



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio



OFICINA DE TRABALHO

**O PROFISSIONAL DE
NÍVEL MÉDIO EM
VIGILÂNCIA SANITÁRIA:
*TRABALHO E FORMAÇÃO***

TERMO DE REFERÊNCIA

Rio de Janeiro
Agosto/2001

APRESENTAÇÃO

Este Termo de Referência¹ tem por objetivo, apresentar aos participantes da Oficina de Trabalho “**O profissional de nível médio em Vigilância Sanitária: trabalho e formação**” os principais elementos conceituais, políticos e tático-operacionais, que tornam relevante e inadiável a construção de propostas de formação e capacitação profissional do profissional de nível médio em Vigilância Sanitária no atual estágio de implementação do Sistema Único de Saúde, para consolidação dos processos de descentralização e regionalização das ações de VISA.

Na Reforma Sanitária brasileira fomos buscar os elementos fundantes do atual Sistema Único de Saúde, estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080 de 1990. Nos princípios e diretrizes do SUS situam-se os campos de atuação da VISA e a importância de sua intervenção como ação de Saúde Pública para melhoria das condições de vida e saúde da população .

No contexto das reformas do Estado e das políticas sociais erigidas nos anos 80-90, emerge a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação/97, como instrumento de construção de cidadania. Na medida que contem no seu arcabouço jurídico e conceitual espaços e possibilidades para formulação de processos de formação diferenciados e flexíveis, que tenham como fim romper com o analfabetismo crônico e oferecer educação básica para todos.

A Oficina de Trabalho “**O profissional de nível médio em Vigilância Sanitária: trabalho e formação**” será realizada nos dias 02 e 03 de agosto de 2001, Rio de Janeiro, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. Esta Oficina corresponde a um dos sub-projetos do Centro Colaborador em Vigilância Sanitária ISC/Anvisa cujo propósito é levantar subsídios ao processo em curso de construção da Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos; estabelecer um processo permanente de intercâmbio entre as instituições que atuam nesta área, visando o aperfeiçoamento progressivo da formação e capacitação de pessoal para as atividades do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária em todo o país.

Espera-se que, a partir dos debates iniciais realizados durante a Oficina, sejam elaboradas propostas e recomendações com relação ao desenvolvimento da política de formação e capacitação do profissional de nível médio em Vigilância Sanitária, que

¹ Texto elaborado por Grácia Maria de Miranda Gondim, Mestre em Saneamento Ambiental, com a colaboração de Ana Júlia Calazans Duarte, Especialista em Engenharia Sanitária, ambas Professoras-Pesquisadoras da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ e Coordenadoras do Curso Técnico de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental da EPSJV-FIOCRUZ sob encomenda da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, para subsidiar a Oficina de Trabalho – Trabalho e Formação Profissional em VISA.

subsidiem as ações desenvolvidas pela Anvisa, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, bem como as instituições formadoras de pessoal nesta área.

INTRODUÇÃO

Segundo Mendes (1993), o século XX presenciou uma enorme transição no Sistema de Saúde brasileiro – do modelo sanitarista-campanhista para o modelo médico-privatista, até chegar no projeto neoliberal. Nos anos oitenta, apresenta-se uma profunda crise econômica e política que manifestou-se na arena sanitária em dois projetos alternativos em permanente tensão – um hegemônico, o projeto neoliberal, e, o outro, contra-hegemônico, o de Reforma Sanitária.

A característica fundamental do contexto de desenvolvimento das políticas de saúde nesse século, em especial nos anos 80-90, é a turbulência político-econômica, a precarização das condições de vida e saúde das populações, a fragmentação social e sua coincidência com o processo de redemocratização do país.

Nesse sentido, o movimento de Reforma Sanitária brasileira, iniciado nos anos 70 desenhou para o setor cenários de transformações radicais: nas formas dos cuidados ofertados à população, nos arranjos de gestão e gerência institucional, nos pactos e negociações intra e intersetoriais e nos mecanismos democráticos de controle e participação da sociedade.

Esse marco inaugural da “Nova Saúde Pública²”, apontou um conjunto de princípios e diretrizes que se consolidaram na 8ª. Conferência Nacional de Saúde em 1986 fundando uma profunda reestruturação no Sistema Nacional de Saúde.

Na continuidade do processo de Reforma, a Constituição Federal de 1988, estabeleceu um conjunto de mudanças estruturais, doutrinária e organizacional no setor, através da afirmação da saúde como direito do estabelecimento do Sistema Único de Saúde – SUS e, nesse contexto, redefiniu o campo de atuação da Vigilância Sanitária.

A adoção do conceito ampliado de saúde³, requer deslocamento do objeto da atenção - a doença para as condições gerais de existência humana ⁴, constituindo-se em

² Termo cunhado pela OPS/OMS no documento Marco de Atenção ao Meio(1998) para redefinir o campo de intervenção da saúde pública pelo enfoque interdisciplinar e intersetorial

um desafio para as estruturas de vigilância do SUS (epidemiológica, sanitária e ambiental) em decorrência da nova abrangência dos seus campos de atuação - seja pela complexidade dos problemas de saúde, no enfoque transdisciplinar, seja pela pluralidade das intervenções, na ação multiprofissional e intersetorial.

Vis a Vis, o surgimento de entidades e órgãos de defesa do consumidor (PROCONs, IDEC) ⁵, forçou o Estado a fortalecer as funções de Vigilância em nível federal, estadual e municipal. Mesmo sem ter a definição de uma política e do papel da Vigilância Sanitária nas três esferas de Governo, os anos 80, ampliaram a discussão acerca dessas questões propiciando um maior conhecimento e aproximação da área em todos os níveis de gestão do SUS.

As atribuições delegadas à Vigilância Sanitária no texto constitucional de 1988 foram sendo assimiladas ao longo da década pelo conjunto de Estados e Municípios e, sistematicamente, se conformaram em espaços de identidade próprio da Vigilância.

A Lei Orgânica do SUS-LOS (Lei 8.080/90 e 8.142/90) identifica a Vigilância Sanitária como o campo da Saúde Pública que realiza ações capazes de prevenir, diminuir ou eliminar riscos à saúde. Seus campos de atuação se estruturam a partir dos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de mercadorias, da prestação de serviços, do ambiente de trabalho e das intervenções sobre o meio ambiente objetivando a proteção da saúde da população, bem como das suas condições de reprodução e existência. Ainda é de competência da VISA as ações de vigilância à saúde do trabalhador que tem por finalidade garantir ambientes e processos de trabalho saudáveis⁶.

As Normas Operacionais (NOB- 91, 93, 96 e a NOAS/2001), instrumentos regulatórios da LOS, estabelecem uma série de parâmetros (PAB, PPI, PSF/PACs)⁷ para implantação e desempenho do SUS, contribuindo para a melhor estruturação das ações de saúde coletiva de Estados e Municípios, inclusive as de Vigilância Sanitária.

A partir da publicação da NOB/96, os municípios puderam habilitar-se em duas condições:

³⁴...a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país". Lei Orgânica da Saúde (& 3º do Art.2º da Lei 8.080/90)

⁴Duchiade, M.P. in Minayo, M.C.(org.) – Os muitos Brasis – saúde e população na década de 80. Editora HUCITEC-ABRASCO: São Paulo-Rio de Janeiro, 1995

⁵ PROCON – Procuradoria de Defesa do Consumidor; IDEC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor.

⁶Educação Profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Ministério da Educação. Brasília: MEC, 2000. 224p.

⁷ PAB – Piso da Assistência Básica; PPI – Programação e Pactuação Integradas; PSF/PACS – Programa Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

1) Gestão Plena da Atenção Básica - o município deve assumir a execução das ações básicas de Vigilância Sanitária, 2) Gestão Plena do Sistema Municipal - ao município cabe a execução das ações básicas, de média e alta complexidade. O principal requisito deve ser a comprovação do funcionamento de um serviço estruturado de VISA com capacidade para o desenvolvimento das ações programadas. Segundo o Ministério da Saúde:

“Ao final do ano de 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB/96 atingia mais de 99% do total dos municípios do país. A disseminação desse processo possibilitou o desenvolvimento de experiências municipais exitosas e a formação de um contingente de profissionais qualificados em diferentes áreas da gestão do SUS” .

O processo em curso de gestão descentralizada em curso tornou evidente um conjunto de problemas/obstáculos em relação a questões críticas para a consolidação do Sistema Único de Saúde. É possível destacar o baixo consenso nos debates entre o MS, o CONASS e o CONASEMS sobre as experiências concretas de gestão e de análise da descentralização. Soma-se a este cenário a singular complexidade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1988 no qual os três níveis de governo são autônomos, sem vinculação hierárquica. Essa característica do arranjo federativo brasileiro torna bastante complexo o processo de construção de um sistema funcional de saúde.

“Os estados, e mais ainda os municípios, são extremamente heterogêneos e será sempre mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutive de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais.

Assim, para o aprofundamento do processo de descentralização foi necessário se ampliar à ênfase na regionalização e no aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES⁸ “.

Neste sentido, a Norma Operacional da Assistência/NOAS-2001 atualiza as regulamentações anteriores, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde. O conjunto de estratégias apresentadas na NOAS articula-se em torno do pressuposto de que no atual momento da implantação do SUS a ampliação das

⁸ MS/GM – Portaria 95 de 25 de janeiro de 2001.

responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

Mesmo com todo o avanço que as Normas Operacionais impulsionaram para a operacionalização dos Sistemas Locais de Vigilância Sanitária nos municípios, algumas questões, bastante polêmicas, continuam ainda pendentes - o conceito e a abrangência do campo, o objeto central do trabalho (fiscalizar x educar x punir), a construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, quais e como descentralizar ações para os Municípios, o estabelecimento de indicadores e a criação de um sistema de informações para a Vigilância Sanitária - questões relevantes para o cumprimento dos ditames constitucionais.

Para alguns especialistas a estruturação desse campo se dá a partir de dois eixos fundamentais de atuação: um referente às políticas de saúde nas quais se estabelece a função reguladora de lei, de normatização, e o outro relativo ao enfoque de risco com o qual se desloca o olhar sobre o agravo para os fatores que o condiciona e o determina. Dessa forma o planejamento e a execução das ações de VISA expressam-se pela priorização de intervenções baseadas no risco a saúde que ameaça a qualidade de vida do homem e a salubridade do ambiente. Portanto, há necessidade de se incorporar e se apropriar de novos conhecimentos técnico-científicos, historicamente restritos à academia - , às práticas sanitárias cotidianas dos serviços, na perspectiva de construção de um novo modelo de atenção à saúde?

O baixo contingente de RH capacitados nesse campo e a deficiência na formação são alguns dos desafios atuais para o desenvolvimento da Vigilância Sanitária. Somado a isso, raramente existem conteúdos de vigilância sanitária nos currículos de graduação os Cursos de Especialização existentes são em pequeno número. Alguma capacitação é feita nos próprios serviços, mas de forma esporádica e sobre pontos específicos. O que mais ocorre é a aprendizagem empírica no cotidiano do processo de trabalho.

Nesse contexto, um dos desafios a ser superado com urgência para a consolidação do processo de descentralização das ações da VISA e construção do Sistema orientado para nova concepção de VISA, é sem dúvida, o da formação e capacitação de recursos humanos.

No que tange ao pessoal de nível elementar e de nível técnico o perfil é caracterizado por uma baixa escolaridade e pouca qualificação profissional. Esse grupo se constitui em uma força de trabalho numerosa nas atividades de VISA, sem visibilidade institucional, dado a forte hierarquia funcional, pouca autonomia para tomada de decisões e ausência de

mecanismos que possibilitem a reflexão e crítica sobre seu processo de trabalho. Estão concentrados em sua maioria nas estruturas municipais, principalmente, naquelas de menor porte. Os processos de qualificação e requalificação profissional são poucos e se dão de forma atomizada, focadas em agravos ou programas de saúde.

JUSTIFICATIVA

A criação da habilitação de técnicos e auxiliares de Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental, apresentada pela Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS/MS ao Conselho Federal de Educação em 1992 e aprovada em agosto de 93 pelo parecer 441/93, com a exigência de carga horária total de 1.050 horas no caso do técnico, das quais 700 horas seriam destinadas a atividades teórico-práticas incluído o estágio supervisionado por profissionais de nível superior. Assim, abriu-se uma perspectiva de oferecer a esses profissionais processos de formação compatíveis com o seu papel e atividades dentro das equipes de VISA

Essa habilitação vem-se adequando ao longo desses 8 anos a cada realidade regional - técnica e operacional. Alguns cursos foram realizados nos últimos 5 (cinco) anos com formatos, grades curriculares e estratégias de ensino bastante diferenciadas, conformando perfis profissionais, competências e habilidades técnicas distintas.

No atual estágio da descentralização e regionalização dos sistemas de Vigilância Sanitária, e em função da abrangência dos seus campos de atuação e da complexidade de suas ações, faz-se necessário discutir uma formação específica para profissionais de nível técnico e indagar se essa formação deverá abranger todos os objetos de atuação da Vigilância Sanitária (alimentos, medicamentos, serviços e meio ambiente) cabendo especializações nas diferentes áreas que integram seu processo de trabalho e em função das necessidades dos serviços Vigilância Sanitária.

O avanço das invenções tecnológicas aliado às transformações no processo de trabalho, decorrentes de um novo regime de acumulação capitalista que se delineou a partir dos anos 70 nos países capitalistas centrais indicam uma forte crise do modelo *taylorista/fordista*¹⁰ de organização da produção em direção a uma tendência, cada vez

⁹ Op. Cit. Nota 5.

¹⁰ "o modelo *taylorista/fordista* de produção tem por base a produção em larga escala de produtos padronizados; grande concentração industrial; amplos contingentes de trabalhadores e grandes empresas; o uso intensivo de materiais e de capital fixo, e modelo gerencial hierarquizado. O trabalho se organiza em postos de trabalho fracionados mais em cadeia; mão-de-obra semi-qualificada; tarefas simples e rotineiras, previamente especificadas para cada posto de trabalho; alienação do processo produtivo; intensificação da divisão do trabalho – horizontalização do parcelamento de tarefas x verticalização entre concepção e execução, e forte estrutura sindical e complexo sistema de relações industriais." Deluiz, N. – Formação do trabalhador: produtividade & cidadania. Rio de Janeiro:Shape Editora, 1995

mais evidente, da hegemonia de um outro padrão técnico-econômico de base produtiva flexível não padronizada e diversificado¹¹.

Para Antunes (1995)¹² os anos 80 presenciou, nos países industrializados, transformações radicais no mundo do trabalho, que se refletiram na estrutura produtiva, na representação sindical e na política. Tais mudanças afetaram de tal forma a “*classe-que-vive-do-trabalho*”, que se caracterizou como a crise mais aguda do século XX, dado o abalo que provocou em sua materialidade, com repercussões profundas na sua subjetividade e por conseguinte, alterando a sua forma de ser. O resultado desse movimento devastador é o crescimento sem precedente na era moderna do desemprego estrutural em escala global e a deterioração da situação do mercado de trabalho.

Para Deluiz (1997)¹³ a conjugação desses fatos criou dificuldade de absorção de mão-de-obra, a destruição de postos de trabalho, diminuição de horas da jornada de trabalho, distribuição desigual do desemprego e aumento do subemprego. Para a autora, os anos 90 aprofundaram e intensificaram a crise do modelo capitalista internacional gestada nas décadas anteriores, com nítida tendência à mundialização dos mercados; a desterritorialização da produção por seu deslocamento para outros mercados, ao crescimento diversificado e exponencial de produtos e serviços, novos pactos empresariais de concorrência e cooperação com elevação de subcontratações, busca de ampliação da competitividade através da intensificação do uso de novas tecnologias da informação e novos desenhos de gestão do trabalho.

Esse fenômeno da dimensão econômico-política se reflete no Brasil e na América Latina de forma indiferenciada e tardia em função da interdependência das economias mundiais, porém, com o mesmo impacto na estrutura produtiva, na organização da força de trabalho e na estrutura social dos Estados. Aqui, a descontinuidade e a heterogeneidade do processo aprofundam as diferenças no conjunto das economias, e, pela ausência do Estado de Bem-Estar Social, os trabalhadores expulsos do mercado formal, vão se constituir em trabalhadores informais e “desprotegidos”¹⁴.

Neste quadro, chegamos ao final do século com um contingente de trabalhadores marginalizados e uma força de trabalho segmentada. É possível distinguir com nitidez em

¹¹ Deluiz, N. in Market Werner (org.) – Formação Profissional no Brasil: reflexões teóricas e análises da sua práxis. Rio de Janeiro: Ed. Paratodos, 1997

¹² Antunes R. – Adeus ao Trabalho ? Ensaio sobre as metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 3º Ed. São Paulo:Cortez. Campinas/SP: Ed.UEC, 1995

¹³ Op. Cit. Nota 11.

¹⁴ Op. Cit. Nota 10. Significam aqueles sem carteira assinados, subempregados, trabalhadores em tempo parcial, trabalhos temporários e por conta própria, os quais engrossam os números da pobreza e da deterioração dos níveis de renda.

seu interior os “excluídos”, os “precarizados”, os “vulneráveis” e os “incluídos”¹⁵ nos diferentes processos de trabalhos.

Essas transformações de interferência direta na forma de organização e gestão do trabalho têm imposto grandes desafios em relação à formação dos trabalhadores. A incorporação de novas tecnologias tem implicado no surgimento de novos serviços e ocupações, no aumento da produtividade e na busca de maior qualificação profissional para responderem com eficácia e eficiência a diversidade das demandas nos diferentes setores da economia¹⁶.

Nesse cenário o trabalho torna-se mais complexo exigindo dos trabalhadores capacidade de diagnóstico, de solucionar problemas, de tomar decisões, de interferir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, de auto organizar-se e de enfrentar criativamente situações de constantes mudanças.

Para Machado (1994)¹⁷ as inovações requerem, para o seu próprio aprimoramento, a participação, o interesse e o envolvimento dos trabalhadores e se ela pressupõe flexibilidade é preciso preparar todos para reagir às mudanças de demanda do mercado, dos produtos e dos processos. Na verdade, o trabalhador necessita também “ ser flexível”, ou melhor, saber lidar com a multiplicidade de funções – adaptar-se e integrar-se a diferentes formatos de agregação e mobilização de trabalhos.

O setor saúde que integra o conjunto de atividades denominadas serviços de consumo coletivo e faz parte da economia terciária sofre os mesmos impactos do processo de ajuste macroestrutural. Submetido às forças expansivas do mercado e do consumo que alteram a lógica interna de sua produção e organicidade, o setor saúde busca a melhoria de serviços e processos por meio de novas formas de organização do trabalho e por investimentos focados em programas de qualificação e requalificação profissional.

O trabalho em saúde, possui algumas singularidades que o distingue dos demais serviços:

- É complexo devido a diversidade de profissionais envolvidos; múltiplas atividades e tecnologias utilizadas nas formas de organização do trabalho; proximidade dos contatos sociais e interpessoais constantes, diversidade e diferenciação dos ambientes e espaços de trabalho cotidianos;

¹⁵ Essas denominações são utilizadas por alguns autores (Sabroza, 1993; Santos, 1994) e se referem àqueles trabalhadores que se encontram – fora do mercado de trabalho formal; empregado mas com vínculo precário; empregados com vínculo temporário podendo imediatamente passar a categoria de precário ou excluído, e aqueles no mercado formal com vínculo estável e em postos relevantes para a economia.

¹⁶ Gondim, G.MM – Termo de Referência para Formação Profissional em Vigilância à Saúde. EPSJV/FIOCRUZ:mimeo, 1999.

¹⁷ Machado, L.R.S. in Ferretti et al (org.) – Tecnologias, Trabalho e Educação: um debate multidisciplinar; A Educação e os Desafios das Novas tecnologias. Petrópolis/RJ:Vozes, 1994.

- é fragmentado devido a hierarquia funcional que estabelece patamares de valorização do trabalho em função da escolaridade e qualificação profissional; por concepções que separam o saber do fazer e a execução da concepção; pela especialização técnica crescente de trabalhadores; e, pela divisão social do trabalho entre as diferentes categorias profissionais, forjando forte relação de subordinação entre elas, e,

- É heterogêneo devido a diferenciação dos processos de trabalho no interior das instituições de saúde mesmo que estas busquem ofertar serviços para atender a demandas semelhantes, e tenham quase sempre os mesmo objetos de atenção – o indivíduo, a coletividade -, ou os mesmos focos de intervenção – a doença, a saúde.

Nesse sentido podemos qualificá-lo como um trabalho que exige reflexão, por articular diferentes saberes advindos de múltiplas áreas do conhecimento, necessários à tomada de decisão. Esses aportes teóricos-práticos são de naturezas diversas – científica, técnica, advindos da experiência empírica dos serviços e do convívio sócio e estão sempre mediados pela dimensão ético-política.

Sua característica singular é o alto grau de incerteza que o cerca em função da variabilidade das demandas, das oscilações dos tempos e movimentos das intervenções, e da necessidade de disponibilidade constante do profissional para seu objeto de trabalho. Por isso é difícil se definir e normatizar as funções técnicas com base em critérios rígidos de produção e avaliação de sua produtividade¹⁸.

Ainda hoje no Brasil o modelo de assistência à saúde hegemônico é baseado na organização “hospitalocêntrica” da assistência médica, sofisticação tecnológica, espontaneísmo da demanda e dogmatismo do saber clínico. Essa forma de prestação de serviços em saúde encontra respaldo, principalmente, no subsistema privado, o qual tem como características principais a velocidade de incorporação de novas e sofisticadas tecnologias médicas – procedimentos terapêuticos e de diagnóstico - uso intensivo de novos fármacos.

A organização e gerência do processo de trabalho desse modelo se estrutura com um forte componente *taylorista/fordista* a despeito das influências do planejamento estratégico-situacional, gerenciamento flexível e participativo e processos de controle da qualidade e avaliação em saúde advindas dos anos 80.

Entretanto algumas macrotendências recentes vêm indicando novas direções para o setor surgindo aí as propostas da Promoção e da Vigilância à Saúde, que delineiam um

¹⁸ Marques, M.S.M. et al – Referências Conceituais para organização do Sistema de Certificação de Competências. MS/SEGIS/PROFAE. Mimeo, Brasília, 2000

novo modelo de atenção em que a saúde é compreendida como direito de cidadania e um indicador de qualidade de vida voltado para a dimensão coletiva e social da produção e da reprodução da vida. Portanto, um conjunto de ações e processos comprometidos com transformações profundas dos atuais conceitos e práticas hegemônicas no processo de trabalho em saúde.

O desafio posto pela realidade é o de adequar a incorporação das novas tecnologias à estrutura de necessidades em saúde. Não se trata de uma disputa de paradigmas mas de adotar medidas concretas no sentido de conquistar uma nova dimensão para o trabalho em saúde, que supere a ênfase exclusiva na assistência médico-hospitalar. Dessa forma, a atenção à saúde englobará novos espaços¹⁹ – técnico, físico, político, social, comunicativo - para a efetiva atuação dos profissionais de saúde e construção de novos processos de trabalho²⁰.

Para atender às atuais exigências dos cuidados à saúde e preparar-se para o trabalho futuro o trabalhador de saúde precisa ser capaz de identificar e diagnosticar situações novas, de auto-organizar-se, tomar decisões e ser criativo frente às incerteza, interferir no processo de trabalho de forma propositiva, trabalhar em equipe multiprofissional, efetivar pactos e negociações, e por fim, solucionar problemas que mudam constantemente, no espaço cotidiano do trabalho e da vida.

Nessa perspectiva, o trabalho da Vigilância Sanitária está amparado por um tripé de competências que qualificam as práticas desse campo: conhecimento técnico, responsabilidade pública e compromisso ético. Qualquer trabalhador inserido em seu processo de trabalho, deverá compreender as mudanças ocorridos nos últimos 20 anos nas estruturas de sustentação do mundo do trabalho e seus reflexos atuais na organização e operacionalidade dos serviços e ações de VISA²¹.

Para Mancuso (1990 apud Costa E. A. & Rozenfeld) Nos dias atuais amplia-se a abrangência da atuação da Vigilância Sanitária em função do aumento do campo que se qualifica como de interesses difusos, interesses que dizem respeito à sociedade de massa cujo foco é a coletividade e não os indivíduos. Esses interesses estão circunscritos a temas e áreas, de largo espectro social, como ecologia, qualidade de vida, defesa do consumidor, direitos humanos, etnias, e outros.

Para Costa & Rosenfeld (2000), a vigilância sanitária entendida como ação de saúde pública e de instância de mediação entre a produção de bens e serviços e a saúde da

¹⁹ Estabelecimentos de saúde, comunidade, domicílios, creches, fábricas, ONGs, escolas, e demais instituições cuja ação seja produtora de saúde – saneamento, meio ambiente, as mídias, educação, etc.

²⁰ Saúde da Família; vigilância à Saúde; acolhimento; internação domiciliar; hospital-dia; trabalhos comunitários, dentre outros.

²¹ Rozenfeld, S. (Org.) – Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: ED. FIOCRUZ, 2000

população, traz embutida uma complexidade conceitual e técnica que vai requerer para a qualificação de seus quadros um enfoque interdisciplinar e um fazer intersetorial. A natureza multifacetada de suas ações de caráter eminentemente preventivo perpassam todas as práticas médico-sanitárias: promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Os saberes e práticas que lhes dão sustentação estão situados na convergência de várias disciplinas e áreas do conhecimento humano, Química, Engenharia, Epidemiologia, Farmacologia, Sociologia política, Direito, Administração pública, do Planejamento e gerência, Biossegurança, Genética, da Bioética e outras²².

A VISA no Brasil desenvolveu ao longo do tempo um modelo de intervenção nas relações produção-consumo que se caracterizou pela predominância do exercício do poder de polícia - prerrogativa essencial e intransferível do Estado - com ação concentrada em fiscalizar e punir. Esse reducionismo, tem diminuído a visibilidade do campo diante da sociedade, do poder público e mesmo junto aos profissionais de saúde.

O grau de complexidade em que se situa o processo de trabalho em saúde, e, em especial o da Vigilância Sanitária no interior das transformações em curso no mundo do trabalho aponta para a necessidade de redefinição dos atuais perfis dos agentes dos serviços de saúde para construção de perfis e papéis mais amplos que ofereçam a esses trabalhadores a oportunidade de criação de uma identidade profissional dentro do SUS. Tais questões trazem à reflexão novas abordagens na formação e no trabalho em saúde entre as quais a abordagem das competências.

No Brasil a noção de competência surge legalmente no cenário da Reforma da Educação brasileira com a Lei nº 9.394, de 20/12/96, Lei de Diretrizes e Bases da Educação nacional (LDB), inserida no artigo 9º, inciso IV, onde consta como dever da união:

“estabelecer, em colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, competências e diretrizes para a educação infantil, o ensino fundamental e o ensino médio, que nortearão os currículos e seus mínimos, de modo assegurar formação básica comum “.

A noção de competência permeia todo o texto da LDB, seja na abordagem de questões conceituais, seja como elemento estruturante das políticas educacionais e da objetivação da Reforma junto aos sistemas e instituições de ensino. A lógica das competências tratada na Lei é aquela que funda as relações formais e informais de trabalho e de educação.

Introduzida inicialmente na Educação Profissional pelo Decreto nº 2.208/97, é definida em três níveis – básico, técnico e tecnológico em que o nível técnico

é destacado como independente para a organização de seus currículos em relação ao Ensino Médio. A noção de competências caracteriza-se como uma identificação de perfil desenhado a partir de pesquisas das atividades profissionais inseridas em determinados setores produtivos, que devem ser sistematicamente atualizadas em função das transformações que ocorram no mundo do trabalho.

Em 1999 o Parecer da Comissão Nacional de Educação - CNE nº 16 e a Resolução nº 4, dão continuidade ao processo de Reforma da Educação e explicitam as Diretrizes Curriculares Nacionais a Educação profissional de Nível Técnico e as competências profissionais para a área da Saúde. Essas competências segundo Deluiz (1996) se materializam mediante a articulação de várias dimensões:

Técnicas – referem-se à capacidade de dominar os conteúdos das ações, regras e procedimentos de uma área específica de trabalho com habilidades para decifrar os processos, equipamentos, sistemas e redes de relações para obter informações e utilizá-las em seu processo de trabalho.

Organizacionais – compreendem a capacidade de auto-organização, de auto-planejamento. São usadas para estabelecer métodos próprios, gerir o tempo e o espaço do seu trabalho, com criatividade, autonomia, propiciando a transferência de experiências do mundo do trabalho para o cotidiano e vice-versa.

Sócio-políticas – propiciam a reflexão sobre o mundo do trabalho no qual é possível auto-avaliar a qualidade do trabalho e suas implicações ético-políticas na perspectiva do compromisso social e da cidadania.

Comunicativas – possibilitam o diálogo, a cooperação, o trabalho em equipe, estratégias de negociação e pactos entre diferentes grupos hierárquicos.

Por essa abordagem algumas habilitações na área da saúde foram desenhadas dentro dos Referenciais Curriculares para Educação Profissional, dentre elas, a do Técnico de Vigilância Sanitária, contemplando as competências, as habilidades e as bases tecnológicas que vão subsidiar o processo de Formação/capacitação para o pessoal de nível médio.

No campo da Formação Técnica em VISA algumas experiências vêm sendo construídas por algumas Escolas de Saúde,²³ com êxito, porém com currículos, referenciais

²² Costa, E.A. & Rosenfeld, S. – Constituição da Vigilância no Brasil. In Op.cit Nota 19.

²³ No Rio de Janeiro as Escolas Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ e a Escola Técnica de Saúde Izabel dos Santos; no Paraná e no Mato Grosso, as Escolas Técnicas do SUS. Sabe-se que outras Escolas Técnicas do SUS, tem currículos já elaborados em

teóricos, metodologias, estratégias de ensino-aprendizagem e recursos pedagógicos diferenciados. Essas diferenciações se dão menos em função de critérios regionais ou de necessidades/complexidade dos serviços, e mais em função de interpretações pontuais do corpo docente dessas estruturas educacionais do SUS

Nesse sentido, a questão que se coloca é como priorizar processos de formação técnica em saúde, coerentes com o arcabouço teórico-conceitual dos Referenciais Curriculares Nacionais, entendendo seus avanços e limitações, inclusive na apropriação da noção de competência²⁴ que dêem conta das necessidades e complexidade do processo de trabalho da Vigilância Sanitária nos marcos da descentralização/regionalização das ações para os municípios. Propostas de formação que venham a construir, para esses trabalhadores, uma identidade profissional dentro do SUS e das estruturas organizacionais da VISA em seus diversos níveis hierárquicos.

É importante destacar, que a abordagem das competências, hoje, no Brasil tem várias vertentes que servem a diferentes modelos de Educação Profissional. O fundamental que se quer destacar para o campo da educação e da saúde é a necessidade de se romper com a lógica prescritiva na origem do conceito - que atende a lógica do mercado e da produção - ressaltar o caráter subjetivo da experiência do trabalho e a historicidade da trajetória do trabalhador ao longo de sua vida profissional, ter como objetivo finalístico formar sujeitos políticos.

Nesse sentido, dialogar com as estruturas de Recursos Humanos da ANVISA para adequar aos níveis locais as propostas de Formação contidas no Projeto de Desenvolvimento de RH naquilo que está reservado em seu *caput* como de apoio a Estados e Municípios é estratégico do ponto de vista político-institucional para o fortalecimento e consolidação de processo de qualificação e requalificação profissional dos trabalhadores de nível médio, como garantia de se estar estruturando uma nova força de trabalho dentro dos novos patamares – teóricos, técnicos e cognitivos para o trabalho em Vigilância Sanitária na dimensão nacional.

Portanto, é urgente (re)significar o conceito de competência por seus aspectos positivos para construção de currículos e naquilo que ele traz de avanços para a formação e o trabalho em saúde. Em especial para VISA, pelo papel mediador entre a produção de bens e serviços e a saúde da população, o que requer de sua força de trabalho

momentos anteriores aos Referenciais Curriculares Nacionais, necessitando adequá-los. Segundo um levantamento do PROFAE sobre os cursos oferecidos pelas Escola Técnicas do SUS (versão preliminar), observamos a existência de Cursos Técnicos de VISA em algumas delas além das acima citadas – ESMIG e UNIMONTES em Minas Gerais a Escola de Formação em Saúde de Santa Catarina.

²⁴ O conceito de competência foi cunhado dentro do modelo de produção taylorista/fordista, e sua apropriação se deu para impor ao trabalhador prescrições no seu processo de trabalho que se traduzissem em eficácia, eficiência e efetividade para o capital e o mercado, não levando em conta a história da trajetória profissional desses trabalhadores, tão pouco a sua subjetividade na realização do trabalho (Deluiz, 1996). Daí, a importância da leitura e interpretação crítica de seus pressupostos, quando da formulação de propostas de formação profissional por competência.

desenvolver competências técnicas, comunicativas, de gestão, sociais, cognitivas e políticas que vão da reflexão sobre o mundo do trabalho àquelas que demandam articulação entre informação-decisão-ação.

Para ampliar o entendimento sobre o conceito de competência no interior do tema desta Oficina – **O Profissional de nível médio em Vigilância Sanitária: Trabalho E Formação**– tendo em vista a elaboração de delineamentos para propostas de formação técnica em Vigilância Sanitária destacamos o texto de Ramos (2001)²⁵, para a reflexão:

“Uma das idéias que se tem como válida em favor da pedagogia da competência é que o ensino fundado sobre os saberes disciplinares seria fator de êxito para uns e de fracasso para outros. Nesse sentido, o ponto convergente da discussão curricular que toma o desenvolvimento de competências como referência é a crítica à compartimentação disciplinar do conhecimento e a defesa de um currículo que ressalte a experiência concreta dos sujeitos como situações significativas de aprendizagem. Testemunha-se, assim a organização e a legitimação da passagem de um ensino centrado em saberes disciplinares ao ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações concretas e específicas. Essas competências são definidas em relação aos processos de trabalho que os sujeitos deverão ser capazes de compreender e dominar. Em síntese, em vez de partir de um corpo de conteúdos disciplinares existentes, com base no qual se efetuam escolhas para descobrir os conhecimentos considerados mais importantes, parte-se das situações concretas, recorrendo-se às disciplinas na medida das necessidades requeridas por essas situações” .

Por fim, algumas questões precisarão ser discutidas nesta Oficina que poderão contribuir na da (re)construção de currículos e de processos formativos de nível médio em VISA entre elas destacam-se as seguintes:

1. Qual o contingente dessa força de trabalho em nível nacional ?
2. Quais os processos de trabalho onde estão inseridos esses profissionais?
3. Qual a importância desse profissional nas equipes de VISA?
4. Quais deveriam ser suas atribuições em uma equipe de Vigilância Sanitária?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, R. - Adeus ao Trabalho ? - ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 3ªEd. São Paulo:Cortez; Campinas: Ed.da UEC, 1995

²⁵ Ramos, M.N. – Currículo por competência: Dimensões e Indicações Crítico-Metodológicas. Texto base para a palestra “Currículo por competências”. I Encontro de Coordenadores Pedagógicos do Rio de Janeiro do Programa de Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem do Ministério da Saúde (MS/PROFAE). Rio de Janeiro, 04/07/2001.

BUSS, P. M. e **Ferreira** J. R. (org) Promoção da Saúde e a Saúde Pública: Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina, RJ, 1998 (mimeo).

BARATA, R. B. – (org.) – Condições de Vida e Situação de Saúde – Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997

CURY, C.R.J. Educação e Contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. São Paulo:Cortez:Autores Associados, 1987

CINTERFORR-OIT - Formación y trabajo: de ayer para mañana, Papeles Técnicos. Nº 1, Montevideo, Uruguay, 1996

COSTA, M.C.V. - Pesquisa em Educação: concepção de ciência, paradigmas teóricos e produção de conhecimentos, Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n.º 90, p.15-20, 1994

COSTA, E.A. & Rosenfeld, S. – Constituição da Vigilância no Brasil. In Op.cit Nota 19.

EPSJV –Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas–Rio de Janeiro:FIOCRUZ,1996

DAVINI, M.C. Bases metodologicas para la educación permanente del personal de salud. (n.º 19) Buenos Ayres:OPS. Mimeo (*)

DELUIZ, N. – Formação do Trabalhador: produtividade & cidadania – Rio de Janeiro:Shape Ed., 1995

_____ - A globalização econômica e os desafios à formação profissional. Texto publicado no boletim técnico do SENAC 22(2) maio/ago/1996

DELUIZ, N. in Market Werner (org.) – Formação Profissional no Brasil: reflexões teóricas e análises da sua práxis. Rio de Janeiro: Ed.

DEMO, P. - Questões para Teleducação - Petrópolis:Vozes, 1998

DUCHIADE, M.P. in Minayo, M.C.(org.) – Os muitos Brasis – saúde e população na década de 80.Editora HUCITEC-ABRASCO:São Paulo-Rio de Janeiro, 1995

HERNÁNDES, D. – La certificación po competencias: un desafío. Reunión de dirigentes de Instituições de Educação Tecnológica. CEFET – Aracaju, dez./1999

IRIGOIN, M. E, - En torno al concepto de competencia – Ministerio de la Salud, 1996

GONDIM, G.MM – Termo de Referência para Formação Profissional em Vigilância à Saúde. EPSJV/FIOCRUZ:mimeo, 1999.

MACHADO, L.R.S. in Ferretti et al (org.) – Tecnologias, Trabalho e Educação: um debate multidisciplinar; *A Educação e os Desafios das Novas tecnologias*. Petrópolis/RJ:Vozes, 1994.

MARQUES, M.S.M. et al – Referências Conceituais para organização do Sistema de Certificação de Competências. MS/SEGIS/PROFAE. Mimeo, Brasília, 2000

MENDES, E. V. (org.) Distritos Sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema único de Saúde, SP, Hucitec - Abrasco, 1992.

----- (org.) A Vigilância à Saúde nos Distritos Sanitários. Brasília, OPAS/OMS, 1992.

----- (org.) A organização da saúde no nível local, Ed. Hucitec, 1998.

MS. - Educação Profissional: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Ministério da Educação. Brasília:MEC, 2000. 224p.

OMS/OPS - Programa Marco de Atenção ao Meio Ambiente. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 1998

PERRENAUD P. – A qualidade de uma formação Profissional é executada primeiramente em sua concepção. Texto de uma intervenção no âmbito do encontro dos profissionais da saúde. Org. pelo CEFIEC. Marseille, nov./1997

_____ - Ensinar Saberes ou desenvolver competências: a Escola entre dois Paradigmas. In Alain Bentolila (dir.)- Savoir et savoir-faire. Mimeo, 1999

RAMOS, M.N. – Currículo por competência: Dimensões e Indicações Crítico-Metodológica. Texto base para palestra (Currículo por competências). 1º Encontro de Coordenadores Pedagógicos do Rio de Janeiro do PROFAE. Rio/2001

ROSENFELD, S. (Org.) – Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro:ED. FIOCRUZ, 2000

ZARIFIAN P. – O modelo de competência e suas consequências sobre os ofícios profissionais. Seminário Internacional: educação profissional, trabalho e competência, CIET, 1995