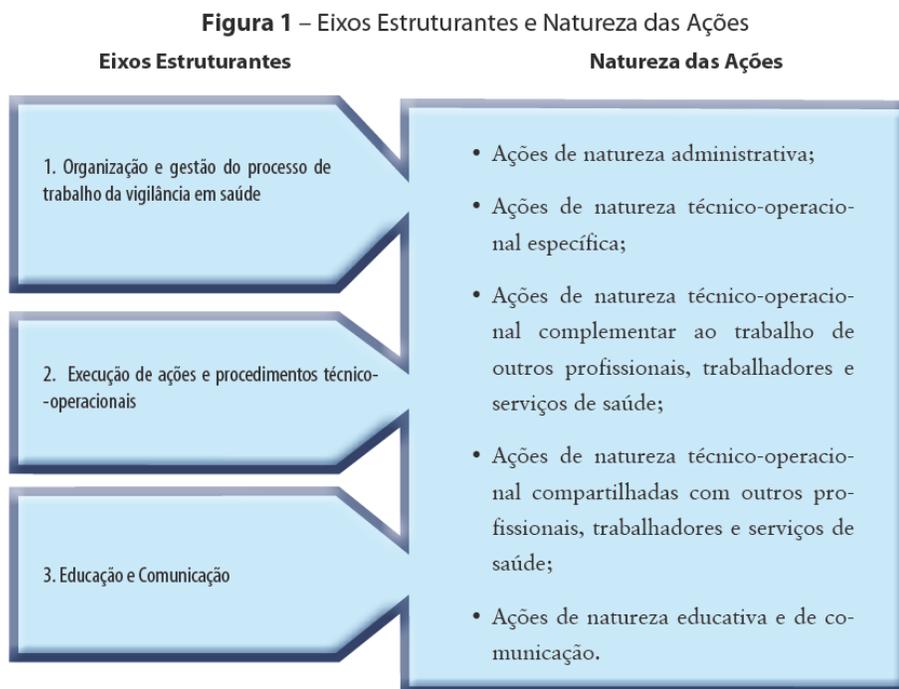
O Técnico em Vigilância em Saúde é um profissional técnico, com educação básica de nível médio, cuja habilitação está legalmente estabelecida no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos do Ministério da Educação (BRASIL, 2012).

Como técnico integrará uma equipe multiprofissional nos serviços de saúde, desempenhando papel fundamental na organização da atenção básica e da vigilância da saúde, por se constituir como elo entre a comunidade e os serviços de saúde.

Para que este papel seja efetivo, seu desempenho, balizado pela realidade do exercício profissional e requerido pelo trabalho em saúde, envolverá ações de promoção e proteção da saúde, prevenção e controle dos agravos e doenças, sejam nos domicílios ou nos demais espaços da comunidade, a partir de um núcleo de competências gerais da área da saúde e de competências específicas da habilitação de Técnico em Vigilância em Saúde, definidas com base em eixos estruturantes como: organização e gestão do processo de trabalho da vigilância em saúde; execução de ações e procedimentos técnico-operacionais; educação e comunicação (BRASIL, 2011, p. 26).

No perfil de conclusão, buscando garantir a integralidade das ações, as competências estão ainda vinculadas à natureza das ações de baixa e média complexidade executadas por este profissional, sendo elas: administrativa; técnico-operacional específica; técnico-operacional

complementar ao trabalho de outros profissionais, trabalhadores e serviços de saúde; técnico-operacional compartilhadas com outros profissionais, trabalhadores e serviços de saúde e educativa e de comunicação, segundo os contextos onde é desenvolvido o processo de trabalho do Técnico em Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011, p. 26).



Fonte: BRASIL, 2011, p. 26.

Neste sentido, o Técnico em Vigilância em Saúde deverá ter inserção participativa na sociedade com atuação profissional criativa e, especialmente, mais acolhedora e comprometida com as pessoas, incorporando a dimensão de comunicação e percepção das necessidades do outro para ampliar o conhecimento sobre a população, com vistas a uma assistência integral. Deverá também atuar em conjunto com outros trabalhadores da saúde, imprimindo em sua prática a referência do mundo do trabalho e apropriando-se de outros saberes em busca de uma integração multidisciplinar na perspectiva de concretizar as diretrizes do SUS.

Sensível a importância de sua conscientização sobre os problemas da realidade, estará

apto a desenvolver práticas que se contrapondo à mera reprodução de procedimentos técnicos e de ações fragmentadas priorizará a atenção à saúde e não à doença, destacando como fatores relevantes, a vigilância da saúde e a inter-relação dos determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais no processo saúde-doença.

Reconhecer-se como sujeito/profissional do processo de transformação da realidade e gerador de mudanças junto à clientela atendida é outro perfil necessário a este trabalhador de saúde para que possa romper ou lidar com as iniquidades, legado de uma prática de saúde subordinada, muitas vezes, a interesses que não são do coletivo.

Enfim, a atuação deste profissional será co-responsável pela saúde da população e pela prevenção e controle do meio ambiente de sua área de abrangência, estando comprometida com a participação social, com a autonomia da população em relação à própria saúde e preservação do meio ambiente, pautando-se em atitudes humanizadas, na ética, no respeito à diversidade cultural, na solidariedade e na responsabilidade social, em um compromisso político com a melhoria da qualidade de vida da população local e da sociedade brasileira.

A adoção do modelo de competência como referencial para a formulação do plano curricular dos cursos de formação profissional de técnicos de nível médio para a área da saúde, como vem sendo indicado pelo DEGES/SGTES/MS, está apoiada no conceito de competências de Zarifian por possibilitar e permitir que a abrangência e a transversalidade das múltiplas dimensões do trabalho em saúde sejam contempladas (BRASIL, 2011, p. 23).

Para tanto, compreende-se competência profissional como o ato de assumir responsabilidades diante das situações complexas de trabalho e que se expressa na capacidade de responder satisfatoriamente às necessidades **do mundo do trabalho** (grifo nosso) e demandas dos indivíduos e coletividades, através do trabalho como participação ativa, consciente e crítica no contexto em que se realiza, com efetiva contribuição na qualidade de vida da população. Assim competência é o que o indivíduo sabe ou é capaz de fazer em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes (BRASIL, 2011, p. 23).

### **3.1 Competências Profissionais Gerais do Técnico da Área de Saúde**

- Identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.
- Identificar a estrutura e organização do sistema de saúde vigente.
- Identificar funções e responsabilidades dos membros da equipe de trabalho.
- Planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade.
- Realizar trabalho em equipe, correlacionando conhecimentos de várias disciplinas ou ciências, tendo em vista o caráter interdisciplinar da área.
- Aplicar normas de biossegurança.
- Aplicar princípios e normas de higiene e saúde pessoal e ambiental.
- Interpretar e aplicar legislação referente aos direitos do usuário.
- Identificar e aplicar princípios e normas de conservação de recursos não renováveis e de preservação do meio ambiente.
- Aplicar princípios ergonômicos na realização do trabalho.
- Avaliar riscos de iatrogenias, ao executar procedimentos técnicos.
- Interpretar e aplicar normas do exercício profissional e princípios éticos que regem a conduta do profissional de saúde.
- Identificar e avaliar rotinas, protocolos de trabalho, instalações e equipamentos.
- Operar equipamentos próprios do campo de atuação, zelando pela sua manutenção.
- Registrar ocorrências e serviços prestados de acordo com exigências do campo de atuação.
- Prestar informações ao cliente, ao paciente, ao sistema de saúde e a outros profissionais sobre os serviços que tenham sido prestados.
- Orientar clientes ou pacientes a assumirem, com autonomia, a própria saúde.
- Coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação.
- Utilizar recursos e ferramentas de informática específicos da área.

- Realizar primeiros socorros em situações de emergência.

### **3.2 Competências Específicas do Técnico em Vigilância em Saúde (BRASIL, 2011, p. 27-32)**

***1. Organizar e gerir o processo de trabalho da Vigilância em Saúde utilizando dados e informações para identificar e intervir em situações de risco, de vulnerabilidade e de suscetibilidade de grupos populacionais e ambientes, conforme normas e protocolos estabelecidos pela União, estados e municípios.***

#### **3.2.1 Organização dos Conhecimentos – Dimensões do Saber Ser, Saber Fazer e do Saber**

##### **Saber Fazer (habilidades)**

- Selecionar e analisar fontes de dados e informações de interesse para a organização do processo de trabalho.
- Articular fluxos de informação para a organização do processo de trabalho.
- Desenvolver, em conjunto com a equipe, ações de planejamento e organização do trabalho em vigilância em saúde.
- Operar sistemas de informação de interesse para a área de vigilância em saúde.
- Acessar informações socioeconômicas e outras fontes (IBGE, DATASUS).
- Redigir relatórios técnicos.
- Monitorar e avaliar as ações desenvolvidas nas unidades e serviços de vigilância em saúde.
- Identificar a importância da pesquisa como ferramenta para a sua prática profissional;

**Saber Saber (conhecimentos)**

- Estrutura e organização do SUS: história, legislação, políticas e gestão da saúde e da vigilância em saúde.
- Política Nacional de Saúde: princípios e diretrizes do SUS e programas prioritários.
- Política Nacional de Promoção da Saúde.
- Política Nacional de Atenção Básica.
- Estrutura e organização do MS, SES e SMS.
- Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.
- Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
- Plano municipal e local de saúde.
- Trabalho: conceito, história, contexto do trabalho na área da saúde, organização do processo de trabalho em saúde e especificidades do trabalho na vigilância em saúde.
- Ética e bioética.
- Planejamento, monitoramento e avaliação.
- Sistemas de informação de interesse da vigilância em saúde e da atenção básica e os sistemas estaduais e municipais de informação.
- Protocolos do SNVS e do SINAVISA.
- Instrumentos da Gestão (Plano de Saúde, PAVS, Programa Anual da Visa, Relatório Anual de Gestão).
- Normas de redação (técnica e científica).
- Metodologia da Pesquisa Científica.
- Iniciação a Pesquisa Científica.

***2. Executar ações e procedimentos técnicos específicos, complementares e compartilhados no sentido da proteção, prevenção e controle de doenças e de agravos e riscos relacionados a produtos, ambientes, serviços de saúde e outros serviços de interesse da saúde.***

**Saber Fazer (habilidades)**

- Desenvolver ações de coleta e qualificação da informação.
- Identificar e informar a ocorrência de agravos de notificação compulsória, eventos adversos e queixa técnica.
- Aplicar oportuna e pertinentemente a legislação sanitária para fins de cadastro, monitoramento e fiscalização de produtos, serviços de saúde, ambientes (incluindo o de trabalho) e outros de interesse da saúde.
- Mapear e referenciar geograficamente agravos, fatores de risco e outras informações relevantes para a saúde humana.
- Analisar situação de saúde e elaborar plano operacional para o desenvolvimento do trabalho.
- Monitorar, no meio ambiente, fatores não biológicos de risco para saúde humana relacionados à qualidade da água, solo e ar (ambientes coletivos fechados).
- Monitorar a qualidade da água para consumo humano em nível local.
- Monitorar a presença de contaminantes ambientais que interferem na saúde humana em nível local.
- Controlar reservatórios animais de doenças, vetores, animais peçonhentos e artrópodes de importância sanitária.
- Atuar em situações de surtos de DTA's, zoonoses, arboviroses, ectoparasitoses, articulando fluxos, dinâmica e atribuições dos serviços de vigilância sanitária e epidemiológica.

- Monitorar, no meio ambiente, a presença de vetores, animais peçonhentos e outros de importância sanitária.
- Atuar na vigilância e no controle de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis.
- Aplicar protocolos referentes à busca ativa de agravos, doenças, eventos adversos e queixa técnica.
- Monitorar a ocorrência de zoonoses em populações animais de interesse para a saúde humana, silvestres, sinantrópicos e reservatórios animais de doenças.

### **Saber Saber (conhecimentos)**

- Conceitos básicos de geografia e de cartografia.
- Territorialização e geoprocessamento em saúde.
- Epidemiologia: conceito, etapas, métodos e aplicação de medidas de intervenção, conceitos de risco, surto, determinantes e condicionantes em saúde, vulnerabilidade e indicadores de saúde, conceitos de agravos, de doença, de eventos adversos e de queixa técnica.
- Conceitos, etapas, métodos e aplicação de medidas de intervenção em vigilância em saúde.
- Doenças e agravos (transmissíveis e não transmissíveis) conforme perfil sanitário nacional e território de referência.
- Métodos, técnicas e instrumentos de busca ativa e de notificação.
- Emergências e urgências em saúde pública: regulamento sanitário internacional, rede de informações estratégicas em saúde e sua inserção nas redes de atenção à saúde.
- Protocolos referentes à busca ativa de agravos, doenças, eventos adversos e queixa técnica.

- Conhecimentos básicos de: microbiologia, toxicologia, imunologia, bioestatística.
- Contaminantes ambientais não biológicos que interferem na saúde humana.
- Saneamento ambiental: sistemas de abastecimento de água, parâmetros de portabilidade, esgotamento sanitário e resíduos sólidos, drenagem urbana.
- Biologia de artrópodes de importância sanitária, animais peçonhentos, hospedeiros e reservatórios animais de doença.
- Taxonomia de artrópodes de importância sanitária, animais peçonhentos, hospedeiros e reservatórios animais de doença.
- Anatomia e fisiologia de canídeos e felinos para fins de coleta de amostras de sangue.
- Técnicas de armazenamento, transporte, conservação de imunobiológicos (PNI e CRIE).
- Técnicas de aplicação de imunobiológicos em animais (canídeos e felinos).
- Técnicas de coleta, acondicionamento e remessa de diferentes tipos e classes de amostras para análise (água, solo, alimentos e outras de interesse da saúde).
- Técnicas de coleta, de captura, de acondicionamento e de remessa de artrópodes de importância sanitária, animais peçonhentos, hospedeiros e reservatórios animais de doença.
- Técnicas de controle de artrópodes de importância sanitária, animais peçonhentos, hospedeiros e reservatórios animais de doença.
- Medidas de prevenção e controle nas zoonoses, arboviroses, ectoparasitoses, animais peçonhentos.
- Medidas de prevenção e controle do meio ambiente, produtos e serviços.
- Medidas de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças.
- Normas de segurança no trabalho.

### **3. Mobilizar a população, trabalhadores e serviços da saúde e de outras áreas do**

***território de referência para programar ações e intervenções intersetoriais voltadas para a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde.***

### **Saber Fazer (habilidades)**

- Programar e organizar treinamentos e eventos para a qualificação da equipe de trabalho.
- Orientar pessoas, grupos, setores de prestação de serviços e de produção quanto a ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde.
- Executar ações de educação para a saúde e mobilização social associadas à melhoria da qualidade de vida, à preservação, à proteção e utilização dos bens e recursos ambientais, incluindo os relacionados ao trabalho.
- Criar e construir meios de informação e de comunicação para a população do território de referência.
- Usar técnicas de negociação e abordagem de pessoas, organizações e grupos.
- Integrar equipes de planejamento e programação de ações de proteção e promoção à saúde de grupos referidas ao ambiente e à segurança do trabalho.

### **Saber Saber (conhecimentos)**

- Bases sociais, pedagógicas e antropológicas dos processos de comunicação, mobilização e de educação para a saúde.
- Direito Sanitário Ambiental e de saúde do trabalhador.
- Técnicas de elaboração de material e recursos educativos e de comunicação.
- Processos educativos e técnicas de mobilização e negociação de grupos e coletividades.

### **Saber Ser (atitudes/valores)**

O saber – ser (produção de si) é considerado transversal a todas as competências e se expressa pela capacidade de crítica, ética, reflexão e mudança ativa em si mesmo e nas suas práticas. O saber – ser incorpora a:

- Interagir com os indivíduos e seu grupo social; com coletividades e a população

Considerar a linguagem corporal e verbal do usuário;

- Respeitar valores, direitos, culturas e individualidades ao pensar e propor as práticas de saúde;
- Buscar alternativas frente a situações adversas, com postura ativa recorrer à equipe multiprofissional para a solução ou encaminhamento de problemas identificados;
- Levar em conta a pertinência, oportunidade e precisão das ações e procedimentos que realiza, medindo – se pelos indivíduos, grupos e populações a que se refere sua prática profissional;
- Colocar – se em equipe de trabalho em prol da organização e eficácia das práticas de saúde;
- Pensar criticamente seus compromissos e responsabilidades como cidadão e trabalhador.
- Reconhecer a importância da supervisão e a ela recorrer para a solução dos problemas identificados.

## **4. ORGANIZAÇÃO, CARGA HORÁRIA, ESTRUTURA CURRICULAR, METODOLOGIA E PLANO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO**

## 4.1 ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

*O currículo integrado é, portanto, um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional busca articular de forma dinâmica e sistemática, trabalho e ensino, teoria e prática, ensino e comunidade. As relações entre trabalho e ensino, entre os problemas e suas possibilidades de solução devem sempre, estar remetidas às características sócio-culturais do território em que este processo se desenvolve. (DAVINI, 1986).*

*Um artefato sócio-educacional que se configuram nas ações de conceber/selecionar/produzir/organizar, institucionalizar, implementar/dinamizar, saberes, conhecimentos, atividades, competências e valores visando uma dada formação, configurada por processos e construção constituído na relação com conhecimento eleito como educativo. (MACEDO, 2008, p.24).*

Com objetivo de atender à necessidade de integrar ensino-trabalho-comunidade e articular prática e teoria, o formato curricular utilizado nos cursos da Escola é o currículo integrado, que se constitui como opção política e pedagógica para este curso.

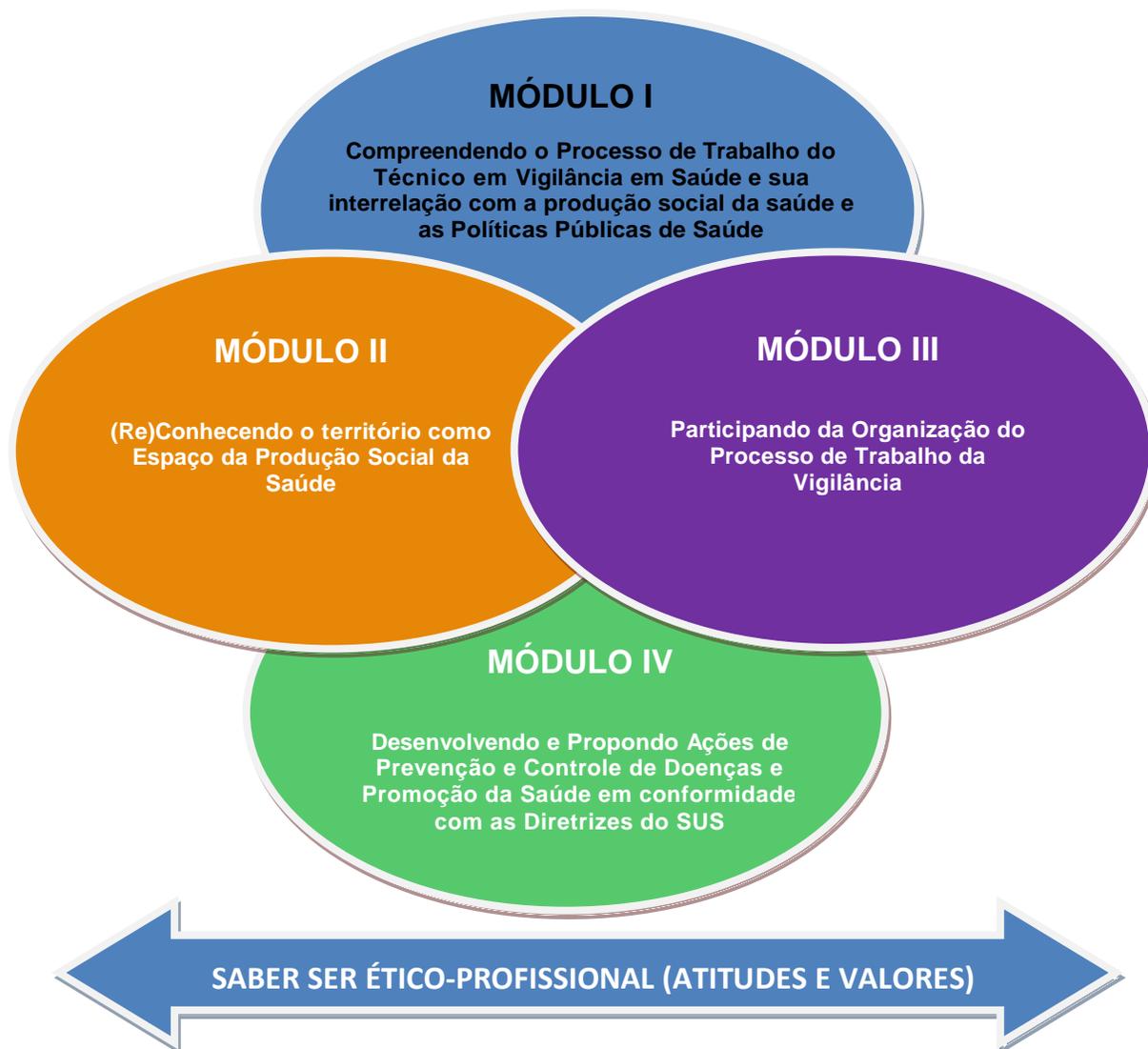
Este currículo está estruturado em módulos, considerando o trabalho como princípio educativo, e unidades de ensino - aprendizagem que permite a articulação de bases e fundamentos essenciais para a formação do Técnico em Vigilância em Saúde: meios e equipamentos do trabalho em vigilância em saúde; território/área de abrangência; determinantes e condicionantes sociais e econômicos e condições de vida e saúde da população (história, referências demográficas, social, política e cultural da população e do território); políticas; planejamento e organização da atenção à saúde no território; o SUS; o SNVS; o SINAVISA; medidas de intervenção e execução de ações e procedimentos em situações de riscos, agravos, eventos adversos, queixa técnica.

## 4.2 CARGA HORÁRIA

O presente curso terá carga horária total de 1.300 horas, distribuídas conforme Resolução CNE nº 04/99: 1.200 horas de momentos de aulas teórico-práticas e 100 horas de prática profissional.

- O **Módulo I** terá carga horária de 260 horas de teoria e prática.
- O **Módulo II** terá carga horária de 260 horas de teoria e prática.
- O **Módulo III** terá carga horária de 300 horas de teoria e prática.
- O **Módulo IV** terá carga horária de 480 horas, sendo 380 horas de teoria e prática e 100 horas de prática profissional.

**Figura 2** – Módulos que compõem a estrutura curricular.



Os módulos estão estruturados em unidades de ensino-aprendizagem e apresentam uma série encadeada de atividades que surgem das situações do próprio serviço possibilitando a reflexão e a construção individual e coletiva dos conhecimentos que reverterão em novas formas de ação (DAVINI, 1986). Neste sentido, cada unidade de ensino-aprendizagem utiliza estratégias pedagógicas tais como: chuva de idéias, debates, construção de painéis e cartazes, apresentação de vídeos e músicas, estudo dirigido (análise de casos), pesquisas, dramatizações, demonstrações práticas e simulações, articulação com os serviços e a comunidade através de feiras de saúde e outros, além da fundamentação teórica através de textos de apoio e dispersão na comunidade e em instituições de saúde.

Estes e outros recursos utilizados facilitarão a construção do conhecimento integrando teoria/prática, articulando e aplicando às situações reais ou similares ao processo de trabalho, possibilitando ao educando decidir porque fazer, como fazer, quando, onde, com que, com quem e para que. Estas reflexões possibilitam avaliar seus avanços e dificuldades.

### 4.3 MATRIZ CURRICULAR

H A B I L I T A Ç Ã O  P R O F I S S I O N A L  E M  T É		<b>Carga Horária</b>		
	<b>Módulo I</b>	<b>Teórico – Prática</b>	<b>Prática Profissional</b>	<b>Total</b>
	<b>Compreendendo o Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde</b>	260	-	260
	<b>Subtotal Módulo I</b>	<b>260</b>	-	<b>260</b>
		<b>Carga Horária</b>		
	<b>Módulo II</b>	<b>Teórico – Prática</b>	<b>Prática Profissional</b>	<b>Total</b>
	<b>(Re) conhecendo o Território como Espaço da Produção Social da Saúde</b>	260		260
	<b>Subtotal Módulo II</b>	<b>260</b>		<b>260</b>
		<b>Carga Horária</b>		
	<b>Módulo III</b>	<b>Teórico – Prática</b>	<b>Prática Profissional</b>	<b>Total</b>

C N I C O  E M  V I G I L Â N C I A  E M  S A Ú D E	Conhecendo as Políticas de Saúde e Participando do Planejamento Local para a Organização do Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde	300		300
	<b>Subtotal Módulo III</b>	<b>300</b>		<b>300</b>
		<b>Carga Horária</b>		
	<b>Módulo IV</b>	<b>Teórico – Prática</b>	<b>Prática Profissional</b>	<b>Total</b>
	Desenvolvendo e Propondo Ações de Promoção e Proteção à Saúde, Visando a Organização das Práticas de Vigilância em Saúde	480	100	580
	<b>Subtotal Módulo IV</b>	<b>480</b>	<b>100</b>	<b>580</b>
	<b>Total de Carga Horária dos Módulos</b>	<b>1200</b>	<b>100</b>	<b>1300</b>

#### 4.4 ORGANIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS

Para fins didáticos, os conteúdos estão organizados em módulos, tendo como referência as competências relacionadas aos eixos estruturantes em que habilidades, conhecimentos e valores foram definidos considerando o perfil de conclusão estabelecido para o curso.

#### **Módulo 1: Compreendendo o Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde e a Interrelação com as Políticas Públicas de Saúde.**

##### **1. Produção Social da Saúde:**

- 1.1 Os determinantes e condicionantes do Processo de Saúde-Doença;
- 1.2 Riscos e vulnerabilidade;

##### **2. Políticas Públicas e o SUS:**

- a. Políticas Públicas de Saúde no Brasil;

- b. Política Nacional de Saúde: antecedentes, princípios e diretrizes, arcabouço jurídico e estrutura do SUS, programas prioritários;

### **3. Vigilância em Saúde no SUS:**

- 3.1. História, conceito e estruturas operacionais da Vigilância em Saúde no SUS;
- 3.2. Política Nacional de Vigilância em Saúde, suas portarias e decretos;

### **4. Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde:**

- 4.1. História, conceito, contexto e organização do trabalho na área da saúde e especificidades do trabalho em Vigilância em Saúde;
- 4.2. Organização dos processos de trabalho da Vigilância em Saúde;
  - 4.2.1. Trabalho em equipe;
  - 4.2.2. Atribuições específicas dos profissionais da Atenção Primária;
  - 4.2.3. Estratégias para a organização do trabalho da Vigilância em Saúde;
    - Integração e Intersetorialidade;
    - Articulação do trabalho da Vigilância em Saúde com Organizações e Redes Sociais do território de referência;

### **5. Ética e Direito Sanitário:**

- 5.1. Conceitos e implicações nas relações de trabalho de: Ética, Bioética e Biossegurança;
- 5.2. Proteção e segurança no trabalho.

## **Módulo 2: (Re)Conhecendo o Território como Espaço da Produção Social da Saúde.**

### **1. Território e a Vigilância em Saúde:**

- 1.1. Conceito, espaço, lugar, território e sociedade;
- 1.2. Territorialização: conceitos, métodos, técnicas e práticas;
- 1.3. Geoprocessamento em saúde: conceito, métodos e técnicas
- 1.3. Conceitos Básicos de Geografia e Cartografia;

- Espaço, lugar, território e sociedade;
- Mapas e representações cartográficas;
- Sistema de informação geográfico.

- 1.4. Mapas e representações cartográficas;

## **2. Bases Sociais, Pedagógicas e Culturais dos Processos de Comunicação e de Educação para a Saúde:**

- 2.1. Técnicas de elaboração de material e recursos instrucionais e de comunicação;
- 2.2. Normas de redação técnica.

## **3. Fundamentos básicos de informática**

## **4. Informação em Saúde:**

- 4.1. Sistemas de Informação em Saúde:
  - 4.1.1. Papel e tipos de informação para o trabalho na saúde;
  - 4.1.2. Ferramentas de acesso à Rede de Informação em Saúde e utilização de *software*.
  - 4.1.3. Sistemas de Informação Socioeconômicos, Demográficos e Específicos da Área de Vigilância em Saúde.
  - 4.1.4. Sistemas Estaduais e Municipais de Informação.

## **5. Epidemiologia e Bioestatística:**

- 5.1. Conceitos; Métodos, aplicação e medidas em saúde coletiva;

- 5.2. Indicadores de saúde;
- 5.3. Processos endêmicos e epidêmicos;
- 5.4. Perfil sanitário nacional e do território de referência: doenças e agravos (transmissíveis e não transmissíveis), eventos adversos e queixa técnica.

### **Módulo 3: Participando do Planejamento Local para a Organização do Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde**

#### **1. Política Nacional de Saúde:**

- 1.1. Conceitos, fundamentos e princípios;
- 1.2. Política Nacional de Promoção da Saúde;
- 1.3. Política Nacional da Atenção Básica;
- 1.4. Política Nacional de Humanização;
- 1.5. Política Nacional de Educação Permanente.

#### **2. Política de Vigilância em Saúde:**

- 2.1. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS);
- 2.2. Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SINAVISA).

#### **3. Planejamento em Saúde:**

- 3.1. Tipos e conceitos;
- 3.2. Programação locorregional das ações da vigilância em saúde;
- 3.3. Instrumentos de Gestão (Pacto pela Saúde, PDR, PDI, PAVS, Relatório de Gestão, Plano Estadual e Municipal de Saúde, PDVISA, Planos de ação de Visa);
- 3.4. Monitoramento e avaliação;
- 3.5. Base de dados e informações para o planejamento, programação,

monitoramento e avaliação em vigilância em saúde.

#### **4. Organização dos Processos de Trabalho da Vigilância em Saúde:**

- 4.1. Rede de Atenção em Saúde (fluxos, referência e contrarreferência);
- 4.2. Atribuições específicas dos profissionais da atenção primária;
- 4.3. Estratégias para a organização e operacionalização do trabalho da vigilância em saúde:
  - a. Integração e intersetorialidade;
  - b. Ações programáticas/pactuadas;
  - c. Articulação do trabalho da vigilância em saúde com organizações e redes sociais do território de referência.

### **Módulo 4: Desenvolvendo e Propondo Ações de Promoção e Proteção à Saúde, Visando a Organização das Práticas de Vigilância em Saúde**

#### **1. Conhecimentos Básicos de Microbiologia, Toxicologia, Imunologia.**

#### **2. Vigilância de Agravos e Doenças:**

- Doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis;
- Métodos, técnicas, protocolos e instrumentos de busca ativa e de notificação;
- Emergências e urgências em saúde pública.

#### **3. Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde:**

- Técnicas de coleta, acondicionamento e remessa de diferentes tipos e classes de amostras para análise fiscal;
- Medidas de prevenção e controle;
- Medidas de prevenção de pós-uso de produtos (eventos adversos e queixa técnica);

- Métodos, técnicas, protocolos e instrumentos de busca ativa e de notificação.

- Poder de polícia
- Inspeção sanitária
- Processo Administrativo Sanitário

4. **Vigilância de Água, do Ar e do Solo:** técnicas de coleta, acondicionamento e remessa de diferentes tipos e classes de amostras para análise; medidas de prevenção e controle do meio ambiente.

5. **Vigilância no Ambiente de Trabalho:** técnicas, métodos e protocolos de mapeamento de risco; normas de segurança no trabalho.

6. **Programa Nacional de Imunização:** classificação, indicação, vigilância em eventos adversos e queixa técnica, técnicas de armazenamento, transporte e conservação; CRIE, técnicas de aplicação de imunobiológicos em animais (canídeos e felinos).

7. **Vigilância de Artrópodes, Animais Peçonhentos, Hospedeiros e Reservatórios Animais de Doença:** biologia e taxonomia, técnicas de controle, de coleta, de captura, de acondicionamento e de remessa.

8. **Vigilância de Canídeos e Felinos**

9. **Vigilância em zoonoses, arboviroses, ectoparasitoses:** técnicas de controle e medidas de prevenção.

10. **Medidas de Promoção da Saúde.**

11. **Direito Sanitário, Ambiental e de Saúde do Trabalhador.**

#### 4.5 METODOLOGIA

Atendendo à especificidade da clientela, que são trabalhadores da área de vigilância em saúde, sem qualificação específica, a linha pedagógica adotada é a da problematização, tendo por base os pressupostos da educação crítica, utilizando a metodologia de integração ensino-

serviço-comunidade, articulando momentos de reflexão teórico-práticos e aplicação dos fundamentos científicos em situações concretas, assegurando o alcance dos conhecimentos e domínio dos procedimentos que conformam o perfil profissional dessa categoria, através de momentos das aulas teórico-práticas e prática profissional.

Os períodos de aulas teóricos-práticos são caracterizados como momentos em que o docente juntamente com os discentes desenvolvem as seqüências de atividades utilizando fundamentalmente a reflexão para aprofundar, acrescentar e sistematizar o conhecimento.

O período de prática profissional é caracterizado como momento de aplicação dos conhecimentos e será realizado nas unidades de saúde do SUS/Ba e comunidade. O discente, durante a prática profissional, desenvolve ações orientadas por meio de um roteiro de atividades, sendo acompanhado pelo docente, que no trabalho contínuo de discussão e acompanhamento registrará em fichas de desempenho o avanço no processo de aprendizagem de cada discente.

## 4.6 PLANO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

	Módulo IV	Carga Horária	Período de Prática Profissional	Locais	Estrutura	Avaliação
Módulo IV	<p>Propondo e Desenvolvendo Ações de Prevenção e Controle de Doenças e Promoção da Saúde em Conformidade com as Diretrizes do SUS.</p>	100	<p>O período de Prática Profissional do Módulo IV será programado quando for realizado a elaboração do guia curricular do curso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Serviços de Saúde: Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidades de Referência Estadual, Hospitais, dentre outros;</li> <li>▪ Comunidade compreendida por estabelecimentos e serviços de produção (fábricas e empresas), escolas, creches, associações, sindicatos, domicílios, asilos e outros.</li> </ul>	<p>As turmas deverão ser formadas em grupos de no mínimo cinco e no máximo dez, acompanhados por um profissional de saúde com experiência na área e com vínculo ou estadual e que atuará como docente do curso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A Prática Profissional deverá acontecer preferencialmente no horário de trabalho do discente que atua nas unidades de saúde.</li> <li>▪ A Prática Profissional do discente, proveniente da comunidade e que realizou processo de seleção pública, deverá acontecer preferencialmente nos turnos da manhã ou tarde.</li> </ul>	<p>Serão avaliados os discentes e docente durante o processo de ensino/aprendizagem, inclusive no campo de estágio. Esta avaliação será processual e contínua, estimulando a reflexão e análise do desempenho do discente, através do desenvolvimento das seqüências de atividades e de instrumentos contendo indicadores que abranjam aspectos atitudinais e éticos e aspectos cognitivos e habilidades, além de favorecer a auto-avaliação. Os instrumentos utilizados serão: registro do processo pedagógico, registro de ocorrências, ficha de avaliação das habilidades, ficha de avaliação de desempenho, diário de curso, portfólio, relatórios, roteiros de atividades, ficha de avaliação da unidade.</p>

## **5 ESTRATÉGIAS PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO CURSO**

O curso de Técnico em Vigilância em Saúde terá seus momentos de teoria e prática nas instalações de escolas, creches, auditórios de unidades de saúde, dentre outros locais e os momentos de prática profissional, nas unidades de prestação de serviços de vigilância em saúde e comunidade, tendo por ênfase a integração ensino-serviço- comunidade.

A execução curricular descentralizada, nos municípios do estado da Bahia, contará com a assessoria técnica e pedagógica, de uma equipe de profissionais da escola para acompanhamento ao nível regional e local. A coordenação local e a docência serão realizadas por profissionais de nível superior da saúde que atuam na vigilância em saúde (coordenações e serviços de saúde).

## **6 CRITÉRIOS DE APROVEITAMENTO DE CONHECIMENTOS E EXPERIÊNCIAS ANTERIORES**

De acordo com a Resolução CEB nº 4/1999, Art. 11, a escola poderá aproveitar conhecimentos e experiências anteriores, desde que diretamente relacionados com o perfil profissional de conclusão, adquiridos:

- No ensino médio;
- Em qualificações profissionais e etapas ou módulos de nível técnico concluídos em outros cursos;
- Em cursos de educação profissional de nível básico, mediante avaliação do discente;
- No trabalho ou por outros meios informais, mediante avaliação do discente;
- E reconhecidos em processos formais de certificação profissional.

Os conhecimentos e experiências adquiridos no ensino médio e que poderão ser aproveitados, são aqueles que constituem competências gerais para o conjunto da área, bem como, aqueles que ajudarão a desenvolver competências requeridas em módulos intermediários de qualificação profissional integrantes do itinerário da habilitação profissional.

As competências adquiridas em cursos de qualificação profissional e em etapas e módulos de outros cursos de nível técnico também deverão ter comprovação pelo histórico escolar, e, em caso de dúvida, pela avaliação do discente. As competências adquiridas em cursos de educação profissional de nível básico ou por outros meios informais também serão aproveitadas através de comprovação por documento oficial ou mediante avaliação do discente.

Poderão ser aproveitadas, ainda, as competências reconhecidas por processos formais de certificação profissional, mediante comprovação de documento oficial. A dispensa, em qualquer condição, deverá ser requerida antes do início do desenvolvimento da unidade, do módulo ou do curso e em tempo hábil para ser deferida pela direção da Escola, após a devida análise por parte dos docentes e/ou banca examinadora, aos quais caberá a avaliação de competências e habilidades e a indicação de eventuais complementações e/ou nivelamento.

Os docentes ou componentes da banca examinadora que analisarem a dispensa apresentarão relatório que será arquivado no prontuário do discente, juntamente com os documentos que instruíram a solicitação.

O prazo entre a conclusão do primeiro e do último módulo não poderá exceder a cinco anos.

## **7 AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM**

*A avaliação de competências busca verificar a capacidade do educando no enfrentamento de situações concretas, sendo que o foco não é apenas na tarefa, mas na mobilização e articulação dos recursos que o educando dispõe, construídos formal ou informalmente. Esses recursos dizem respeito aos saberes, saber fazer e saber ser relacionados a uma determinada profissão e implicam em desenvolvimento autônomo, assunção de responsabilidades, postura crítica e, sobretudo, comportamento ético. (Depresbiteris, L )*

A avaliação abrangerá as dimensões cognitivas, psicomotoras e atitudinais do discente considerando o seu desempenho referente aos conhecimentos, habilidades, atitudes, valores e ética. Esta visão possibilitará ao docente, acompanhar de forma integrada o desenvolvimento das habilidades comportamentais e de conhecimento, além de atitudes éticas durante todo o processo ensino-aprendizagem. Desse modo, a escola está avançando da avaliação tradicional, para um novo paradigma, numa perspectiva de uma avaliação transformadora ao permiti-la reflexiva, processual, abrangente, participativa, negociável, democrática e libertadora.

O processo de avaliação será considerado como parte integrante do planejamento curricular, e durante o seu desenvolvimento, se constituirá em atividade permanente, sendo observados os seguintes aspectos:

- Avaliação diagnóstica com o propósito de identificar necessidades, conhecimentos e experiências adquiridas anteriormente (conhecimentos prévios) necessárias para o desenvolvimento de novas competências e reorientar o processo;
- Avaliação formativa tem por finalidade acompanhar o progresso do discente, identificar necessidades e introduzir modificações para a melhoria do processo ensino-aprendizagem, promovendo o desenvolvimento das habilidades, atitudes e conhecimentos necessários e propiciar a autonomia do discente para que ele desempenhe um papel ativo na sua aprendizagem;
- Auto-avaliação, importante na construção da autonomia e responsabilidade do sujeito no processo ensino – aprendizagem (aprender a aprender). Valiosa para a motivação do discente e desenvolvimento de sua auto-estima, autoconfiança e segurança;
- Avaliação de desempenho parcial da unidade e ao final do módulo, para sistematizar, interpretar, consolidar o crescimento do discente, definindo e registrando o alcance das competências requeridas para o exercício profissional.

Na avaliação do curso serão utilizados, no período de teoria como no de estágio, múltiplos mecanismos e instrumentos que possam abranger diversas facetas do aprendizado, permitindo acompanhar o avanço do discente no desempenho das atividades de acordo com as competências exigidas pelo seu perfil profissional:

- Desenvolvimento da seqüência de atividades das aulas teóricas e prática profissional observação e análise de situações e/ou problemas de uma dada realidade;
- Reflexão sobre os aspectos discutidos e ou observados durante o processo ensino-aprendizagem;
- Provas, testes conjugados com processos de auto-avaliação;
- Entrevistas;
- Questionários;
- Pesquisas;

- Seminários;
- Dramatizações;
- Trabalhos de grupo;
- Estudo de casos;
- Fichas de avaliação do processo;
- Fichas de auto – avaliação.

As dificuldades apresentadas pelo discente durante o curso, que possam comprometer as etapas subseqüentes, deverão ser sanadas no decorrer desses períodos, por meio de atividades paralelas de recuperação e ajuste a serem planejadas pelo docente. As dificuldades de menor complexidade que permaneçam após as intervenções, poderão ser resolvidas no decorrer das unidades seguintes.

A recuperação paralela é a retomada, para superação das dificuldades identificadas ao longo do desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem. Esta recuperação deverá tomar como base, as habilidades não desenvolvidas, conhecimentos e atitudes não adquiridos pelo discente.

Cabe ressaltar que a freqüência do discente trabalhador é obrigatória e faz parte do processo de avaliação do discente, sendo a assiduidade em todas as atividades curriculares registrada no diário de classe. Não haverá abono ou compensação de faltas nem dispensa de freqüência, salvo nos casos especiais previstos em lei e em casos excepcionais, caberá ao Conselho de Classe resolver os casos referentes à ausência, desde que não haja prejuízo na aprendizagem. A freqüência mínima para aprovação é de 75% em cada unidade de ensino aprendizagem.

A avaliação de desempenho do discente será expressa através de conceito **APTO** e **NÃO APTO**, com base no domínio do SABER, do SABER FAZER e do SABER SER, levando em consideração a capacidade de refletir e modificar sua prática ao final de cada unidade, módulos e curso.

Será considerado **APTO**, o discente que obtiver aproveitamento de 70 a 100% dos indicadores das unidades e módulos.

O discente que não obtiver resultado satisfatório será considerado **NÃO APTO**. Oportunamente a escola poderá pactuar com o discente a retomada do processo ensino aprendizagem, garantindo ao mesmo o direito ao prosseguimento da formação.

## 8. PESSOAL DOCENTE E TÉCNICO

Para o desenvolvimento deste plano de curso, conta-se com uma equipe gestora, técnica e administrativa.

- **Diretor:** profissional de saúde de nível superior, mestre em saúde coletiva, com autorização SEC.
- **Vice - Diretor e Coordenador Técnico – Pedagógico:** profissional de saúde de nível superior, especialista em educação profissional na área de saúde, com autorização SEC.
- **Secretária Escolar:** profissional de saúde de nível superior, especialista em educação profissional na área de saúde, com autorização SEC.
- **Assessora Técnica da Direção:** profissional de saúde de nível superior, mestre em saúde coletiva
- **Coordenador de Ações Estratégicas e Desenvolvimento Institucional -** profissional de saúde de nível superior, mestre em saúde coletiva.
- **Gerente Administrativo e Financeiro:** profissional da área administrativa de nível superior, especialista em administração de serviços.
- **Gerente de Projetos e Pesquisa:** profissional de saúde de nível superior, mestre em saúde comunitária com ênfase em epidemiologia.
- **Gerente de Ensino:** profissional de saúde de nível superior.
- **Gerente de Modernização Técnico Administrativa:** profissional com graduação em sistemas de informação, de nível superior.
- **Bibliotecária:** profissional com formação em biblioteconomia.
- **Docentes Técnicos:** profissionais de saúde de nível superior, enfermeiros, cirurgiões – dentistas e nutricionista, responsáveis pela coordenação da elaboração dos guias curriculares e outras atividades inerentes ao desenvolvimento dos cursos.
- **Apoiadores Técnicos:** profissionais de saúde de nível superior, enfermeiros, cirurgiões

- dentistas e assistentes sociais, mestre e mestrandas, especialistas em educação profissional na área da saúde, com aperfeiçoamento e capacitação técnico-pedagógica para assessoria e coordenação da execução curricular descentralizada desenvolvidos nas unidades de produção de serviços de saúde nos diversos municípios do estado.

- **Coordenadores Locais:** profissionais de saúde de nível superior, com capacitação técnico - pedagógica, que fará a coordenação do curso em nível de município. Sua função além da docência, será apoiar os docentes no planejamento das atividades teóricas, práticas e de prática profissional, avaliação do aprendizado, acompanhamento de frequência, organização das atividades de recuperação, proposição de novas atividades pedagógicas, quando necessário, e organização dos impressos do curso para encaminhamento à EFTS.
- **Docentes:** profissionais de saúde de nível superior que atuam no SUS, com capacitação técnico - pedagógica para a metodologia proposta, onde 19 estão lotados na EFTS com especialização em formação de docentes em educação profissional técnica na área de saúde e outros lotados nas unidades de produção de serviços de saúde quando solicitados para o desenvolvimento de cursos nos municípios. Sua função é a docência tanto na teoria e prática como na prática profissional além do registro das atividades desenvolvidas.

## 9. MATERIAL DIDÁTICO

A Escola disponibilizará um guia curricular composto de seqüência de atividades para os discentes e o docente que orientam o desenvolvimento dos conhecimentos a serem adquiridos por meio de estratégias pedagógicas tais como: chuva de idéias, debates, construção de painéis e cartazes, apresentação de vídeos e músicas, estudo dirigido (análise de casos), dramatizações, demonstrações práticas e simulações, articulação com os serviços e a comunidade através de feiras de saúde e outros, além da fundamentação teórica através de

textos de apoio e visitas na comunidade e em instituições de saúde.

A coordenação técnico - pedagógica, a coordenação local e os docentes do curso Técnico em Vigilância em Saúde, selecionarão e indicarão outros materiais didáticos pertinentes ao desenvolvimento das atividades didático-pedagógicas do currículo (livros, textos, documentos, vídeos e outros) a serem disponibilizados pela biblioteca da escola e outras instituições.

## 10. DIPLOMAS

Os concluintes dos Módulos I, II, III e IV, receberão o Diploma de Habilitação Profissional de Técnico em Vigilância em Saúde.

A expedição do diploma do discente só poderá ser efetuada quando este comprovar a conclusão do ensino médio.

## 11. INSTALAÇÃO E EQUIPAMENTOS

### 11.1. Instalação:

- **Na sede da Escola:**

**A Escola de Formação Técnica em Saúde – Prof. Jorge Novis, Unidade da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, inaugurada em 05.08.96.** Possui quatro (04) pavimentos onde estão distribuídos:

- ✓ **Pavimento primeiro andar:** salas da diretora, da assessora e da secretária; 02 sanitários; 02 salas de aula e um auditório com capacidade para 160 pessoas; secretaria escolar;
- ✓ **Pavimento térreo:** sala da coordenadora técnico-pedagógica; sala da coordenadora

de ações estratégicas e operacionais; sala das gerências de projetos e pesquisa e de ensino; gerência administrativa; gerência de modernização; sala dos docentes; sala das apoiadoras; sala de convênios; sala de produção científica/GT de vigilância em saúde; sala de prática de odontologia; sala de prática de enfermagem; sala de suporte administrativo; sala de apoio de higienização/vigilância; 04 sanitários; 01 recepção; 01 central telefônica; 01 guarita; estacionamento privativo interno com 09 vagas; estacionamento privativo externo com 04 vagas; estacionamento privativo anexo com 18 vagas;

✓ **Pavimento 1º subsolo:** almoxarifado; 02 sanitários, sala de suporte em tecnologia da informação (TI); sala de reprodução de xerox; assessoria de comunicação; sala de licitação; depósito de materiais inservíveis;

✓ **Pavimento 2º subsolo:** biblioteca; sala de patrimônio; copa.

**Localização:** A Escola está sediada na Av. Cardeal da Silva, nº 1339, Federação, CEP: 40.231-305

**Condições de Acesso:** A escola possui como via de acesso o endereço acima citado e a Av. Garibaldi, Av. Vasco da Gama;

Trafegam diária e regularmente nesta área transportes rodoviários (ônibus) de diversas empresas e linhas (bairros).

**Vizinhança:** Estão próximas da escola a Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias, a Universidade Católica de Salvador (UCSAL), unidades básica de saúde são Gonçalo, da rede municipal.

## 11.2 Materiais e Equipamentos:

### ▪ Na sede da Escola:

A escola dispõe de diversos equipamentos como: computadores, impressoras, scanner, projetores multimídia, máquinas fotográficas digitais, notebooks, mp4, televisores, telas de projeção, mesa de áudio, microfones, home theater, computador servidor de rede, computador servidor de dados, rack, roteador, aparelhos DVDs.

**Biblioteca:** Na Biblioteca encontra-se acervo de livros didático específicos para a área do

curso, registrados, catalogados, classificados e atualizados. Também temos revistas, folhetos, jornais, diários oficiais, cópias de DVDs/CDRs, também registrados, catalogados e classificados. Atualmente, a EFTS integra o Sistema de Bibliotecas da SESAB que tem como objetivo promover o acesso democrático as fontes de informação em saúde no âmbito do SUS. Mantém cooperação técnica com a Rede BiblioSUS/MS. Essa biblioteca visa apoiar as atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas pelos profissionais da EFTS e da rede SUS-BA.

O acesso on-line a bases de dados nacionais e internacionais, consulta local ao acervo, empréstimo domiciliar, fornecimento de cópias de artigos, orientação ao usuário para elaboração de trabalhos técnicos e científicos. Atendimento aberto ao público em geral para consulta local ao acervo e leitura.

**Principais bases de dados** - BVS Saúde Pública, Base de E-books da Editora Springer, Base de E-books da Editora Atheneu, Base de E-journals da Editora Gale.

**Horário de funcionamento** - Segunda à sexta - 09:00h às 18:00h.

**Acesso on line:** [www.saude.ba.gov.br/biblioteca](http://www.saude.ba.gov.br/biblioteca)

**Laboratórios:** Nos laboratórios da sede da EFTS, temos diversos materiais e instrumentais para a execução das aulas práticas dos cursos oferecidos pela Escola. Para este curso utilizaremos o laboratório de informática da EFTS com programas específicos; o laboratório de vigilância em saúde do município e o laboratório para análises físico-químicas e biológicas do Laboratório Central da SESAB – LACEN.

▪ **Nos Municípios do Estado quando a execução curricular for descentralizada:**

Serão utilizados os equipamentos e as instalações das instituições envolvidas como: escolas municipais de educação, rede de serviços de saúde do SUS/Bahia, estabelecimentos e serviços de interesse da saúde, serviços de vigilância em saúde, laboratórios de informática municipais com instalação de programas específicos, laboratórios de vigilância em saúde municipais e laboratórios para análises físico-químicas e biológicas da rede LACEN e dos municípios.

Para o desenvolvimento dos cursos nos municípios do estado, são celebrados Termos de Compromisso que apresentam obrigações de ambas as partes tais como: infra-estrutura física e de equipamentos, deslocamento e alimentação dos discentes, insumos e materiais, pagamento de docentes e coordenação local, dentre outros.

## 12. REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Política estadual de gestão do trabalho e da educação permanente SUS Bahia**: versão preliminar. [Salvador], 2007.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental. **Projeto de Formação Inicial e Continuada para o Técnico em Vigilância em Saúde**. 2010a. 44 p.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico: **Situação Epidemiológica das Arboviroses – Bahia, 2015**. Bahia, nº 12, jan de 2016. Disponível em: <[http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/Boletim%20epidemiol%C3%B3gico%20n%C2%BA%2012%20dengue\\_chikunqunya\\_zika.pdf](http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/Boletim%20epidemiol%C3%B3gico%20n%C2%BA%2012%20dengue_chikunqunya_zika.pdf)>. Acesso em 18/02/2016.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico: **Situação Epidemiológica da Leishmaniose Visceral no Estado da Bahia, 2015**. Bahia, Ano 03, nº 01, maio de 2015a. Disponível em: < [http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/BOLETIM%20LV\\_2015.pdf](http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/BOLETIM%20LV_2015.pdf)>. Acesso em 19/02/2016.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico: **Situação Epidemiológica da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) no Estado da Bahia, 2015**. Bahia, Ano 03, nº 01, maio de 2015b. Disponível em: <[http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/BOLETIM%20LTA%202015\\_0.pdf](http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/BOLETIM%20LTA%202015_0.pdf)>. Acesso em 19/02/2016.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Informações. **Avaliação do SINAN em Saúde do Trabalhador 2012 – 2014**. Bahia, 2015c. Disponível em: <[http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/galeria/texto/2015/11/24/AvaSINAN\\_2012-2014.pdf](http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/galeria/texto/2015/11/24/AvaSINAN_2012-2014.pdf)>. Acesso em 19/02/2016.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico: **Situação Epidemiológica da Doença de Chagas - Bahia**. Bahia, Ano 02, janeiro de 2013. Disponível em: <[http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/2%20boletim\\_epidemiologico%20Chagas%20%5B1%5D.pdf](http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/2%20boletim_epidemiologico%20Chagas%20%5B1%5D.pdf)>. Acesso em 19/02/2016.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Informações. **Análise da Situação da Saúde do Trabalhador na Bahia - 2010**. Bahia, 2010b. Disponível em: <[http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/informacao\\_saude\\_trabalhdor/tabnet/arquivo/2014/04/25/AnaliseST\\_2010.pdf](http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/informacao_saude_trabalhdor/tabnet/arquivo/2014/04/25/AnaliseST_2010.pdf)>. Acesso em 19/02/2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CEB nº 16, de 5 de outubro de 1999**.

Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, DF, 1999a, p 8.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CEB nº 4, de 6 de junho de 2012**. Dispõe sobre alteração na Resolução CNE/CEB nº 03/2008, definindo a nova versão do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=10941-rceb004-12&category\\_slug=maio-2012-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=10941-rceb004-12&category_slug=maio-2012-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em 19/02/2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CEB nº 4, de 8 de dezembro de 1999**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, DF, 1999b. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004\\_99.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_99.pdf)>. Acesso em 19/02/2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. Brasília, DF, 2008, 250 p. Disponível em <[http://www.portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf3/catalogo\\_tecnicos.pdf](http://www.portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf3/catalogo_tecnicos.pdf)>. Acesso em 17/02/2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em <[http://www.pronatec.mec.gov.br/cnct/eixos\\_tecnologicos.php](http://www.pronatec.mec.gov.br/cnct/eixos_tecnologicos.php)>. Acesso em 17/02/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR**. 2004. Módulos I, II e III.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Técnico em vigilância em saúde**: diretrizes e orientações para a formação Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da saúde, 2011. 72 p.: - (Serie A. Normas e Manuais Técnicos).

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública**: reconstruindo a história da educação permanente em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 2006 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Plano de Curso do Técnico de Vigilância em Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

DAVINI, Maria Cristina. **Currículo integrado**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. *Capacitação pedagógica para Instrutor/supervisor – Área da Saúde*.

DELUIZ, Neise. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicação para o currículo**. *Boletim Técnico do SENAC*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, set./dez. 2001.

DEPRESBITERIS, L. **Avaliando competências na escola de alguns ou na escola de todos?**: Disponível em: <[www.senac.br](http://www.senac.br)>. Acesso em 03/08/09.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. Aproximações teóricas acerca da vigilância em saúde: um horizonte para a integralidade. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, vol. 22, nº 04. 2009.

MACEDO, R. S. Chrysallis. **Currículo e Complexidade: a perspectiva crítico - multireferencial e o currículo contemporâneo** / Roberto Sidnei Macedo - Salvador: EDUFBA, 2002.

RAMOS, M. N. **Indicações teórico metodológicas para elaboração de currículos na educação profissional de nível técnico em saúde.** Disponível em: [www.observatorio.nesc.ufrn.br](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br). Acesso em 03/08/09.

ZARIFIAN, Philippe. **A gestão da e pela competência.** In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL EDUCAÇÃO PROFISSIONAL, TRABALHO E COMPETÊNCIA, 1996, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: SENAI/DNCIET, 1998.