

TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE: UM OLHAR NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Ana Julia Calazans Duarte ¹

Márcia de Oliveira Teixeira ²

1- Fundação Oswaldo Cruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Laboratório de Educação Profissional em Vigilância da Saúde/ anajulia@fiocruz.br.

2 - Fundação Oswaldo Cruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Laboratório de Iniciação Científica na Educação Básica/ marciat@fiocruz.br

Resumo

Neste artigo expomos a Vigilância Sanitária, área histórica da saúde pública, sob o ponto de vista teórico-prático do processo de trabalho e das estruturas que definem a formação profissional. Analisamos o processo de trabalho, com olhar sobre os trabalhadores de nível médio, que totalizam 22.000 no Brasil com vínculo da esfera municipal, prioritariamente. Na mesma linha buscamos compreender por meio das experiências formativas seus princípios e diretrizes da educação para a vigilância sanitária. Consultamos publicações em base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (LILACS). Evidencia-se a fragilidade das estruturas do fazer e do pensar desses trabalhadores, que por exigências das suas atividades integrariam ações de educação em saúde, pautadas em informações epidemiológicas e práticas sanitárias realizadas para garantir à qualidade de produtos e serviços a população. Identificamos no processo de trabalho o desenvolvimento de ações que podem contribuir na formação de uma consciência sanitária, nessa linha é preciso repensar o processo formativo, para que oportunizem ao trabalhador a reconstrução de suas práticas.

Palavras-chave: Trabalho em Saúde, Vigilância Sanitária, Educação Profissional.

Abstrac

This article exposing the Health Surveillance, historic area of public health, from a theoretical and practical process of work. We analyzed the process of work, look at the average level of workers, which total 22,000 in Brazil in connection with municipalities, first. In the same vein we seek to understand through the formative experiences its principles and guidelines of education for health surveillance. Browse publications in the database of the Virtual Library of Health (LILACS). This study highlights the fragility of the structures and to think these workers, which demands of its activities would integrate actions of health education, based on epidemiological information and health practices implemented to ensure the quality of products and services to people. Identified in the work process to develop actions that can contribute to develop an awareness of health this line is necessary to rethink the training process, providing an opportunity for the employee to rebuild their practices.

Keywords: Health, Health Surveillance, Process Work

APONTAMENTOS DE INTRODUÇÃO

As práticas de vigilância sanitária (VS) remontam o século XIX (1808) e são co-participantes da formação da saúde pública brasileira. Assim, a análise dessas práticas e do trabalho dos profissionais da VS é parte do processo de compreensão dos fundamentos e princípios da saúde pública e da emergência de conceitos como a promoção de saúde e a integralidade na atenção do sistema.

A tônica que envolve este trabalho é o cotidiano do serviço de saúde relacionando com a formação de técnicos no campo da VS. Tratamos aqui do trabalhador com escolaridade de ensino médio, onde no processo laboral são requeridos conhecimentos interdisciplinares, exigidos pela prática e necessário para embasar um pensar integrado as demandas sociais. Sobretudo trata-se de um trabalho diferenciado de saúde coletiva, mediado por atividades ético-políticas, num ambiente socialmente calcado nas relações produção-consumo.

Mais ainda, podemos afirmar que as atividades de VS são regidas pela identificação-informação-controle do risco presentes na vida contemporânea onde o consumo é o fetiche para as necessidades reais ou artificialmente criadas, inclusive de saúde. Desse modo, tanto o processo de trabalho quanto a formação necessária a área tornam-se um desafio para pesquisadores e estudiosos.

Podemos notar que apesar da herança reguladora da VS própria de Estado, compreendemos que, para possa cumprir suas finalidades previstas na lei orgânica da saúde, é necessário que o processo de trabalho abranja estratégias que informem e comuniquem situações de promoção da saúde e prevenção da doença. Assim, o uso concomitante de vários instrumentos além da base legal e da fiscalização, deve compor as prioridades de ações de incentivo a participação social.

É essa questão que procuro explorar nesse artigo, o envolvimento dos trabalhadores da saúde no fazer e pensar nos serviços e, sobretudo, dos princípios que regem a formação profissional. Dedicamos atenção especial para aqueles que desenvolvem suas atividades na vigilância sanitária, buscando compreender suas riquezas históricas, formas de organização, fragilidades funcionais, e, meios que expressam suas conquistas e anseios.

As ações formativas em saúde apóiam-se na tese de que o processo formador é capaz de contribuir decisivamente para a mudança do trabalho em VS. Por conseguinte, para a mudança nas relações e processos de trabalho, bem como das relações entre serviços de VS e grupos sociais localizados em um determinado território. Assim, os trabalhadores são compreendidos em três dimensões: como sujeitos mantenedores dos serviços de saúde num trabalho vivo em ato (Merhy, 2007); como 'público alvo' dos órgãos formadores, no caso especialmente, nas escolas técnicas do SUS, e, sobretudo, enquanto capaz de se aproximar de grupos na sociedade, e ensinar o novo ao praticar o diálogo e saber ouvir os outros.

O desenvolvimento desse estudo partiu de duas premissas. Primeiro que a capacidade de mudanças do trabalho e do campo de VS é limitada por uma série de fatores, entre os quais destacamos o modo de organização dos serviços de saúde que mantém uma lógica hierarquizada e tecnicista. Segundo que a formação técnica dos trabalhadores técnicos de vigilância sanitária é fundamental, porém é insuficiente para encetar mudanças nas relações, na organização e no processo de trabalho técnico em VS.

Consideramos assim que as relações entre o processo de trabalho e o processo formador em VS merecem aprofundamento. Destacamos em especial, a necessidade de compreender em que medida o processo real de trabalho e o contexto das relações de

trabalho em VS influenciam a construção e atualização dos processos formadores nos Centros e Escolas do SUS.

No caminho metodológico dedicamos atenção especial sobre o processo e a formação dos trabalhadores com escolaridade de nível médio atuantes na vigilância sanitária. Contudo, é preciso registrar que poucos estudos foram encontrados, que contribuísse com argumentos sobre o objeto de interesse - a situação do trabalho em vigilância sanitária que até então “não tem recebido atenção nos estudos sobre o trabalho em saúde” (Costa, 2008, p.77).

Sobretudo, é preciso salientar que há importantes trabalhos (Costa, 2004, 2008; De Seta, 2007; Luchesse, 2008; Souto, 2008), que discutem as concepções, a política e o modelo de gestão de VS, mas poucos aprofundam a análise do processo de trabalho. Buscou-se um quadro teórico-conceitual da formação profissional que desse a sustentação técnica (o domínio de conteúdos, das ações, das regulamentações), política (reflexões sobre o mundo do trabalho e suas interações socioeconômicas e ambientais), com fundamentos para uma atuação ética em Antonio Gramsci e Paulo Freire, principalmente.

Os documentos estudados e analisados qualitativamente contemplam uma refinada pesquisa em base de dados (BVS, LILAC), outras publicações e normativas, incluindo raros livros com contribuições sem precedentes. Destacamos outros materiais que embasaram nossa reflexão, como relatórios de conferência e oficinas de congressos.

Por fim, é preciso dizer como esse texto foi organizado em seções, pois acreditamos favorecer a compreensão do leitor. Partimos do geral localizando o Sistema de Saúde e as marcas do fazer no cotidiano, no prosseguimento apresentamos textos que denotam a constituição da Vigilância Sanitária, como ação pública e política social no SUS. Noutra parte localizamos as particularidades do processo de trabalho na saúde, ao caracterizar as ações e atividades próprias dos serviços de vigilância sanitária, nas esferas de governo, tendo como fonte um relatório de pesquisa do Ministério da Saúde. Nas considerações finais, voltamos ao nosso pressuposto para reafirmar as carências dos serviços de saúde e da formação necessária aos trabalhadores para dá conta das suas responsabilidades para garantir à qualidade de saúde em coletividades.

SISTEMA DE SAÚDE E TRABALHO: MARCAS HISTÓRICAS

Os trabalhadores que mobiliza o Sistema de Saúde Brasileiro, com vínculos regulares ou precarizados, abraçam um processo complexo. Esse sistema guarda relação direta com a *doença*-saúde (ações de assistência-cuidado ao doente) e da *saúde*-doença (ações da promoção-prevenção), ao mover uma cadeia de mediações para alcançar respostas para as necessidades de outrem. Ou seja, estão comprometidos “e vinculados com os usuários, individuais ou coletivos, atuando em equipes multiprofissionais, operadores de conhecimentos multidisciplinares”. (Merhy, 2007, p.33)

Por outro lado essa força de trabalho destacada para dar conta do sistema (essencial para a realização das atividades de vigilância sanitária), é pouco reconhecida como sujeito produtivo para a sociedade, e desvalorizada nas políticas públicas. Tal premissa vincula-se à (des)valorização de saberes e habilidades manuais (técnica) e a valorização dos saberes e conhecimentos científicos. Assim, para os profissionais graduados esse reconhecimento torna a principal grandeza, entretanto, os trabalhadores cujos saberes consoantes são aqueles no domínio da prática, há pouco prestígio. Isso indica uma dimensão da organização do sistema, em termos do trabalho.

Essa organização do sistema de saúde é pautada num contexto histórico e político, por num modelo de atenção a saúde excludente, centralizado e, inegavelmente,

diversificado nas práticas em cada esfera de governo. Atualmente, em certo nível, vivencia-se uma decepção e a perda de confiança nas instituições e na política. Por outro lado, o Sistema Único de Saúde (SUS), ganha organicidade como espaço de luta e resgate da cidadania.

Ao mesmo tempo, arrola-se nas diretrizes previstas na lei formuladora desse sistema a descentralização de estruturas democráticas de funcionamento, ao incluir instâncias de pactuação entre gestores e mecanismos de controle social. Contudo, até hoje preponderam na sociedade e na saúde, às idéias e os valores centrado no modelo médico-hegemônico. Esse poder interfere na concretude do sistema ampliado de saúde, como direito de todos e dever do estado de prover a universalização com equidade. Por conseguinte, essas idéias e valores norteiam a formação dos trabalhadores e ditam o processo gestorário de trabalho.

Podemos constatar essas afirmativas na lógica de distribuição e aplicação dos recursos dedicados à atenção terciária (que respondem por um terço dos atendimentos individuais na saúde), onde se concentram os procedimentos refinados cientificamente e requer uso de tecnologia dura (Merhy, 2007). Em 2004, esse segmento concentrou 73% dos investimentos na saúde (Feuerwerker, 2005), vale salientar que na atenção terciária as iniciativas são influenciadas pelo mercado monetário, diferentemente das outras ações do sistema, e.g., aquelas da atenção básica que objetiva atender o coletivo.

Mesmo com ampliação do orçamento do Ministério da Saúde para este ano de 2009 na ordem de R\$ 59,5 bilhões, o maior desde 1995, destina-se em torno de 55% desses recursos para assistência ambulatorial e hospitalar especializada, contudo, para a atenção básica em saúde designa-se R\$ 9,4 bilhões (Brasil, 2009). Ou seja, ainda há uma concentração de investimento na atenção terciária, o que é contraditório com as premissas da Organização Mundial de Saúde, quando coloca que 85% dos problemas de saúde poderiam ser respondidos com uma boa estruturação da atenção básica.

Nessa perspectiva, surgem alguns desafios. Mesmo sendo o modelo de saúde pautado para as epidemias ocultas (doenças não transmissíveis), convivemos com a permanência ou retrocessos no controle da: tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, dengue, cólera e risco de febre amarela urbana, chagas. Adiciona-se a isto o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, ditas “da modernidade”, e.g. a projeção do crescimento do câncer de mama. Este quadro pode ser relacionado aos determinantes sociais: mudanças culturais e ambientais, expectativa de vida, industrialização, ideologia do consumo, urbanização.

Nessa abordagem, se faz necessário, recolocar no sistema os meios que geram espaços de participação para a construção de políticas promotora de saúde. A formulação desse processo, numa rede de atenção em saúde, conduz em repensar o processo de trabalho (integrado ao saber formativo), a politização dos usuários (base da informação e da comunicação), e, sobretudo, mobilizar recursos para que a gestão (apropriação de recursos e de poder) conduza a administração das tecnologias do cuidado orientada às necessidades de saúde no âmbito societário.

O TRABALHO FONTE DE EXISTÊNCIA DA SAÚDE: UM OLHAR NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Focalizando nosso olhar sobre o processo de trabalho em saúde, é preciso que se aponte o quanto às tecnologias de comunicação em massa, diariamente expõem em páginas e explora em tela de tempo real, a pauta da agenda da saúde no Brasil. Tal fato concorre para tencionar a vida do trabalhador, aqueles que são sujeitos, protagonistas ou vítimas do processo (Merhy, 2007).

De um modo geral, os trabalhadores que desenvolvem suas atividades nos serviços de saúde no Brasil vivenciam uma expectativa na formulação de uma política pública que lhes garantam direitos previstos em leis, no âmbito da formação, do ordenamento das funções, cargos e salários (deliberações das conferências de saúde e de recursos humanos). Dedicam-se processualmente ao trabalho em equipe, seja na prevenção ou no cuidado e assistência ao doente. Alguns têm oportunidade de alcançar níveis de escolaridade que lhes permitem lutar para valer seus direitos. Entretanto, existe um grupo significativo em termos quantitativos e de história profissional que merecem atenção, são os trabalhadores ou profissionais de nível médio e elementar.

É importante salientar que o processo e o envolvimento desse trabalhador, diferem tanto quanto daquele da assistência direta a população, onde a atenção ao indivíduo é a prioridade. Estamos, pois, caracterizando a vigilância sanitária, como área do cuidado com as coletividades, onde a atuação de cada trabalhador se volta para prestar um serviço que preveja a universalização de acordo com as necessidades e os riscos sanitários a que está exposta às populações.

Mas, o que basicamente caracteriza um serviço de vigilância sanitária? Quais as responsabilidades dos trabalhadores dessa área? A quem compete atuar sobre essa área nas três esferas de governo? Quais especificidades da atuação na vigilância sanitária? Nessa linha, focalizo os serviços de vigilância sanitária, para localizar o leitor nessa área da saúde pública. Naturalmente essas questões abrangem a totalidade da temática, todavia, foi preciso delinear nessa contextualização da situação-problema que integra esse estudo.

Os serviços ou ações que dizem respeito à vigilância são históricos para o brasileiro, por vezes, podem ser confundidas com as marcas da saúde pública. O Brasil num período desde a condição de colônia até atingir a fase republicana, tomava iniciativas que ordenava o uso adequado do ambiente (resquícios da teoria miasmática), assumia medidas para legitimar a comercialização e os serviços médicos, mantendo cuidado especial, acima de tudo, sobre as pessoas (regime de quarentena e isolamento, vacinação obrigatória, higiene das moradias).

Entretanto, alguns fatos conduziram ao incentivo às trocas comerciais, o que favoreceram a abertura dos portos e fronteiras como zonas privilegiadas de fluxo de mercadorias e pessoas. Essa é a grande marca originária dos serviços de vigilância sanitária, sua atuação em portos, aeroportos (mais recente) nas fronteiras.

Os problemas sanitários aprofundavam-se, com presença das doenças epidêmicas, sendo objeto de pressões internacionais. Assim sendo, admiti-se a saúde pública como questão social. Criam-se códigos e regulamentos sanitários, com normas para serem cumpridas. Porém, em 1932, o governo estipula e decreta as competências do Departamento Nacional de Saúde Pública, oportunidade em se cunhou a expressão Vigilância Sanitária, empregada sem distinção para o cuidado das pessoas doentes e o controle de serviços de saúde (hospitais, maternidades, consultórios); de fiscalização de estabelecimentos industriais, de mananciais, e, comercialização (medicamentos, alimentos, desinfetantes); e, licenciamento de farmácia, laboratórios, ervanários. (Costa e Rozenfeld, 2000).

No entanto, essa área da saúde pública é conhecida (bem ou mal) por suas coleções de leis, decretos-leis, regulamentos, resoluções. É preciso destacar que mesmo numa sociedade democrática de direito, não obstante, somos movidos hegemonicamente por um regime capitalista, isso prescinde o poder monetário, cujo móvel é o lucro. Ora, se identificamos riscos à saúde para o indivíduo ou grupos (com comprovada maledicência), é preciso informar, e tomar medidas no rigor necessário a garantia equitativa da saúde de muitos, com o poder eminente de Estado.

Contraditoriamente, alguns eventos marcam com mazelas e até a morte de pessoas e familiares, por outro lado tornaram viva a mobilização dos trabalhadores e resgataram a responsabilização das instituições de vigilância sanitária, nas três esferas de governo.

Foi preciso atentar na regulação sanitária sobre: a falsificação desmedida de medicamentos (vide a talidomida e o anticoncepcional de farinha); a adulteração de alimentos (presença de cromo em gelatina); o descarte inadequado de instrumentais dos serviços de saúde (Césio 137); o descontrolado uso do sangue, inclusive venda, (descoberta do HIV); as mortes e maus tratos com idosos em clínica especializadas (Clínica Médica Santa Genoveva); e, o desmazelo da qualidade nos serviços de saúde, água de diálise contaminada (caso Caruaru). Infelizmente esses exemplos prosseguem acontecendo e sendo noticiados, com outra roupagem envolvendo outros autores e espalhando suas mazelas, inclusive adotando os meios de comunicação (propaganda sem limites) como aliada irrestrita.

Na interpretação da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 e 8142 de 1990), entende-se que é dado ao Estado o poder de atuar para minimizar e eliminar riscos decorrentes do fluxo dinâmico que cobre desde a industrialização-comercialização e consumo dos produtos, controlar e promover bem estar nos serviços de saúde, e, mapear e prover medidas para suprimir os agravos a saúde do trabalhador e sobre o ambiente.

Nesses interstícios encontramos o trabalhador, que deve estabelecer conexão em diversas áreas do conhecimento dada à abrangência e responsabilidade da vigilância sanitária, conforme brevemente apontado. Mormente essa área da saúde atua entre a regulação de um mundo mercadológico, cuja essência é o consumo incomensurável de bens e serviços, e o atendimento as necessidades públicas da sociedade. Entra em cena o código de defesa do consumidor como grande aliado da vigilância sanitária, e mais recente o ministério público com suas buscas incontestes. Nesse contexto a vigilância sanitária assume uma posição notória, ao inserir conhecimentos e práticas que:

se situam num campo de convergência de várias disciplinas e áreas do conhecimento humano, tais como química, farmacologia, epidemiologia, engenharia civil, sociologia política, direito, economia política, administração pública, planejamento e gerência, biossegurança, bioética e outras. (Costa e Rozenfeld, 2000, p.15)

Assim, nesse trabalho divulgamos a notoriedade e a importância daquele trabalhador de nível médio de escolaridade, cujo perfil da história profissional vem contribuindo de modo significativo para desenvolvimento das ações da saúde pública. Certamente, o sucesso do modelo de saúde campanhista (controle de endemias ou 'combate' aos vetores) e as visitas sanitárias alcançaram seus objetivos, em cada momento, dada a presença desses profissionais.

Um grupo de trabalhadores que exercem suas funções num acúmulo de experiências, não obstante, a oportunidade de formação é relegada a planos inferiores, tanto pelo gestor quanto pelo sistema. Esse mesmo trabalhador que atua em aproximadamente 5 mil municípios brasileiros, totalizando 22.000 mil empregos diretos e indiretos em vigilância sanitária (Censo Visa, 2004), e mesmo assim, conquistou poucos espaços organizativos para discutir seus direitos na história laboral.

Por fim, revelamos um trabalhador que mobiliza conhecimentos para atuarem num processo de trabalho complexo e de baixa visibilidade, embora de importância vital para a sociedade, mesmo sendo pressionado constantemente pela micro-política da municipalidade.

ATIVIDADES DOS TRABALHADORES DE NÍVEL MÉDIO NA PROCESSUALIDADE DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

De início demarcamos as características do trabalho em vigilância sanitária, em dimensões das práticas e do pensar que assumem uma natureza jurídica e função regulatória, regidas por ações de controle de risco e de promoção de saúde dirigidas ao coletivo. Tomando por referências (Costa, 2008 e Luchesse, 2008), encontramos a profundidade necessária a essa discussão. O agir da vigilância sanitária incorpora diversas ações:

- as intersetoriais e multidisciplinares, devido a necessidade de articulação e integração de conhecimentos;
- aquelas que contrariam interesses econômicos, corporativos, e políticos, por atuar sobre a regulação com o poder de Estado;
- as que operaram na diversidade e na dinâmica do desenvolvimento tecnológico, por compreender que há associação entre os meios, os processos, e os resultados.

Ora, estamos interessados em arrazoar as atividades dos trabalhadores de nível médio da vigilância sanitária, quanto a sua relevância no trabalho dessa área da saúde pública. Contudo, observamos que esse trabalho por sua caracterização é desenvolvido em equipe (multiprofissionais com níveis de escolaridade diversa). Ademais, essa complexidade encontra-se nos três níveis das esferas de governo, visto que, desenvolvem-se nas estruturas estaduais municipais e na esfera federal (Agência Nacional de Vigilância Sanitária¹).

Invariavelmente, em alguns municípios encontramos somente o trabalhador de nível médio, cuja cultura laboral é formada, conformada ou deformada na prática diária, todavia, suas atitudes do fazer sanitário dão margem às pressões gerenciais e das políticas locais. Por outro lado, ao serem colocados a prova pelo poder econômico, oferecem sua força de trabalho contradizendo os princípios éticos da saúde pública, o que não se justifica, embora possa ser explicado pelo reconhecimento a desejar das instituições, partindo das condições de trabalho e pela base salarial.

Mesmo assim, assumem cargos e funções variadas (técnico, fiscal, inspetor ou guarda sanitário, ou até, agente da saúde, de saúde pública, de campo, da fiscalização), sem que lhe dêem a oportunidade da formação compatível ao exercício do trabalho. Conforme o Censo Visa 2004, dos 22 mil trabalhadores da vigilância sanitária de nível médio, somente 2% alcançou a habilitação técnica de formação. Por fim, é nessa estrutura contraditória e hierárquica que esse trabalhador se encontra, ou seja, sem direito a voz nessa sociedade do trabalho.

Em 2007, a ANVISA elaborou, juntamente com os estados e municípios, um Protocolo das Ações de Vigilância Sanitária, tomando por alicerce o sistema de gestão solidária entre as três esferas de governo. Consta nesse documento conjuntos de atos que dizem respeito ao campo de atuação dessa área. O primeiro aponta a dimensão organizativa para o funcionamento dos serviços de vigilância sanitária, no outro conjunto, encontramos as ações para os fins do controle sanitário “exercido por meio de inspeção sanitária, monitoramento de qualidade de produtos, investigação de surtos e

¹ A criação da Agência, em 1999, como autarquia especial conjuga a necessária independência na gestão, autonomia financeira e a ‘liberdade’ de escolha dos dirigentes. A diretoria colegiada da agência é (composta de até cinco membros, sendo um deles o diretor-presidente) indicada e nomeada pelo presidente da república, após previa aprovação do senado.

controle de doenças cujos fatores determinantes estejam em seu campo de atuação” (ANVISA, 2007).

Numa análise cuidadosa desse instrumento normativo encontramos a participação do técnico de nível médio compondo todos os perfis profissionais da equipe de trabalho. Em estabelecimentos cuja especificidade é confirmada: indústria de medicamentos, importadora e distribuidora de produtos, unidades de radioagnóstico médico e diagnóstico por imagem; requerem a presença de equipe multidisciplinar composta por profissionais de nível superior (graduados consoante as características e riscos do local), entretanto, o comparecimento do trabalhador de nível médio também está prevista.

Outra inconfundível atividade presente no processo de trabalho da vigilância sanitária é seu poder regulador estatal, caracterizado por imperativos de fiscalizar, multar, interditar, em dizeres de Foucault ‘vigiar e punir’. Essas atividades não podem ser exercidas isoladamente do todo, sobretudo, elas precisam passar por profundas avaliações e critérios sócio-políticos para serem aplicadas. Apesar de serem exercidas isoladamente é direcionada como ação policial, que geram processos tornando uma atividade de saúde numa única dimensão, a cartorial. Na eminência desse exercício de poder, é condicionado ao trabalhador que se encontra legalmente habilitado para o desempenho da função estatal.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA FORMAÇÃO EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

a) Educação Profissional

Para se conceber a educação profissional no mundo contemporâneo (globalizado e regido pelo neoliberalismo), é significativo realizar leituras que contribuam para a compreensão de significados e sentidos das palavras - trabalho e educação. Para Frigotto “no plano teórico e filosófico, a perspectiva neoliberal é de uma educação regulada pelo caráter unidimensional do mercado” (1998, p.85), o que traz por consequência, a formação alimentada em concepções fragmentárias do conhecimento, concebido meramente com um dado isolado historicamente, uma mercadoria, e não com uma visão de construção processual.

Outra dimensão é o trabalho, imprescindível aos seres humanos desde suas origens. Dessa feita é preciso concebê-lo como possibilidade de criação de vida e como meio historicamente determinado na humanidade. Neste sentido, há duas dimensões de valor, “criador e mantenedor da vida humana em suas múltiplas e históricas necessidades, e como decorrência dessa compreensão, princípio educativo” (Frigotto, 2002, p.13).

Dessa forma, entendemos que a complexidade ora dirigida pela macro-economia – que orienta e estabelece, sobretudo, a dualidade escolar (Santos, 2002), torna-nos atentos à premente necessidade de modificações, sobrepondo àquelas desejáveis pelo sistema hegemônico.

Para a sociologia do trabalho, a formação dos homens articula-se aos debates entre as relações históricas do mundo do trabalho e da educação mediado pela premência do processo produtivo e as necessidades dos sujeitos de realizarem-se e emanciparem-se. Nas leituras e estudos de Deluiz, encontra-se que “(...) o processo de formação só pode ser entendido como um processo historicamente determinado, (...) com o estágio das lutas que travam entre capital e trabalho, torna-se fundamental recuperar a trajetória da discussão educacional sobre os saberes exigidos dos trabalhadores, nas últimas décadas” (2000, p. 174).

Cabe lembrar que, na qualificação, para o trabalho, subjazem processos de capacitação e saberes, que envolvem atividades próprias do homem, com dimensões técnicas e psico-sociais. Nessa linha de pensamento a educação profissional, assume um papel norteador de políticas para o trabalhador, não na ótica do capital, mas sob o olhar determinado do desenvolvimento humano com vistas ao crescimento das potencialidades do país. Não obstante, a atual lei de Diretrizes de Bases (9394/96) conduz uma reflexão sobre a educação profissional (conforme capítulo III, artigo 39), notadamente em aspectos que enfatizam a formação dirigida para o trabalho, ciência e tecnologia, como também, acentuam a importância do aprimoramento para o mundo do trabalho.

b) A formação em Vigilância Sanitária

Inicialmente, é preciso caracterizar a Vigilância Sanitária como importante espaço de saúde pública e das coletividades, claramente definida pela Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) como uma estrutura que desenvolve ações capazes de prevenir, diminuir ou eliminar riscos e agravos à saúde. Por consequência sua organização parte de problemas sanitários e suas determinações sociais, decorrentes da produção de bens e serviços, do ambiente de trabalho e das intervenções sobre o ambiente, visando à proteção da saúde da população, bem como as suas condições culturais de (re)produção e existência. Sendo, também, de sua competência ações de vigilância à saúde do trabalhador para garantir ambientes e processos de trabalho saudáveis.

Contudo, ao pensar na perspectiva da formação em VISA é imprescindível prever os fundamentos da vigilância epidemiológica e ambiental, por embasar com seus componentes teóricos e práticos de modo transversal. E, sobretudo, precisamos reconhecer os diversos campos do conhecimento das – ciências naturais, sociais e exatas e suas tecnologias para uma educação crítica, somente assim, forja-se uma alicerce que se configura a fundamentação necessária à atuação em vigilância sanitária.

Desse modo, é preciso constar como princípio norteador da área: Epidemiologia (como determinante para identificar situações-problemas e seus fatores de riscos); Engenharia (fonte de reconhecimento e avaliação de riscos ambientais, na saúde dos trabalhadores e das populações); Ciências sociais (análise histórica e contextualizada das representações culturais); Direito (responsabilidade sanitária legal); e, enfaticamente, nas Ciências da Saúde a confluência da qualidade de vida, as demandas sociais e necessidades da população de lazer, de trabalho saudável, de acesso a bens e serviços confiáveis.

A importância do ambiente como elemento determinante no processo saúde-doença aponta para a necessidade de construção de um novo espaço de responsabilidade sanitária com mérito da saúde pública, interdisciplinar e multiprofissional, necessitando de aportes teóricos e acúmulos de saberes para a formação profissional em saúde.

De acordo com a norma a habilitação técnica em vigilância sanitária pode ser estruturada num plano de curso modularizado, onde se prevê associações a ocupações do trabalho a se desenvolvido visando à saúde das coletividades. Os componentes curriculares são temas relacionados às funções compreendidas no cotidiano desses trabalhadores, em torno dos quais se organiza o sistema de saúde em suas diversas instâncias (municipal estadual e federal). Vale ressaltar que outros elementos centrais da habilitação se conformam por níveis de competência e por graus de complexidade demandadas para o conhecimento e entendimento dos diferentes perfis profissionais.

Entretanto, dada a abrangência da VISA, faz-se necessário que a educação contemple todo o campo, considerando as diferentes áreas que integram seu processo de trabalho: vigilância ambiental em saúde (compreendem a relação entre fatores bióticos e abióticos, os agravos e os determinantes da saúde com as condições ambientais); vigilância de produtos e interesses à saúde (compreende atuação sobre a produção, comercialização, e, a indução (propaganda) do consumo de alimentos, medicamentos domissanitário e cosméticos); vigilância de serviços de interesses da saúde (compreende a avaliação periódica de processos e resultados em serviços - hospitais, laboratórios, clínicas, consultórios, escolas, creches, asilos e áreas de lazer, etc.); vigilância da saúde do trabalhador (compreende a atuação sobre as condições e riscos do processo produtivos localizados em áreas urbanas e rurais).

Sobretudo, é importante buscar uma metodologia, cuja abordagem seja problematizadora e reconstrutiva de conhecimentos, articulando-se a teoria com a prática em serviço, para o atendimento das necessidades e demandas sociais. Utilizando desses princípios é facultada ao aluno a expressão de pensamento, tornando-o participante na transformação da sociedade, ao ampliar sua capacidade de observação da realidade, além de mobilizar recursos para promover ações no âmbito coletivo. Durante o processo formativo, elaboram-se tecnologias educacionais, que auxiliam na formulação e planejamento de atividades educativas, com foco na informação e comunicação em saúde.

Por fim, é necessário enfatizar que o arcabouço conceitual da proposta metodológica e pedagógica deve estar alicerçado numa formação ampla, na perspectiva da noção de competência². Portanto, se necessitamos formar sob a base uma educação crítica/problematizadora seria importante construir nosso caminho deixando a prescrição como recurso e avançar no sentido da criatividade, da participação, da capacidade de criar e (re)criar, de estabelecer parcerias, de propor alternativas para enfrentar problemas presentes no trabalho e na vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS OU INICIAIS

Dado o interesse deste artigo em estabelecer um diálogo da prática do trabalho em vigilância sanitária e os princípios norteadores da formação, neste espaço estamos mediando provocações para uma nova etapa. A iniciativa dessa produção contribuiu para levantar algumas questões que merecem, no mínimo, serem equacionadas.

No decorrer desta produção, algumas prerrogativas são aventadas: faz-se necessário ampliar a discussão sobre a relevância do profissional de nível médio no trabalho em saúde; é preciso discutir a pertinência da atuação do profissional de nível médio nas equipes de vigilância sanitária; e, sobretudo, urge aprofundar numa reflexão sobre as habilidades e competências desses profissionais frente aos atuais desafios da vigilância sanitária – descentralização/municipalização das ações novas e crescentes demandas. Há, portanto, nesse nível, a urgência da integração entre os diversos campos de atuação do trabalhador de nível médio, desde a formação até a identidade profissional.

² O conceito de competência foi cunhado dentro do modelo de produção taylorista/fordista, e sua apropriação impõe 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 proposta de formação profissional por competência. Para melhor compreensão sugerimos leitura em Marise Ramos (2004).

Nessa ótica, urge compreender qual a construção curricular das escolas técnicas do SUS, instâncias privilegiadas para a educação profissional dos serviços de saúde. Para tanto é preciso levantar questões sobre o processo formativo: em que medida os conteúdos teóricos será capaz de refletir a prática ou minimiza as dificuldades do cotidiano; o trabalho e a saúde são analisados nas dimensões socioeconômicas e política; qual o perfil dos docentes; enfim, quais seriam as linhas gerais de uma proposta de formação do trabalhador de nível médio em vigilância sanitária.

Dentro do quadro delineado sobre as responsabilidades e atividades dirigidas ao trabalhador da vigilância sanitária, nas leis orgânicas, essas se embaraçam com a essência da saúde pública. Como afirma Lucchese (1992, p. 49) “vigilância sanitária é (ou será) a saúde pública moderna”, a depender do modelo político-econômico em saúde, da visão ideológica formulada para a formação dos trabalhadores, e, das motivações estratégicas que determinam a participação social.

Por fim, nessas considerações apontamos indagações que carecem aprofundamento, uma delas se remete ao campo da formação e outra ao modelo de atenção a saúde. No exposto adensamos a importância das atividades desenvolvidas pelo trabalhador técnico, no contexto histórico e organizacional da saúde pública. Entretanto, fica evidente a falta de prioridade na política da educação profissional para um modelo de saúde, além da assistência, com propostas que traduzam as necessidades da população. E, sobretudo, a ausência de estruturas de trabalho de forma indissociável ao fazer e pensar dos trabalhadores de nível médio, considerando essa força histórica que agem integradas as condições de saúde de coletividades.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. **Protocolo das ações de vigilância sanitária**. Brasília, 2007. Disponível em www.anvisa.gov.br acessado em 22/03/2009.
- ANVISA. Relatório final da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1conf_nac_vig_sanit_relatorio_final.pdf. Acessado em: 03/03/2009.
- _____. **Censo Nacional de Vigilância Sanitária**. 2004. Disponível em: www.anvisa.gov.br/hotsite/censo_2004/historico/folder.pdf Acessado em 10/03/2009.
- BRASIL. Lei nº 8.080/90 **Lei Orgânica da Saúde** [Publicado no Diário Oficial da União: 1990: Set. 19].
- _____. Lei nº 9.394/96 **Lei de Diretrizes e Bases da Educação**. [Publicado no Diário Oficial da União: 1996: Dez.].
- _____. Orçamento do Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: <http://www.diap.org.br/index.php/agencia-diap/7280-saude-tera-r-59-bilhoes-em-2009-maior-orcamento-desde-1995> Acessado em: 08/03/2009.
- COSTA, E.A. (org.). **Vigilância Sanitária – desvendando o enigma**. Edufba: Salvador/Ba, 2008.
- COSTA, E.A. **Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde**. São Paulo: Hucitec-Sobravime; 1999 (Saúde em Debate 127, Phármakom 6) [segunda edição aumentada, São Paulo, Sobravime, 2004].
- COSTA, E.A., ROZENFELD, S. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- DELUIZ, N. **Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho**. Texto base da palestra proferida pela autora no Seminário Certificação de Competências

para a Área de Saúde: os desafios do PROFAE, realizado em novembro de 2000, em Brasília-DF.

DE SETA, M.H. **A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:** uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo. Rio de Janeiro. UERJ, Brasil, 2007. Doutorado [Tese em Saúde Coletiva] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

FRIGOTTO, G. **A dupla face do trabalho:** criação e destruição da vida. In: Frigotto G. e Ciavatta M., organizadores. A experiência do trabalho e a educação básica. Rio de Janeiro: DP&A 2002. p.11-27.

Feuerwerker, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface – Comunicação, Saúde e Educação. vol.9 no.18 Botucatu Sept./Dec. 2005.

GARIBOTTI, V. HENNINGTON, E. A, SELLI L. **A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5): 1043-1051, mai, 2006.

LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária – os rumos da vigilância sanitária no Brasil.** Editora Anvisa: Brasília/DF, 2008.

LUCCHESI, G. **Vigilância sanitária: o elo perdido.** Divulgação em Saúde para Debate 7, maio de 1992, págs. 48-52.

MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo.** Saúde em Debate. São Paulo: Hucitec, 2007.

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

SOUTO, A. C. **Saúde e política: a vigilância sanitária no Brasil 1976-1994.**

Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Organização Pan-Americana da Saúde. São Paulo: Brasília, 2004.