

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PUC-SP**

**Marcos Veltri**

**Currículo do curso técnico em vigilância em saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo: integração ensino e serviço no Sistema Único de Saúde**

**DOUTORADO EM EDUCAÇÃO: CURRÍCULO**

**SÃO PAULO**  
**2018**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**PUC-SP**

**Marcos Veltri**

**Currículo do curso técnico em vigilância em saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo: integração ensino e serviço no Sistema Único de Saúde**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de DOUTOR em Educação: Currículo, sob a orientação do Prof. Dr. Antonio Chizzotti.

**SÃO PAULO**  
**2018**

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Tese de Doutorado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

V448 Veltri, Marcos

**Currículo do curso técnico em vigilância em saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo:** integração ensino e serviço no Sistema Único de Saúde / Marcos Veltri. São Paulo, 2018.  
295 p.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Chizzotti.

Tese (Doutorado em Educação: Currículo) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Currículo, 2018.

1. Currículo. 2. Educação profissional técnica 3. Educação permanente em saúde. I. Chizzotti, Antonio. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduação em Educação: Currículo. III. **Currículo do curso técnico em vigilância em saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo:** integração ensino e serviço no Sistema Único de Saúde.

## **Marcos Veltri**

### **Currículo do curso técnico em vigilância em saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo: integração ensino e serviço no Sistema Único de Saúde**

Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de DOUTOR em Educação: Currículo, sob a orientação do Prof. Dr. Antonio Chizzotti.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

---

---

Este trabalho é dedicado a Profa. Dra. Myriam Veras Baptista (*in memoriam*),  
por sua generosidade ao comigo compartilhar seus saberes.

Minha eterna Mestre!

Gratidão.

## **AGRADECIMENTOS**

### **Condição de bolsista**

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível de Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

Agradeço à Fundação São Paulo (FUNDASP) pelo apoio financeiro durante os quatro anos do curso de doutorado.

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Antonio Chizzotti, orientador, pela parceria nesses últimos quatro anos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Educação: Currículo, que foram fundamentais para concretização deste trabalho, especialmente, Alípio Márcio Dias Casali, Ana Maria Aparecida Avella Saul, Branca Jurema Ponce e Marcos Tarciso Masetto.

Aos professores Alexandre Saul Pinto, Maria Elizabeth Bianconcini Trindade Morarto Pinto de Almeida, Neide de Aquino Noffs e Valnice de Oliveira Nogueira pelas valiosas contribuições, por ocasião do Exame de Qualificação.

À Prefeitura do Município de São Paulo na pessoa da minha gerente Maria Teresa Rocha Campos Garrafa, amiga e grande incentivadora deste projeto. Gratidão.

Aos colegas da Gerência de Gestão de Pessoas da Covisa e da Escola Municipal de Saúde/ETSUS-SP. A todos meu muito obrigado pelo apoio na concretização do Curso Técnico em Vigilância em Saúde e na colaboração com este estudo.

Às coordenadoras do Curso Técnico em Vigilância em Saúde, sujeitos desta pesquisa, meus sinceros agradecimentos. O momento histórico e político é outro, mas o registro de suas experiências permanecerá aqui registrado. Meu muito obrigado.

Às minhas amigas Ana Maria Figueiredo Barbosa, Lígia Silveira Frascareli, Renée Coura Ivo Vituri e Roberta Andrea de Oliveira, anjos da guarda, com quem pude contar nos tensos momentos da produção desta tese. Obrigado pela acolhida, ajuda e parceria.

Aos familiares queridos Eduardo Barbosa Feitosa Júnior, Lucas Costa Feitosa e Bonifácio Barbosa Feitosa Neto pelo suporte nas diversas fases desta pesquisa, pela compreensão das inúmeras ausências e pelo carinho. Amo todos vocês!

Tudo o que era sólido se desmancha no ar, tudo o que  
era sagrada é profanado, e as pessoas são finalmente  
forçadas a encarar com serenidade sua posição  
social e suas relações recíprocas

**Karl Marx**

(MARX; ENGELS, 1998)

## RESUMO

VELTRI, Marcos. **Currículo do curso técnico em vigilância em saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo**: integração ensino e serviço no Sistema Único de Saúde. 2018, 295 p. Tese (Doutorado em Educação: Currículo). Programa de Pós-Graduação em Educação: Currículo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Este estudo teve como tema o currículo do Curso Técnico em Vigilância em Saúde (CTVS) da Secretaria Municipal da Saúde, da Prefeitura do Município de São Paulo. A tese consiste na proposição de que o currículo do CTVS possui características de um projeto curricular integrado. A pesquisa se justificou pelo fato de analisar uma proposta de integração curricular nas dimensões do trabalho-ensino, da prática-teoria e do ensino-comunidade, o que pode contribuir na discussão das políticas de educação profissional técnica e de educação permanente em saúde. A educação profissional técnica em saúde pode contribuir na diminuição de erros técnicos graves, na prevenção de comportamentos antiéticos, bem como pode impactar positivamente nas ações e nos programas de saúde que já estão sendo desenvolvidas no Sistema Único de Saúde. O objetivo geral deste estudo foi analisar os aspectos determinantes na relação entre a prática profissional dos Agentes de Combate a Endemias (alunos do curso) e a proposta de formação do CTVS, no período de 2010 a 2016, sob a perspectiva dos coordenadores do curso. A investigação configurou-se na perspectiva de uma abordagem qualitativa. Propôs-se uma pesquisa de natureza teórica e prática, tendo como pressupostos do método de investigação o materialismo histórico e dialético. Os procedimentos técnicos se delinearão por uma investigação *ex post facto* que incluíram como fonte de informação: pesquisa bibliográfica, documental e de campo para coleta de dados primários e secundários. A entrevista com roteiro semiestruturado foi a técnica selecionada para a obtenção das informações necessárias para apoiar a elaboração da resposta ao objetivo principal do estudo. A análise de conteúdo de Bardin foi o método utilizado para organização, categorização e sistematização do conteúdo das entrevistas com os sujeitos de pesquisa, sendo ponto de partida para as demais aproximações que tiveram como referência as conjunturas sócio-históricas, econômica, política e cultural que determinaram o projeto curricular do CTVS, em seu planejamento, implantação e execução. Os resultados da investigação apontaram que o CTVS possui características de um projeto curricular integrado nas dimensões de seus pressupostos ordenadores, na estrutura curricular, na seleção dos conteúdos, nas estratégias pedagógicas de formação dos docentes e nas práticas pedagógicas desenvolvidas com os discentes, em especial, a oportunidade de os alunos vivenciarem a prática profissional em situações reais de trabalho e, posteriormente, a problematização desta. Conclui-se que os aspectos determinantes na relação entre a prática profissional dos Agentes de Combate a Endemias (alunos do curso) e a proposta de formação do CTVS foram: o processo de trabalho como princípio educativo, o modelo das competências profissionais no processo de ensino na área da saúde, a integralidade em saúde como diretriz norteadora da formação para o SUS e o currículo integrado como estratégia organizadora da ação pedagógica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Currículo Integrado. Educação Profissional Técnica em Saúde. Educação Permanente em Saúde. Agente de Combate/Controle às Endemias. Curso Técnico em Vigilância em Saúde.

## ABSTRACT

VELTRI, Marcos. **Curriculum of technical course in health surveillance of Municipal health department of São Paulo**: integrating teaching and service in the public health system. 2018, 295 p. Thesis (doctorate in education: Curriculum). Post-graduation program in education: Curriculum. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

This study was based on the Curriculum of technical course in health surveillance (CTHS) of Municipal health department of São Paulo Administration. The thesis consists of the proposition that the CTHS curriculum features an integrated curricular project. The research could be justified by the fact that it investigated a proposal of curricular integration in the dimensions of the teaching work, practice theory and of community teaching, which can contribute to the discussion of professional technical education policies and permanent education in health. The Professional technical education in health can contribute to the reduction of serious technical errors, in the prevention of unethical behaviors, as well as it can positively impact upon the actions and in the health programs that are already being developed in the Public Health System. The main objective of this study was to analyze the vital aspects in the relationship between the professional practice of Combating Endemic Diseases agents (students) and the proposed formation of CTHS, from 2010 to 2016, under the perspective of the course coordinators. The research investigation was set on a qualitative approach perspective. It was proposed a theoretical and practical investigation, with the assumptions of dialectical and historical materialism research method. The technical procedures were outlined by an ex post facto investigation which included as information source: bibliographical research, documentary and a field research methodology for the primary and secondary data collecting. The semi-structured script interview was the technique selected to obtain the required information to support the preparation of the response to the main objective of this study. The analysis of Bardin's content was the method used to the organization, categorization and systematization of the human subjects' interview content research, which was the starting point for other approaches that had as reference to socio-historical, economic and cultural policy circumstances that determined the CTHS curricular project, in its planning, deployment and execution. The results of the investigation showed that CTHS retain characteristics of an integrated curricular project in the dimensions of its ordering assumptions, in the curricular structure, in the selection of the contents, in the pedagogical strategies of teaching training and pedagogical practices developed together with the students, in particular, the opportunity for the students to experience the professional practice in real situations at work and, subsequently, the problematization of this practice. It was concluded that the vital aspects in the relationship between the professional practice of Combating Endemic Diseases agents (students) and the proposed formation of CTHS were: the working process as educational principle, the role of professional competences in the teaching process in the health area, the completeness in health as controlling training guideline for the Public Health System and the integrated curriculum as organizing pedagogical action strategy.

**KEY-WORDS:** Integrated Curriculum. Technical Professional Health Education. Permanent Education in Health. Combating Endemic Diseases Agents/Endemic Diseases Controlling (CDC). Technical Course in Health Surveillance.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de coordenadoras do CTVS, por faixa etária (anos) - São Paulo, 2017.....	82
Gráfico 2 - Formação acadêmica das coordenadoras do CTVS, por área do conhecimento - São Paulo, 2017.....	83
Gráfico 3 - Número de coordenadoras do CTVS, por tempo de serviço na PMSP (anos) - São Paulo, 2017.....	83

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Local de atuação, cargo e escolaridade dos docentes do CTVS da SMS, em 2014.....	47
Quadro 2 - Módulo I - As práticas de saúde e o SUS: construindo alicerces para transformar.....	57
Quadro 3 - Módulo II - Vigilância em saúde: construindo o caminho da atuação.....	57
Quadro 4 - Módulo III - Vigilância em saúde: processo de trabalho.....	58
Quadro 5 - Principais dados do CTVS, no período de setembro de 2010 a dezembro de 2016.....	80
Quadro 6 - Distribuição dos sujeitos da pesquisa por local de trabalho na SMS.....	81

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAzoo	Agente de Apoio Segmento de Atividade: Auxiliar em Saúde/Zoonoses
ACE	Agente de Combate/Controle a Endemias
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
BNCC	Base Nacional Curricular Comum
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CEB	Câmara de Educação Básica
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
Covisa	Coordenação de Vigilância em Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNTC	Catálogo Nacional de Cursos Técnicos
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CTVS	Curso Técnico em Vigilância em Saúde
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DATA SUS	Departamento de Informática do SUS
DAS	Direção e Assessoramento Superior
Deges	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Degerts	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
EMS	Escola Municipal de Saúde
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ETSUS	Escola Técnica do Sistema Único
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GGP/Covisa	Gerência de Gestão de Pessoas/Covisa
GT do CTVS	Grupo de Trabalho do Curso Técnico em Vigilância em Saúde
HSPM	Hospital do Servidor Público Municipal
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
TEM	Ministério do Trabalho e Emprego
NGP	Nova Gestão Pública
NOB-SUS	Norma Operacional Básica do SUS
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OSS	Organização Social de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMSP	Prefeitura do Município de São Paulo
PNE	Plano Nacional de Educação
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PPP	Parceria Público-Privada
Proesa	Programa de Estruturação Local de Ações de Vigilância em Saúde Ambiental
Profaps	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
Proformar	Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde
Pronatec	Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego

PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Rename	Relação Nacional de Medicamentos
RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde
Sams	Sistema de Assistência Médica Supletiva
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SEGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Sesp	Serviço Especial de Saúde Pública
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde
Sinavisa	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SINVSA	Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SMVS	Sistema Municipal de Vigilância em Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
Suvis	Supervisões de Vigilância em Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TVS	Técnico em Vigilância em Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UMES	União Municipal dos Estudantes Secundaristas de São Paulo
UNIVALI	Universidade do Vale do Itajaí

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1</b>	<b>CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE: CONTEXTO E PLANO DE CURSO</b> .....	33
1.1	Identificação e objetivos da Escola Técnica do SUS do Município de São Paulo.....	33
1.2	As concepções que fundamentam o processo de ensino e aprendizagem na ETSUS-SP.....	37
1.3	A gestão do curso técnico em vigilância em saúde: o grupo de trabalho.....	39
1.4	Caracterização dos sujeitos do currículo.....	45
1.4.1	Os docentes: profissionais de saúde da Secretaria Municipal da Saúde.....	46
1.4.2	Os discentes: Agentes de Combate a Endemias da Secretaria Municipal da Saúde.....	50
1.5	A organização curricular e o currículo apresentado aos docentes.....	54
1.6	A capacitação pedagógica e o processo de educação permanente dos docentes.....	60
1.7	Avaliação do processo de ensino e aprendizagem.....	63
<b>2</b>	<b>PRESSUPOSTOS TEÓRICO-FILOSÓFICOS DO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO, PROCEDIMENTOS TÉCNICOS E METODOLÓGICOS DA PESQUISA</b> .....	65
2.1	O enfoque materialista histórico e a concepção dialética de educação e currículo.....	66
2.2	A pesquisa qualitativa em educação e a modalidade <i>ex post facto</i> de investigação.....	71
2.3	A pesquisa na área do currículo e as opções de contextualização da prática pedagógica.....	75
2.4	Os procedimentos técnicos e metodológicos do estudo.....	76
2.4.1	A definição dos sujeitos de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão.....	79
<b>3</b>	<b>ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E CULTURA ORGANIZACIONAL: A PROFISSIONALIZAÇÃO DOS SERVIDORES DO PÚBLICO</b> .....	87
3.1	Modelos de administração pública: patrimonialista, burocrático, gerencial e gestão social.....	88
3.2	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo: modelo heterogêneo de administração.....	107
3.3	Modelos de administração pública e perfil de competência profissional dos servidores do público.....	110
<b>4</b>	<b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SABERES PROFISSIONAIS E PRÁTICAS INSTITUCIONAIS</b> .....	115
4.1	As múltiplas dimensões do conceito ampliado de saúde.....	116
4.2	SUS: origem, princípios doutrinários e diretrizes organizacionais.....	119
4.3	As vigilâncias do campo da saúde: tradição, evolução e desafios.....	132
4.3.1	Organização e gestão do processo de trabalho da vigilância em saúde na Secretaria Municipal da Saúde.....	147
4.3.1.1	A proposta de formação profissional dos Agentes de Combate a Endemia para Técnicos em Vigilância em Saúde.....	154

<b>5</b>	<b>EDUCAÇÃO, CURRÍCULO E ENSINO TÉCNICO NO SUS.....</b>	<b>159</b>
<b>5.1</b>	Princípios teórico-conceituais: educação, currículo e ensino técnico em saúde.....	160
<b>5.2</b>	Currículo prescrito: Diretrizes e Orientações Nacionais para Formação do Técnico em Vigilância em Saúde.....	170
<b>5.2.1</b>	Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	171
<b>5.2.2</b>	Programa de Formação Profissional de Nível Médio para a Saúde e as recomendações do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos.....	180
<b>5.3</b>	Pressupostos ordenadores do currículo do curso técnico em vigilância em saúde na ETSUS-SP.....	186
<b>5.3.1</b>	O processo de trabalho como princípio educativo na formação de profissionais de saúde.....	187
<b>5.3.2</b>	O modelo das competências profissionais no processo de ensino na área da saúde.....	192
<b>5.3.3</b>	A integralidade em saúde como diretriz norteadora da formação para o SUS.	198
<b>5.3.4</b>	O currículo integrado: estratégia organizadora da ação pedagógica.....	203
<b>5.4</b>	Perfil profissional de conclusão do curso técnico em vigilância em saúde.....	209
<b>6</b>	<b>CURRÍCULO REALIZADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: A VOZ DAS COORDENADORAS DO CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....</b>	<b>211</b>
<b>6.1</b>	Os procedimentos de análise e interpretação dos dados.....	211
<b>6.2</b>	Concepção de currículo, objetivos institucionais e educacionais do curso técnico em vigilância em saúde.....	214
<b>6.3</b>	Inovações, contradições e conflitos presentes no curso técnico em vigilância em saúde.....	221
<b>6.3.1</b>	A coordenação do curso técnico em vigilância em saúde.....	221
<b>6.3.2</b>	A docência no curso técnico em vigilância em saúde.....	226
<b>6.3.3</b>	A formação de técnico em vigilância em saúde na Secretaria Municipal da Saúde.....	234
<b>6.3.4</b>	O processo de avaliação da aprendizagem dos alunos do curso técnico em vigilância em saúde.....	243
<b>6.4</b>	Os egressos do curso técnico em vigilância em saúde: perspectivas para o futuro.....	250
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>255</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>265</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>281</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>287</b>



## INTRODUÇÃO

Mas ele desconhecia/ Esse fato extraordinário:/ Que o operário faz a coisa/ E a coisa faz o operário/ [...] Foi dentro da compreensão/ Desse instante solitário./ Que, tal sua construção/ Cresceu também o operário./ Cresceu em alto e profundo/ Em largo e no coração/ E como tudo que cresce/ Ele não cresceu em vão./ Pois além do que sabia/ – Exercer a profissão – / O operário adquiriu/ Uma nova dimensão/: A dimensão da poesia./ (Vinicius de Moraes, *O operário em construção*).

Este trecho do poema de Vinicius de Moraes, *O operário em construção*, expressa o que sentimos ao iniciar a redação desta tese, pois ao mesmo tempo em que o operário faz a coisa, a coisa faz o operário. Revisitar o nosso itinerário formativo possibilita-nos ressignificar a identidade profissional que vimos construindo frente às escolhas que fizemos no passado e às que estamos trilhando em direção ao futuro, semelhante ao “operário em construção”. Exercendo nossa profissão de pedagogo, problematizamos nossa atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e seguimos rumo a uma nova dimensão, ou seja, o grau de pesquisador na área da Educação: Currículo.

Em março de 1988, iniciamos a graduação em Letras na Universidade Metodista de São Paulo. No mesmo ano, exatamente em abril, iniciamos atividade laborativa na função de oficial administrativo na Secretaria Municipal da Saúde (SMS), da Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP). Acreditamos que a paixão pela área da saúde pública veio da nossa mãe, auxiliar de enfermagem, que atuou na maior parte de sua carreira no sistema público de saúde.

Foi na SMS que pudemos conhecer o trabalho dos educadores em saúde pública, profissionais que articulam em seu fazer as dimensões da educação e da saúde. O encantamento foi imediato. As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como as possibilidades de intervenção na saúde coletiva nos instigaram a buscar essa especialização logo após o término da graduação em Letras, que ocorreu em 1991.

A especialização em educação em saúde pública foi concluída em 1992, no Centro Universitário São Camilo, em São Paulo. O curso foi bem além das nossas expectativas, principalmente, por proporcionar a articulação entre a teoria e a prática, tendo em vista que já trabalhávamos na área da saúde pública. No mesmo ano, prestamos outro concurso público e, no dia 24 de dezembro de 1992, um presente de Natal: tomamos posse e iniciamos o exercício no cargo de educador em saúde pública na PMSP.

Ao longo desses anos, na função de educador em saúde pública pudemos exercer a docência em treinamentos e cursos de qualificação e formação profissional direcionados aos servidores municipais, bem como coordenamos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças destinados a vários públicos: professores do ensino fundamental, estudantes do ensino fundamental e médio, população em situação de rua e profissionais do sexo. Dessas ações resultaram participações e comunicações em congressos nacionais e internacionais, publicações institucionais e capítulos de livros.

O fato de o cargo de educador em saúde pública ter uma carga horária semanal de 20 horas permitiu que nós acumulássemos durante grande parte da nossa trajetória outras atividades profissionais, tais como: professor no ensino fundamental e médio na rede estadual de ensino de São Paulo; educador social, orientador de liberdade assistida, coordenador de projetos sociais e voluntário em organizações não governamentais.

Em 2002, em razão da nossa atuação como orientador de liberdade assistida surgiu a necessidade de maior aprofundamento teórico para a resolução de questões que, advindas da prática, não encontravam nela respaldo. Então, decidimos cursar Pedagogia na Universidade Nove de Julho. Porém, os questionamentos e a necessidade de maior reflexão sobre o trabalho com adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa nos levaram a participar, em 2003, dos encontros do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, da Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP).

Foi a partir das discussões na PUC-SP que tivemos a certeza de que havia chegado o momento do mestrado. Finalizamos a graduação em Pedagogia em 2003 e, em 2004, iniciamos no Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social da PUC-SP, na qualidade de bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), tendo como campo de investigação a infração adolescente e como tema de pesquisa a identidade profissional dos orientadores de liberdade assistida comunitária, resultando na obtenção do título de mestre em serviço social, em 2006.

A partir da preparação para o processo seletivo do mestrado, fomos nos desvinculando das outras atividades que exercíamos até então, permanecendo apenas na PMSP. Naquela época, éramos responsáveis pelas ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e aids voltadas ao seguimento de adolescentes e jovens da cidade de São Paulo, função que exercemos até 2009.

Na área das ciências da saúde também fizemos, em 1993, especialização em saúde pública, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, cursamos duas extensões universitárias, sendo uma pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e outra pela

Universidade Federal do Rio de Janeiro, ambas em 2013, na modalidade de educação a distância, formações acadêmicas, subsidiadas por meio dos recursos financeiros oriundos do SUS.

Em 2010, concomitante ao trabalho na PMSP, retomamos a função de professor, lecionando na pós-graduação *lato sensu* nos cursos das áreas da Educação, do Serviço Social e da Gestão de Negócios, das Faculdades Metropolitanas Unidas, em São Paulo. Função que exercemos até dezembro de 2015, quando optamos em nos desvincular para nos dedicar aos estudos no programa de doutorado.

Ao longo de 30 anos de carreira atuamos nas áreas da Educação, da Saúde Pública e da Assistência Social. Nesses últimos anos, viemos nos dedicando especialmente à educação profissional, tanto lecionando na pós-graduação *lato sensu*, na Rede Particular de Ensino Superior, como atuando na de Gestão de Pessoas no SUS. Nossa maior preocupação tem sido com a chamada educação permanente, por acreditar que ela seja uma das maneiras de responder, em parte, aos desafios e às necessidades do exercício profissional.

O presente estudo está, intrinsecamente, relacionado com nossa prática profissional exercida no serviço público. Em 2010, fomos convidados para trabalhar na Gerência de Gestão de Pessoas (GGP), da Coordenação de Vigilância em Saúde (Covisa), da SMS. Na Covisa, dedicamo-nos à qualificação e à formação profissional de trabalhadores de saúde. É nesse contexto que surgiu a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a prática educacional que vimos realizando. Daí o interesse pelo doutorado em educação.

A área de treinamento e desenvolvimento de pessoas no âmbito do SUS, além das ações típicas desse campo de atuação, tem por objetivo operacionalizar a Política Nacional de Gestão do Trabalho e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), ambas, de iniciativa do Ministério da Saúde. Os objetivos da educação permanente em saúde são formar, qualificar e atualizar os trabalhadores do SUS, visando contribuir na diminuição de erros técnicos, comportamentos antiéticos, assim como nas ações e nos programas de saúde que estão sendo desenvolvidos e implementados pelo SUS.

Este estudo, intitulado *Currículo do curso técnico em vigilância em saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo: integração ensino e serviço no Sistema Único de Saúde*, teve início em 2015, sendo revisto ao longo do curso de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Educação: Currículo, da PUC-SP. A partir das aulas, das leituras e do processo de orientação, com destaque às discussões realizadas no grupo de pesquisa em Educação e Currículo, coordenado pelo Prof. Dr. Antonio Chizzotti, foi que tivemos uma

visão mais elaborada da problemática do estudo, resultando na melhor delimitação do tema de pesquisa.

A proposta deste estudo é analisar o currículo do Curso Técnico em Vigilância em Saúde (CTVS) da SMS. Um curso na modalidade subsequente ao ensino médio que confere habilitação profissional técnica. O curso foi o resultado de uma parceria entre a Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo (ETSUS-SP), a Covisa e as Supervisões de Vigilância em Saúde (Suvis), estruturas administrativas da SMS. Foi oferecido em horário de trabalho, com carga horária total de 1.320 horas. O resultado alcançado, no período de 2010 a 2016, foi a profissionalização de 323 Agentes de Combate a Endemias (ACE) formados como Técnicos em Vigilância em Saúde (TVS).

O curso contou com a cooperação técnica e o aporte financeiro do Ministério da Saúde, por meio da PNEPS, sendo viabilizado pelo Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps). Este programa tem como objetivo a qualificação e a formação profissional de trabalhadores de níveis fundamental e médio, que, preferencialmente, atuam no SUS, mas que não possuem formação específica na sua área de atuação.

No SUS, a formação profissional técnica de nível médio está inserida na política de educação permanente dos trabalhadores de saúde, que tem como princípio de sua organização ser pautada pelas necessidades de saúde da população, em conformidade com a diversidade demográfica e epidemiológica do país. A PNEPS é elaborada e executada de forma descentralizada (BRASIL, 2004a, 2005, 2009), respeitando as especificidades territoriais e as diferentes culturas regionais, o que representa uma das inovações advindas com a Constituição Federal de 1988.

A educação permanente dos trabalhadores do SUS vem sendo operacionalizada por meio de uma Rede Nacional de Escolas de Saúde Pública e por uma Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS), da qual a ETSUS-SP faz parte. A PNEPS é a política do SUS para a formação e o desenvolvimento de pessoas; envolve em sua administração não apenas os gestores e os trabalhadores de saúde, mas também representantes dos usuários dos serviços; gestores e estudantes das instituições de ensino que oferecem cursos na área da saúde (BRASIL, 2005). Portanto, a PNEPS tem procurado garantir a participação e o controle social, em conformidade com os princípios organizativos do SUS.

O CTVS cumpriu recomendações do Profaps; da PNEPS; das Diretrizes e Orientações para Formação do Técnico em Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), cujos fundamentos estão baseados nos princípios doutrinários e organizacionais do

SUS, bem como nas responsabilidades e competências do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Sinavisa) (BRASIL, 2011b, p. 13), que serão discutidos no capítulo IV.

A formação também atendeu às legislações do setor educacional: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), de 1996; Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio, conforme Pareceres do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Básica (CEB): nº. 16/99 e Resolução nº. 04/99 e as orientações do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT), em sua primeira versão em 2008 (BRASIL, 2008a). Ademais, respeitou os regulamentos do Ministério do Trabalho e Emprego, assim como a legislação específica referente ao exercício profissional fiscalizado. Esses preceitos legais serão analisados no capítulo V.

Como a educação profissional técnica em saúde é uma área muito regulamentada, conforme toda a normatização acima citada, seus desenhos curriculares devem respeitar os limites impostos à sua organização. Não obstante, estão nas mesmas legislações, especificamente na LDBEN, nas Diretrizes e nas Orientações Curriculares, a flexibilidade e as possibilidades para construção de Planos de Curso alinhados às necessidades educacionais dos trabalhadores e às necessidades institucionais dos serviços de saúde integrantes do SUS.

Na SMS, o CTVS foi direcionado aos servidores efetivos que exerciam a função de Agentes de Combate a Endemias (ACE) e que já tivessem concluído o ensino médio, tendo em vista que esses trabalhadores não possuíam habilitação específica no campo da saúde e sua qualificação profissional, na maioria das vezes, havia se dado em serviço por meio de treinamentos de curta duração e atividades práticas.

É necessário declarar nosso envolvimento com o CTVS, pois coordenamos o projeto pela Covisa no período de 2011 a 2013 e, apesar de termos deixado à coordenação do curso para exercer um cargo gerencial na Gerência de Gestão de Pessoas da Covisa (GGP/Covisa), continuamos colaborando com o projeto. Somos sabedores de que essa proximidade com o objeto de pesquisa pode ajudar a embasar o estudo ou embaçar nossa visão, pois “o envolvimento do pesquisador com o objeto – se, por um lado, pode comprometer as análises pela dificuldade de produzir o afastamento necessário, por outro, pode favorecê-las pela situação privilegiada de imersão no contexto de seu desenvolvimento” (BATISTELLA, 2009, p.129).

Em relação à proximidade com o objeto de estudo, vimos apresentando algumas das dimensões do CTVS ao longo desses últimos anos (VELTRI, 2014, 2015, 2017; VELTRI et al., 2012, 2015, 2016a, 2016b), discutindo sua proposta curricular em congressos, seminários,

simpósios e rodas de conversa. Nesses encontros com pesquisadores, gestores públicos, profissionais de saúde e da educação, a receptividade e o interesse das pessoas em conhecer os detalhes do currículo do CTVS fizeram com que percebêssemos que havia algumas características em sua proposta curricular que a diferenciava dos outros projetos, identificando-a como sendo uma prática educacional inovadora.

A própria Coordenação de Gestão de Pessoas da SMS reconheceu a relevância do CTVS para a municipalidade, concedendo-lhe dois prêmios na modalidade: Gestão do Trabalho, em cerimônia realizada no 1º Congresso de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2012. Os pôsteres laureados com o prêmio InovaRHação foram: *Formação do técnico em vigilância de saúde: reafirmando o compromisso da construção do SUS que queremos* (MONTEIRO et al., 2012) e *Curso técnico em vigilância em saúde: os desafios da profissionalização e da integralidade das ações de vigilância em saúde na cidade de São Paulo* (VELTRI et al., 2012).

Este estudo faz referência a todos esses trabalhos anteriormente citados, bem como às reflexões, às certezas e às indagações acumuladas ao longo do planejamento, da execução e da avaliação do currículo do CTVS. Com efeito, esta pesquisa está relacionada com o fato de nos conhecermos o projeto por dentro. Mas acima de tudo, por compreendermos sua importância, tanto na execução da política de educação permanente em saúde na SMS, quanto por sua relevância no campo da educação profissional técnica em saúde desenvolvida no SUS.

Destacamos como tendo sido a origem deste estudo a monografia de especialização *lato sensu*, intitulada *Perfil de competências do técnico em vigilância em saúde na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo* (VELTRI, 2014), que foi um dos requisitos para a obtenção do título de especialista em Gestão de Pessoas pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, em 2014. A pesquisa teve como resultado a confirmação do pressuposto de que o perfil de competências do TVS, que foi elaborado como perfil de conclusão do CTVS, atende integralmente aos princípios preconizados pelo SUS.

Naquela oportunidade, por tratar-se de uma pesquisa descritiva, no âmbito do curso de especialização, restringimos o foco do estudo à área da Gestão de Pessoas, não sendo possível ampliarmos o escopo da investigação. Porém, de qualquer modo, ao termos definido como tema de pesquisa o perfil de competências do Técnico em Vigilância em Saúde na Secretaria Municipal da Saúde, iniciamos uma aproximação da produção teórica sobre a Educação Profissional Técnica em Saúde.

A elaboração do perfil de competências do TVS fez parte da primeira etapa da construção do projeto curricular do CTVS. Por isso, havíamos iniciado a investigação por

aquela dimensão. De certo modo, foi no contexto das indagações formuladas durante a preparação da monografia que se tornou claro para nós a necessidade de maior conhecimento teórico quanto à prática que se estava realizando na SMS. Daí, o nosso interesse em seguir pesquisando a educação profissional técnica de nível médio e, por conseguinte, o currículo do CTVS.

Segundo Feuerwerker (2007, p. 4), “Há pouca sistematização do conhecimento produzido nas iniciativas inovadoras. Parte significativa dessa produção limita-se a relatos de caso. Há poucas iniciativas de avaliação que dêem conta da complexidade dos processos”. Ainda com relação às iniciativas inovadoras, Davini (2009, p. 40) chama a atenção para o fato da inexistência de memórias institucionais que analisem os obstáculos e os resultados das experiências já realizadas. A partir dos apontamentos de Feuerwerker (2007) e Davini (2009) foi que melhor compreendemos a necessidade de analisar, caracterizar e explicar a experiência resultante da proposição, da implantação e da execução do currículo do CTVS da SMS.

Assim sendo, a proposta deste estudo é desvelar, por meio da análise do currículo do CTVS, os aspectos determinantes na relação entre o trabalho desenvolvido pelos ACEs (alunos do curso) e a proposta de formação profissional técnica em vigilância em saúde, o que “retira o currículo do lugar meramente organizacional e de busca de eficiência que as abordagens tecnicistas insistem em lhe atribuir, conferindo-lhe o estatuto de território contestado, implicado em relações de poder” (BATISTELLA, 2009, p.7).

Historicamente é possível definir o *curriculum* como pista de corrida, caminho, trajetória, ou seja, o percurso vivido (HAMILTON, 1992). Embora, no senso comum, currículo seja associado ao *curriculum vitae* e currículo escolar à grade curricular. Aqui, apresentamos outras perspectivas do currículo como conceito pedagógico e campo de estudo. Segundo Silva (2015), o currículo escolar possui a potência de tornar-se um documento de identidade, um instrumento articulador das práticas pedagógicas desenvolvidas nos ambientes de aprendizagem em suas diversas etapas: planejamento, implantação, execução e avaliação.

O currículo também pode ser interpretado “como algo construído no cruzamento de influências e campos de atividade diferenciados e inter-relacionados” (GIMENO SACRISTÁN, 2000, p. 104), como é o caso do currículo do CTVS. Desse modo, neste trabalho, valemo-nos da concepção de currículo como a própria prática pedagógica contextualizada (GIMENO SACRISTÁN, 2000). No capítulo V, essa discussão sobre currículo será retomada e aprofundada.

Nesta tese, buscamos ainda descrever no contexto do currículo do CTVS as concepções de currículo, administração pública, servidor público, saúde pública, vigilância em saúde, educação permanente em saúde, processo de trabalho como princípio educativo, competência profissional, integralidade em saúde e educação profissional técnica em saúde, ao mesmo tempo em que pretendemos descrever a execução da PNEPS e do Profaps voltados, respectivamente, à educação permanente dos trabalhadores do SUS e à profissionalização do pessoal de nível médio do SUS, tendo em vista que docentes e alunos do CTVS, majoritariamente, eram servidores públicos municipais da SMS e, portanto, inseridos no SUS.

A questão que orienta a pesquisa é: quais aspectos da práxis curricular foram determinantes na relação entre a prática profissional dos Agentes de Combate a Endemias (alunos do curso) e a proposta de formação do Curso Técnico em Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo?

No sentido de responder ao problema de pesquisa, traçamos como objetivos.

#### **Objetivo geral:**

- Analisar os aspectos determinantes na relação entre a prática profissional dos Agentes de Combate a Endemias (alunos do curso) e a proposta de formação do Curso Técnico em Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, no período de 2010 a 2016, sob a perspectiva de seus coordenadores.

#### **Objetivos específicos:**

- Descrever as diretrizes e as orientações para formação do técnico em vigilância em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde, no período de 2010 a 2016;
- Descrever as concepções de: currículo, administração pública, servidor público, saúde pública, vigilância em saúde, educação permanente em saúde, processo de trabalho como princípio educativo, competência profissional, integralidade em saúde e educação profissional técnica em saúde presentes no currículo do Curso Técnico em Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde;
- Identificar as contradições, as inovações e os conflitos presentes na relação entre a prática profissional dos Agentes de Combate a Endemias (alunos do curso) e a proposta de formação do Curso Técnico em Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde.

O período a ser analisado, junho de 2010 a dezembro de 2016, compreende a redação da primeira versão do projeto de curso para concorrência pública às verbas do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps - Edital/2010), passando pela conclusão das primeiras turmas, em 2013, e finalizando com a formatura do segundo grupo de alunos, em dezembro de 2016. Assim, incluiremos como fonte de pesquisa e informação os documentos produzidos no contexto do curso: perfil profissional de conclusão do CTVS, plano de curso, itinerário formativo, livros-texto, guias de orientação para docentes, dentre outros, que serão apresentados ao longo da tese e que nos auxiliarão no alcance dos objetivos propostos para este estudo.

O currículo do CTVS no período de seu planejamento e realização esteve envolto em uma conjuntura: econômica, social e política, ou seja, em um macro-cenário que determinou e definiu sua execução. O período de 2010 a 2016 corresponde, em termos de recursos públicos para a realização do CTVS da liberação de verbas do Governo Federal, o que reflete o contexto das gestões do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011), que financiou o projeto; e da ex-presidenta Dilma Rousseff (2011-2016), no qual o curso foi colocado em prática na SMS.

Este estudo pretende analisar o currículo do CTVS levando-se em consideração o momento histórico no qual ele esteve envolto. Fundamentado em categorias do materialismo histórico e dialético, tais como: trabalho, totalidade, contradição, mediação, alienação, visão de mundo e práxis. Pretendemos deter nossa reflexão nas contradições e mediações presentes no currículo do curso, uma vez que ele é representativo de um microsocial inserido num macrossocial, que é a execução das políticas sociais no Brasil, no contexto do sistema capitalista neoliberal globalizado.

No que tange o momento histórico, o capitalismo neoliberal tem por princípio fundante a maximização dos lucros dos proprietários dos meios de produção. No caso do setor público, a proposta neoliberal visa à praticamente isenção do Estado quanto às políticas públicas com relação aos direitos sociais. Neste estudo, o foco é a contradição e a mediação dessa visão na execução das políticas de saúde pública e de educação profissional técnica em saúde em plena vigência da Constituição Federal de 1988, uma Constituição garantidora de direitos sociais, civis e políticos.

A tese deste estudo consiste no pressuposto de que o currículo do CTVS possui características que facilitaram a integração entre as dimensões do trabalho dos ACEs, alunos do curso, e o processo de formação profissional em vigilância em saúde na SMS.

Esta investigação se insere na área da Educação: Currículo, na linha de pesquisa: políticas públicas e reformas educacionais e curriculares, que tem por objetivo estudar as políticas de currículo na realidade brasileira, privilegiando projetos inovadores, na perspectiva de um currículo crítico e participativo. O diálogo entre as áreas da Educação: Currículo e da Saúde Pública poderá contribuir para ambas, ao articular conhecimentos em um campo prenhe de tensões e interações, tal como a educação profissional técnica em saúde desenvolvida no SUS.

Este estudo privilegia a abordagem qualitativa, visando desenvolver conhecimentos na área da Educação: Currículo, tendo como pressupostos teórico-filosóficos do método de investigação o materialismo histórico e dialético, com foco nas contradições do contexto histórico. Tem-se que os procedimentos técnicos se delineiam por uma investigação *ex post facto* que incluem como fonte de informação: pesquisa bibliográfica, documental e de campo para coleta de dados primários e secundários.

A entrevista com roteiro semiestruturado foi a técnica selecionada para obtenção das informações necessárias para apoiar a elaboração de respostas às indagações deste estudo. Foi realizada uma única entrevista com nove coordenadoras do CTVS. O período de realização das entrevistas se deu entre os meses de agosto a outubro de 2017. A análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) foi a técnica empregada para a categorização e a sistematização do conteúdo das entrevistas. No capítulo II, detalhamos os procedimentos técnicos, éticos e metodológicos utilizados na obtenção das informações e, no capítulo VI, discutimos os métodos empregados na análise do material coletado, assim como suas limitações e seus possíveis vieses.

A relevância do tema desta pesquisa: *o currículo do curso técnico em vigilância em saúde da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo*, consiste no fato de que, desde 2009, com a oficialização do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), o lançamento do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), em 2011; os debates em torno da Base Nacional Curricular Comum (BNCC), a partir de 2015; a avaliação das metas do PNE (2011 – 2020), a partir de 2015 e a reforma do ensino médio em 2017 (BRASIL, 2017a), a Educação Profissional Técnica passou a ser um assunto em destaque no setor da educação, o que denota a importância que esta modalidade de ensino assumiu no cenário educacional brasileiro enquanto possibilidade da qualificação de jovens ou mesmo da requalificação profissional de trabalhadores que se encontram inseridos, ou não, no mercado de trabalho.

Ao longo dos últimos anos, o setor saúde vem contratando trabalhadores para exercer atividades de natureza complexa sem a devida formação técnica necessária (SÃO PAULO, 2014c, p. 3). Denominados como: “Atendentes”, “Auxiliares” e “Agentes”, são trabalhadores, em sua maioria, com vínculos trabalhistas precários e sem muitas oportunidades de profissionalização. A educação profissional técnica em saúde pode contribuir na diminuição de erros técnicos graves, na prevenção de comportamentos antiéticos, bem como poderá impactar positivamente nas ações e nos programas de saúde que já estão sendo desenvolvidos no SUS (EPSJV, 2014).

A qualificação de servidores públicos por meio de cursos técnicos, com certificação e validade nacional, valorizando a experiência profissional pode significar aumento da autoestima, reconhecimento social, melhor colocação na hierarquia ocupacional, ou mesmo, recolocação no mercado de trabalho, o que incide no processo de construção, desconstrução e reconstrução de suas identidades profissionais. Oportunidade que o Estado pode propiciar como parte do resgate da dívida social para com seus trabalhadores de nível fundamental e médio da saúde.

Os trabalhadores do SUS não ficaram incólumes às reformas do aparelho do Estado e às mudanças no mundo do trabalho, com tecnologias de rápida implantação e obsolescência (GIMENO SACRISTÁN, 2000, p. 64), deles também tem sido esperado maior qualificação técnica para o desempenho de suas funções, assim como o domínio dessas novas tecnologias. Soma-se a esses desafios o preconizado na Política Nacional de Humanização (PNH), que visa preparar os trabalhadores do SUS para lidar com as dimensões subjetivas e os conflitos éticos envolvidos nas práticas de atenção à saúde.

O campo das vigilâncias em saúde pressupõe uma combinação de saberes e práticas para o diagnóstico e controle de riscos químicos, físicos e biológicos que visam à prevenção e ao controle de danos à saúde humana e ao equilíbrio dos ecossistemas. Essa complexidade justifica a necessidade e a importância da educação profissional técnica dos trabalhadores das vigilâncias em saúde.

Neste ponto, chegamos a revisão da literatura e ao contexto teórico-prático que justifica a relevância desta investigação. Em relação à produção atual a respeito do tema de pesquisa, realizamos levantamento das dissertações de mestrado e teses de doutorado nas bases de dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES (Catálogo CAPES). Inicialmente, foram utilizadas como expressões-chave: “curso técnico” e “vigilância em saúde”, o que resultou na localização de 4.227 trabalhos na BDTD e 26 trabalhos no Catálogo CAPES.

Ao se refinar a pesquisa, acrescentando-se a palavra “currículo”, juntamente com “curso técnico” e “vigilância em saúde”, foram acessados 1.212 trabalhos na BDTD e 6 trabalhos no Catálogo CAPES. Após utilização dos operadores lógicos booleanos: “AND”, “OR” e “NOT”, bem como da análise e seleção dos títulos dos trabalhos para posterior leitura dos resumos, foram identificadas sete dissertações de mestrado que tratam diretamente do currículo dos Cursos Técnicos em Vigilância em Saúde, no entanto não foram localizadas teses de doutorado sobre o tema.

Além daquelas sete dissertações de mestrado que tratam do referido currículo, também foram selecionadas outras quatro dissertações: dois trabalhos que discutem a proposta curricular do curso de formação profissional ofertado pelo Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), cujos autores são Batistella (2009) e Reis (2013). Além desses dois trabalhos, há um outro que discute o Curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental (BAICERE, 2009); o outro analisa a formação técnica em vigilância em saúde dos Agentes de Controle às Endemias (LIMA, 2016). Foram excluídos trabalhos que discutem as práticas profissionais, ou mesmo a profissionalização dos Agentes de Combate/Controle às Endemias, pois não estavam centrados na análise curricular do Curso de Formação Profissional em Vigilância em Saúde.

Ao todo foram selecionadas para leitura onze dissertações de mestrado as quais podem ser agrupadas em duas grandes áreas do conhecimento: Ciências da Saúde e Ciências Humanas, assim distribuídas: uma, nas Ciências Humanas na subárea da Geografia: Arjona (2015); e dez, nas Ciências da Saúde, que se dividem em quatro subáreas: seis na Educação Profissional em Saúde: Reis (2013), Vicente (2014), Lima (2016), Lucena (2016), Moreira (2016) e Mulatinho (2016); uma, no Ensino em Biociência e Saúde: Silva (2008); duas, na Saúde Pública: Batistella (2009) e Baicere (2009); e uma na Saúde e Gestão do Trabalho: Pilotto (2009).

É interesse destacar dois pontos em relação a essas dissertações de mestrado: nove foram defendidas nas Unidades Técnico-Científicas da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, a saber: Silva (2008), Baicere (2009), Batistella (2009), Reis (2013), Vicente (2014), Lima (2016), Lucena (2016), Moreira (2016) e Mulatinho (2016). Apenas dois trabalhos foram apresentados em outras instituições de ensino: Pilotto (2009), na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), e Arjona (2015), na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

O segundo aspecto a ser destacado é quanto ao objeto de estudo: seis trabalhos analisam o currículo dos cursos ofertados na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, que é uma das Unidades Técnico-Científicas da Fiocruz. Apresentamos algumas

considerações a respeito desses seis trabalhos, ou seja, Silva (2008) analisa a construção do currículo do CTVS, sob a perspectiva de seus alunos e professores; Batistella (2009) discute a constituição da identidade profissional na área da vigilância em saúde, a partir da análise do currículo do Proformar; Pilotto (2009), analisa as contradições da prática curricular na formação de TVS; Reis (2013) analisa as concepções pedagógicas do Proformar; Vicente (2014) analisa o estágio curricular do CTVS, com foco na integração do aluno na Estratégia da Saúde da Família; e Arjona (2015) discute o currículo do CTVS nos anos de 2012 e 2013, a partir da análise de dez Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC).

Em relação aos cinco trabalhos que analisam propostas curriculares desenvolvidas em outras instituições de ensino, destacamos: Baicere (2009), que analisa o currículo do Curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental ofertado pela Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, que teve como objetivo analisar a contribuição da formação técnica para o exercício profissional nos serviços municipais de vigilância sanitária da Baixada Cuiabana; Moreira (2016) analisa o CTVS ofertado pela ETSUS-Ceará, sob o foco da gestão e do estudante-profissional; Mulatinho (2016) analisa o processo de construção da identidade profissional das duas turmas do CTVS formados em 2013 pela Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco; Lucena (2016) analisa o currículo do CTVS da ETSUS-Bahia, dando ênfase na análise das Diretrizes e Orientações Curriculares do Curso preconizadas pelo Ministério da Saúde. E, por fim, Lima (2016) analisa o trabalho dos Agentes de Controle às Endemias frente à perspectiva de desfragmentação do trabalho e integração das áreas da vigilância em saúde, tendo por base o CTVS ofertado pela ETSUS-Bahia.

Após a leitura desses trabalhos, constatamos que nenhum deles tem como objeto específico de investigação a análise da integração das dimensões trabalho-ensino, prática-teoria e ensino-comunidade no currículo dos cursos de formação em vigilância em saúde, o que denota a novidade dos aspectos a serem investigados no currículo do CTVS da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Além disso, nenhuma delas foi produzida na área da Educação, o que também pode representar uma oportunidade de preenchimento de lacunas teóricas a partir dos conhecimentos da área da Educação: Currículo.

Também, do ponto de vista prático, os referidos trabalhos tratam da análise do currículo de um curso técnico que acaba tendo como uma das suas principais características o fato de ser direcionado majoritariamente aos trabalhadores adultos já inseridos nos serviços de saúde pública, mas não exclusivamente. Portanto, esta é uma excelente oportunidade de problematizar uma questão ainda urgente, que é a integração das dimensões trabalho-ensino,

prática-teoria e ensino-comunidade nos cursos de educação profissional técnica, conforme atesta Frigotto; Ciavatta; Ramos (2012).

Ainda em relação aos trabalhos analisados, torna-se relevante destacarmos que é especificamente a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), daqui por diante citada apenas como Escola Joaquim Venâncio, a referência para o Ministério da Saúde na área da Educação Profissional em Saúde. As primeiras iniciativas de qualificação e formação profissional dos trabalhadores de níveis fundamental e médio que atuam nas vigilâncias do campo da saúde foram ofertadas pela Fiocruz por intermédio da Escola Joaquim Venâncio. É relevante salientar que desde 2008 eles também oferecem o CTVS na modalidade de ensino profissional integrado ao ensino médio.

Desde 1996, na Escola Joaquim Venâncio são elaborados “currículos nas áreas das vigilâncias – epidemiológica, sanitária e ambiental e da vigilância em saúde” (EPSJV, 2007, p. 3). Essa experiência acumulada serviu como parâmetro para a construção das Diretrizes e Orientações Curriculares do CTVS pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), bem como para a apresentação do curso no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT), por parte do MEC, em sua primeira versão em 2008 (BRASIL, 2008a). Provavelmente, são esses fatores que justificam o interesse dos pesquisadores em quererem analisar os currículos dos cursos lá desenvolvidos.

É oportuno salientar a relevância da Fiocruz na área da ciência e tecnologia em saúde, tanto no cenário nacional quanto na América Latina. Essa renomada instituição vinculada ao Ministério da Saúde possui como missão a tarefa de promover a saúde, o desenvolvimento social, gerar e difundir conhecimento científico e tecnológico. No campo da produção científica na área da educação profissional técnica em vigilância em saúde, é significativo mencionar o trabalho do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde, constante da estrutura da Escola Joaquim Venâncio. Por isso, a importância da Escola Joaquim Venâncio enquanto produtora e difusora de conhecimento nas áreas de Trabalho, Educação e Saúde.

Conseqüentemente, foram pelos motivos anteriormente expostos que a pesquisa bibliográfica deste estudo, no campo da educação profissional técnica em saúde, teve início a partir da leitura das produções organizadas pelo corpo técnico-científico da Fiocruz, em especial os artigos publicados nas revistas científicas da Escola Joaquim Venâncio, especificamente, na *Revista de Escolas Técnicas do SUS*, a RET-SUS. Também é referência neste estudo o *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* (PEREIRA; LIMA, 2008), que

será referenciado ao longo deste trabalho a partir dos autores responsáveis pela redação de cada verbete consultado.

Dentre os livros, dicionários especializados e artigos científicos referenciados destacamos:

- Na área da Metodologia do Trabalho Científico: Alves-Mazzotti (1999), Chizzotti (2014), Gil (2008), Severino (2007), e Triviños (1987), que contribuem com a elaboração e organização dos procedimentos técnicos e metodológicos da pesquisa. Já em relação aos pressupostos teórico-filosóficos do método de investigação: Marx (1982, 1985, 1991, 2004, 2012) e Marx e Engels (1989, 1998, 2011), assim como os verbetes do *Dicionário do pensamento marxista*, Bottomore (2012); quanto à categorização e sistematização dos dados da pesquisa apoiamo-nos em Bardin (2011);

- Na área da Administração Pública: Abrucio (1997, 2007), Bresser-Pereira (1996), Carbone (2000), Dasso Júnior (2014), Junquilha (2004), Paula (2005), Pires e Macêdo (2006), e Rodrigues (2012). Autores que contribuem na problematização dos modelos de administração pública e na compreensão da cultura organizacional no serviço público;

- Na área da Saúde Pública e da Vigilância em Saúde: Almeida Filho (2011), Cecílio (2001), Davini (1994, 2009), Scliar (2005), Mattos (2004, 2006), Mercadante (2002), Paim (2009), Pinheiro (2008), Pinto (2009) e Waldman (2012). Estudiosos que apoiam a conceituação de saúde, saúde pública, educação permanente em saúde, vigilância em saúde e SUS;

- Na área da Educação e do Currículo: Apple (2006), Cambi (1999), Ciavatta (2008), Demo (2000), Frigotto (2010a, 2010b), Gadotti (1987), Gimeno Sacristán (2000), Hamilton (1992), Lombardi (2011), Manacorda (2010), Nosella (2007), Saviani (1980, 1994, 2007, 2012), Silva (2015) e Torres Santomé (1988, 2013). Pesquisadores estes que subsidiam a fundamentação sobre educação e currículo. Ainda, são referência na área da educação os verbetes do *Dicionário Paulo Freire* (STRECK; REDIM; ZITKOSKI, 2018).

Pretendemos construir o marco teórico deste estudo articulando as contribuições dos autores anteriormente citados, com vistas à melhor apreensão, contextualização, compreensão e explicação do currículo do CTVS da SMS. Acrescentamos, ainda, a seleção e a leitura das legislações pertinentes aos campos da saúde pública e da educação profissional técnica, as quais são citadas ao longo do texto encontrando-se organizadas em um quadro (Apêndice A).

Esta investigação tem como proposta contribuir no nível microsocial com os profissionais da SMS e no nível macrossocial com os profissionais dos Ministérios da Saúde e da Educação, quanto à avaliação das propostas curriculares dos CTVS que estão sendo

desenvolvidos nas ETSUS, por meio do Profaps. Ao mesmo tempo em que esta tese também poderá contribuir com a identificação e a descrição das contradições, das inovações e dos conflitos de uma proposta de integração das dimensões *ensino* e *serviço* na educação profissional técnica, o que poderá interessar a um público mais amplo de profissionais e pesquisadores envolvidos na discussão da educação profissional técnica. Pretendemos, ainda, com a realização deste estudo, contribuir para explicitar a complexidade envolvida no ensino profissional técnico em saúde, buscando demonstrar como as relações de poder e os modelos de gestão adotados no setor público, bem como os princípios estabelecidos na legislação nacional estão repercutindo na formulação e na execução dos currículos dos cursos técnicos na área da saúde, quando estes são ofertados para agentes públicos trabalhadores do SUS e desenvolvidos no ambiente de trabalho por meio das Escolas Técnicas do SUS, como é o caso do CTVS, que foi operacionalizado pela ETSUS-SP. Além disso, seus resultados também poderão colaborar com futuras pesquisas nas áreas da Educação e da Saúde Pública.

Esse objetivo de verificar os acertos e desacertos em relação ao currículo do CTVS poderá contribuir com nossa prática docente, bem como com nossa atuação na área de treinamento e desenvolvimento de pessoas na Covisa, no que se refere ao planejamento, à avaliação e à decisão quanto à oferta de novos cursos de qualificação ou mesmo de formação profissional em vigilância em saúde.

Conseqüentemente, será nesse campo complexo, síntese de múltiplas determinações, em que se tornaram os currículos da educação profissional técnica na área da saúde, que este projeto de pesquisa pretende se inserir. Acreditamos, tal como *o operário em construção*, que ao elucidar alguns problemas, respondendo a algumas questões e problematizando outras, poderemos, *nesse instante, além do que sabia – exercer a profissão - adquirir uma nova dimensão*: a dimensão de pesquisador que, com competência técnica, pretendemos exercer nosso compromisso ético e político.

Nesta tese, optamos por utilizar as antigas denominações dos departamentos, divisões, seções, serviços e núcleos administrativos da SMS, como eram utilizados no período de implantação e execução do currículo do CTVS, ou seja, no período de 2010 - 2016. Somos sabedores de que com a edição do Decreto Municipal 57.857, de 5 de setembro de 2017 (SÃO PAULO, 2017), as estruturas administrativas e suas denominações sofreram alterações. No entanto, a decisão de não adotá-las neste trabalho se deve a dois fatores. Primeiro, é o fato de que o CTVS teve seu encerramento em dezembro de 2016, ou seja, anterior à edição do referido decreto; segundo, é o fato da tentativa de facilitar o entendimento e melhorar a

fluidez textual, evitando que a cada referência a um determinado departamento fosse necessário mencionar a nova denominação e a anterior à edição do referido decreto.

Outro ponto ainda a destacar é que o setor saúde, sobretudo, a saúde pública, vem sendo constituída pela confluência de diversas áreas do conhecimento e campos de atuação profissional. Essa multiplicidade de saberes e práticas resultaram na necessidade da construção de um alinhamento terminológico e conceitual da linguagem utilizada no SUS, o que levou o Ministério da Saúde a propor, com base nas premissas da ciência da informação: “o Tesouro, o Siglário e os glossários temáticos, que constituem o Glossário do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2012a, p. 5). Neste estudo, utilizamos o vocabulário estruturado e controlado pelo Ministério da Saúde. Portanto, os termos ou expressões que possuam significados específicos no SUS serão apresentados por meio de Notas de Rodapé.

Pretendemos utilizar um método de redação que expresse a perspectiva dialética de investigação, pois a dialética em sua gênese é a arte do diálogo. Neste texto dissertativo-argumentativo a conversa se inicia entre o pesquisador e o objeto investigado, pois assim pretendemos construir a tese desta argumentação. Na sequência, ampliamos o diálogo à dimensão oposta também presente no objeto de estudo, buscando captar seu contrário, ou seja, sua antítese. Não se limitando a escolha de um dos lados, buscamos desvelar os componentes sócio-históricos, econômicos, políticos e culturais que determinaram a elaboração e a execução do currículo do CTVS, no período de 2010 a 2016. Posteriormente, apresentamos o resultado das entrevistas com as informantes-chave, conversas, cujas análises revelam novas dimensões do currículo do curso e de sua implementação na SMS. Por fim, serão articulados todos esses elementos de forma a produzir uma terceira via: a síntese.

Logo, os conteúdos tratados não serão esgotados ao término de cada capítulo. A proposta é que a cada seção se possam apresentar novos subsídios, os quais apoiem a argumentação. O método é o de aproximações sucessivas ao objeto de estudo, retrocedendo e avançando no desvelamento e na explicação da complexidade das dimensões que compõem o currículo do CTVS em seu contexto histórico, teórico, político e social, visando comunicar um todo coerente, uma unidade formada na diversidade, ou seja, uma síntese, mesmo que parcial e provisória.

Após esta **Introdução**, que contou com a apresentação do pesquisador, da temática, do tema, dos objetivos do estudo, do levantamento e análise das dissertações de mestrado que abordam o tema em estudo, bem como da justificativa do desenvolvimento da pesquisa, seguem os capítulos, que, dialeticamente articulados, compõem o todo desta tese.

O **primeiro capítulo** apresenta o Curso Técnico em Vigilância em Saúde seu contexto e seu plano de curso; o **segundo capítulo** trata dos pressupostos teórico-filosóficos do método de investigação e dos procedimentos técnicos e metodológicos da pesquisa; o **terceiro capítulo** discute os modelos de gestão e a cultura organizacional da administração pública; o **quarto capítulo** apresenta os saberes profissionais e as práticas institucionais no Sistema Único de Saúde; o **quinto capítulo** é dedicado à análise da educação, do currículo e do ensino técnico no SUS; e o **sexto capítulo** aborda os procedimentos de análise da pesquisa, discute e analisa o currículo realizado sob a voz de suas coordenadoras.

Por fim, apresentamos as **Considerações finais**, oferecendo algumas conclusões, mesmo que parciais, das dimensões do currículo do CTVS, no caso específico do currículo construído no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, no período de 2010 a 2016. Considerando, entretanto, que suas particularidades constitutivas decorrem de uma totalidade e dos caminhos experimentados em sua construção e gestão. Ainda, compõem esta tese as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

## **1 CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE: CONTEXTO E PLANO DE CURSO**

A grande generosidade está em lutar para que, cada vez mais, estas mãos, sejam de homens ou de povos, se estendam menos, em gestos de súplica. Súplica de humildes a poderosos. E se vão fazendo, cada vez mais, mãos humanas, que trabalhem e transformem o mundo [...]. Lutando pela restauração de sua humanidade estarão, sejam homens ou povos, tentando a restauração da generosidade verdadeira (Paulo Freire, *Pedagogia do oprimido*).

Neste capítulo a proposta é apresentar o plano curricular do Curso Técnico em Vigilância em Saúde (CTVS), assim como os objetivos e as especificidades de um curso técnico desenvolvido por uma das Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS), como no caso da ETSUS-SP. Pretendemos também apresentar e caracterizar os sujeitos do currículo, especificamente, os discentes, os docentes, os coordenadores e os participantes do Grupo de Trabalho do CTVS (GT do CTVS) responsável pela elaboração do currículo.

Ainda neste capítulo serão apresentados: as concepções que fundamentam o processo de ensino e aprendizagem, a organização curricular; o modo como se deu a construção dos materiais didático-pedagógicos, o processo de capacitação pedagógica e educação permanente dos docentes do curso e, por fim, o processo de avaliação do ensino e da aprendizagem.

Utilizamos como fonte principal para a redação deste capítulo os documentos da Escola Municipal de Saúde (EMS)/Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo (ETSUS-SP): Projeto Político Pedagógico da EMS/ETSUS-SP, Fundamentos Teórico-Methodológicos da Ação Didático-Pedagógica da ETSUS-SP, Proposta de educação profissional área da saúde: projeto pedagógico da ETSUS-SP, Relatório de atividades: Escola Municipal de Saúde 2014-2015, Trajetória da Escola Municipal de Saúde e da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo, Projeto do Curso Técnico em Vigilância em Saúde e Plano de Curso: Curso Técnico em Vigilância em Saúde.

### **1.1 Identificação e objetivos da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo**

A ETSUS-SP é vinculada à Escola Municipal de Saúde (EMS), órgão da Coordenação de Gestão de Pessoas da SMS. A EMS, anteriormente denominada de Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde, foi criada pelo Decreto Municipal nº. 28.625,

de 30 de março de 1990 e reestruturada pelos Decretos Municipais nº. 32.773, de 10 de dezembro de 1992; Decreto nº. 42.120, de 19 de junho de 2002; Decreto nº. 52.514, de 25 de julho de 2011; e pelo Decreto nº. 57.857, de 7 de setembro de 2017. As alterações promovidas por este último decreto citado não são alvo deste estudo, tendo em vista sua edição ter sido posterior ao encerramento do CTVS. Nos anexos consta o organograma da EMS/ETSUS-SP (ANEXO A). Vejamos a missão, a visão e os valores da EMS:

**MISSÃO:** Promover a formação e o desenvolvimento de pessoas no âmbito do SUS, tendo o processo de trabalho como princípio educativo, visando à qualidade dos serviços e a melhoria das condições de saúde da população. **VISÃO:** Ser uma instituição de referência na cidade de São Paulo, no que tange à formação, pesquisa e educação permanente, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. **VALORES:** Compromisso com princípios e diretrizes do SUS; Ética; Democracia; Transparência; Solidariedade; Respeito; Participação; Inclusão (SÃO PAULO, 2014c, p. 25, grifo no original).

A EMS é uma das 13 escolas de governo<sup>1</sup> da PMSP. Os seus objetivos educacionais são mais amplos do que os da ETSUS-SP, pois visa ao desenvolvimento e ao aprimoramento profissional de servidores públicos da SMS, de trabalhadores das Organizações Sociais de Saúde (OSS) que são contratadas pela SMS e dos membros dos conselhos gestores dos serviços de saúde do município de São Paulo. Foi o Decreto Municipal nº. 42.120, de 19 de junho de 2002, que alterou a denominação do Núcleo de Formação, constante da estrutura original do Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde, para Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo.

Devido ao fato de este estudo reportar-se especificamente à análise do currículo do CTVS, cujo desenvolvimento coube à equipe da ETSUS-SP, neste trabalho, visando facilitar a compreensão do leitor, quando se fizer menção à ETSUS-SP, compreenda-se que essa escola está vinculada a uma estrutura organizacional maior que é a EMS. Apesar de passar a impressão da existência de duas escolas, na prática, trata-se apenas de uma única escola. A distinção se dá pelo fato de que legalmente é a ETSUS-SP que está autorizada a ofertar e certificar os cursos de qualificação profissional e de habilitação profissional técnica, desenvolvidos pela SMS.

---

<sup>1</sup> Os objetivos e as finalidades das escolas de governo serão apresentados mais à frente no capítulo III (seção 3.1). Porém, é significativo destacar que as Escolas Técnicas do SUS têm sua origem anterior à criação da proposição e conceituação das escolas de governo. Apesar de que, na atualidade, as escolas de governo tenham objetivos educacionais semelhantes aos das ETSUS, historicamente, na década de 1990, elas foram destinadas à formação e ao aperfeiçoamento de pessoal de nível superior, com a oferta de cursos de pós-graduação. Já “as Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (ETSUS) são instituições públicas criadas ou “recriadas” a partir de 1980 para qualificar/formar os trabalhadores de nível fundamental e médio empregados no SUS que não possuíam qualificação específica para as funções que desempenhavam” (GALVÃO; SOUSA, 2012, p. 1.159).

A ETSUS-SP caracteriza-se por ser um estabelecimento de Educação Profissional Técnica de Nível Médio, que tem como objetivo educacional: “a formação de trabalhadores comprometidos com a consolidação do SUS, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população” (SÃO PAULO, 2005, p. 4). Em relação aos seus objetivos estratégicos e operacionais, destacamos:

A ETSUS-SP, comprometida com a consolidação do SUS, organiza situações de ensino-aprendizagem que possibilitam o desenvolvimento das competências profissionais nas dimensões técnica, ética, política e comunicativa, tendo dentre seus objetivos: a) Formar trabalhadores na área da saúde por meio dos Cursos de Qualificação e de Habilitação Profissional Técnica de Nível Médio; b) Atualizar os trabalhadores na área da saúde por meio de cursos de aperfeiçoamento e especialização, desenvolvendo suas aptidões para a vida produtiva e social; c) Atualizar os profissionais de nível universitário que atuam nos Cursos de Educação Profissional, visando ao aprimoramento de conhecimentos científicos e o desenvolvimento de competências técnicas e pedagógicas; d) Produzir e difundir materiais para subsidiar as atividades didático-pedagógicas (SÃO PAULO, 2015, p. 5).

É importante destacar que também compete à equipe da ETSUS-SP a responsabilidade quanto à educação permanente dos profissionais que exercem a docência nos cursos técnicos, conforme o item “c” do documento anteriormente citado. No sentido de promover o desenvolvimento dos docentes, são ofertadas: Capacitação Pedagógica e Oficinas Técnico-Pedagógicas, que serão apresentadas ainda neste capítulo (seção 1.6). Vale ressaltar que os cursos técnicos ofertados pela ETSUS-SP ocorrem conforme a necessidade dos serviços de saúde que compõem a rede municipal de saúde da SMS que, por sua vez faz parte de um sistema maior que é o SUS.

O prédio que abriga a sede da ETSUS-SP, está localizado em um terreno de 3.260m<sup>2</sup>, que fica situado na Rua Gomes de Carvalho, 250, Vila Olímpia, São Paulo (SÃO PAULO, 2012b, p. 7). Foi construído com a finalidade de ser uma escola municipal, tendo sido doado para a Secretaria Municipal da Saúde “pelo então secretário de Educação, na época, Paulo Freire, importante educador no cenário educacional brasileiro e grande incentivador desse projeto” (SÃO PAULO, 2016, p. 2). A construção distribui-se em quatro blocos de construção e um deles tem dois pavimentos. Neles, encontram-se: laboratório de informática, salas de aula, Núcleo Escolar, Divisão de Educação, Setor Técnico de Educação a Distância e Núcleo de Documentação com o acervo informatizado.

Conta-se também com as salas da Administração e Núcleo de Comunicação e TV Corporativa. No piso térreo, está situado o Auditório com 100 lugares. Uma construção no fundo do terreno, piso térreo, abriga a copa, espaço de convívio, os serviços da gráfica, xerox,

almoxarifado, dois vestiários (masculino e feminino). Há uma área livre destinada ao estacionamento, espaços ajardinados e arborizados que configuram um conjunto arquitetônico com uma aparência bonita e agradável.

No período de execução do CTVS estava em funcionamento a TV Corporativa, uma rede de transmissão e recepção de sinais de TV digital via satélite, que contava com cerca de 1.000 pontos de recepção que compunham a Rede São Paulo Saudável, cuja finalidade era capacitar os profissionais por meio da Educação a Distância, transmitindo conteúdos educativos para toda a rede municipal de saúde, por meio de dois canais de TV, o Canal Interativo, com programação destinada à população e o Canal Profissional, com programação direcionada aos profissionais de saúde.

A ETSUS-SP, à época do CTVS, dispunha de seis Unidades Desconcentradas no município, daqui por diante denominadas de ETSUS Regionais, nas regiões: Norte, Sul, Sudeste, Centro-Oeste e duas escolas na Zona Leste. Contava-se, ainda, com todas as Unidades de Saúde da rede municipal de saúde para o desenvolvimento das ações de integração ensino e serviço, tais como: atividades práticas, visitas técnicas e estágios curriculares. Portanto, para viabilizar a parte prática do CTVS, a SMS, ou seja, a

**Operacionalização dos cursos:** o desenvolvimento das atividades didático-pedagógicas ocorre na ETSUS e suas Unidades Desconcentradas conforme o planejamento das regiões de saúde e dos serviços que compõem o Sistema Único de Saúde – SUS. O acompanhamento administrativo de todas as turmas dos Cursos de Educação Profissional é realizado pelo Núcleo Escolar da Escola Municipal de Saúde/ETSUS-SP (SÃO PAULO, 2012b, p. 6, grifo no original).

Coube à secretaria escolar as seguintes atribuições:

Matrícula de alunos, arquivo de documentos escolares, apontamento nos livros para supervisão da Coordenação de Educação. Cadastro de professores; Distribuição do material didático-pedagógico, incluindo as apostilas para os cursos; Cadastro dos participantes dos Cursos de Capacitação no Banco de dados dos cursos de capacitação; Emissão da lista de presença, condensado de cada turma e relatório final; Emissão de Certificados dos Cursos de Capacitação Pedagógica; Identificação dos interessados nas carteirinhas da UMES [União Municipal dos Estudantes Secundaristas de São Paulo] e encaminhamento de documentação para expedição das mesmas (SÃO PAULO, 2010b, p. 23).

Ainda mais, coube à Divisão Administrativa e ao Núcleo de Orçamento, Compras e Finanças, as seguintes atribuições:

Distribuição e controle de material de consumo e permanente; Digitação e formatação dos materiais didático-pedagógicos com acompanhamento da impressão gráfica;

Planejamento da execução financeira dos Projetos com financiamento: abertura, execução e acompanhamento dos processos licitatórios; Prestação de Contas dos Projetos ao Ministério da Saúde – Relatórios dos Processos Formativos (SÃO PAULO, 2010b, p. 23).

O desenvolvimento das atividades didático-pedagógicas do CTVS ocorreram na ETSUS-SP (sede) e nas ETSUS Regionais, conforme o planejamento das Coordenadorias Regiões de Saúde e dos serviços que compunham o SUS, sob a administração da SMS. O acompanhamento administrativo e financeiro de todas as turmas do curso, assim como a vida acadêmica dos alunos foram realizados de modo centralizado na ETSUS-SP.

Nas próximas seções, apresentamos algumas das dimensões do currículo do CTVS. Optamos em apresentar: as concepções que fundamentam o processo de ensino e aprendizagem, o contexto, a gestão e os requisitos de acesso ao curso, os principais sujeitos do currículo, a organização curricular, os materiais didático-pedagógicos construídos no âmbito do curso, o processo de educação permanente dos docentes do curso, assim como o processo de avaliação da aprendizagem.

## **1.2 As concepções que fundamentam o processo de ensino e aprendizagem na ETSUS-SP**

A proposta político-pedagógica da ETSUS-SP possui três eixos que a norteiam: 1) o currículo integrado enquanto modalidade de organização curricular; 2) o processo de trabalho como princípio educativo na formação de profissionais de saúde; e, 3) a teoria e prática como unidade indissociável da ação pedagógica (SÃO PAULO, 2015, p. 23). A concepção de currículo integrado que fundamenta a proposta pedagógica da ETSUS-SP tem base na conceituação de Davini (1994)<sup>2</sup>, que define currículo integrado como: “um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade” (DAVINI, 1994, p. 284).

A partir dessa concepção de currículo integrado derivam e se articulam os outros eixos da proposta pedagógica. A ETSUS-SP visa propiciar por meio de suas atividades pedagógicas as condições para a integração entre as dimensões do trabalho e do ensino. É nesse sentido que a expressão currículo integrado é utilizada nos documentos oficiais da instituição. Por

---

<sup>2</sup> Profa. Dra. Maria Cristina Davini. Licenciada em Ciências da Educação pela Universidade de Buenos Aires, doutora em Ciências Humanas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Especialista em formação docente e didática. Foi consultora da Organização Pan-Americana de Saúde, dedicando-se, principalmente, aos temas da educação em saúde e da educação permanente em saúde. Suas propostas no campo da educação permanente em saúde influenciaram gerações de profissionais de saúde na América Latina, no Brasil, principalmente, nas décadas de 1980 e 1990.

consequente, consta nos documentos da ETSUS-SP que, para atender aos pressupostos de seu projeto educacional as atividades pedagógicas dos cursos ofertados, devem estar organizadas em três momentos:

Atividades em sala de aula, desenvolvidas pelos alunos sob coordenação dos docentes; atividades em serviço, desenvolvidas pelo aluno no seu local de trabalho ou no território em que atua e estágio supervisionado, desenvolvido pelo aluno em locais previamente definidos e supervisionado pelos docentes. Os conteúdos teóricos e práticos estão estruturados em torno de um eixo temático comum, de forma lógica e seqüencial, favorecendo a aquisição do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades e atitudes, oportunizando, assim, a integração entre o ensino e o trabalho (SÃO PAULO, 2015, p. 22).

A proposta pedagógica da ETSUS-SP, com base em seu Projeto Político Pedagógico, está orientada na perspectiva teórico-metodológica da “problematização da prática e sua resignificação” (SÃO PAULO, 2015, p. 23). A perspectiva dada pela ETSUS-SP à *metodologia da problematização* possui como referência o conceito de problematização, em Paulo Freire, que, segundo Mühl (2018), pode ser definido como:

O termo ‘problematização’ não tem um sentido unívoco em Freire. Às vezes, o autor o entende como um método de conhecimento e de aprendizagem e, outras vezes, como uma atitude inerente à ‘essência do ser da consciência’ (2003, p. 66), como condição ontológica que torna possível a ação intencional do sujeito e o leva a se posicionar de maneira ativa diante dos objetivos e dos acontecimentos do mundo. Ou seja, o termo ‘problematização’ tem, pelo menos dois sentidos importantes: um epistemológico e outro antropológico, ou ontológico (MÜHL, 2018, p. 383)

É no sentido freiriano dado ao termo problematização, enquanto método de conhecimento e aprendizagem, que a ETSUS-SP busca a operacionalização dessa metodologia com base no *método do arco*, de Charles Maguerez (apud Bordenave e Pereira, 1991), que consiste na proposição de um método de problematização da realidade que segue os seguintes passos: a) observação da realidade (identificação dos problemas); b) levantamento de pontos-chave; c) teorização; d) levantamento de hipótese de solução dos problemas, e; e) aplicação à realidade (prática).

O método do arco, segundo consta nos documentos oficiais da ETSUS-SP, tem como objetivo: “permitir a real integração entre prática e teoria e o imediato teste da prática, na busca de construir respostas específicas e originais para diferentes situações, a partir da integração ensino-trabalho-comunidade e do exercício constante de prática-reflexão-prática” (SÃO PAULO, 2015, p. 78).

Outra premissa presente no Projeto Político Pedagógico da ETSUS-SP é o fato de que os cursos ofertados devem estar em consonância com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Logo, os projetos curriculares da ETSUS-SP visam garantir a “aprendizagem significativa e propor mudanças das práticas profissionais, a partir da análise crítica da realidade praticada pelos trabalhadores do SUS” (SÃO PAULO, 2015, p. 116). Em resumo, a PNEPS propõe uma educação profissional que venha a alterar a realidade do SUS no sentido da efetivação da integralidade em saúde<sup>3</sup>.

Portanto, foi a necessidade de superar a fragmentação, tanto dos conhecimentos oriundos das diversas práticas em vigilância em saúde, quanto da teorização dessas mesmas práticas, que impulsionou os participantes do GT do CTVS a propor a construção de um projeto curricular integrado em conformidade com a proposta pedagógica da ETSUS-SP, pela qual “os cursos de formação técnica são elaborados na concepção de currículo integrado, privilegiando-se a prática e sua teorização, num processo contínuo de prática-reflexão-prática, integrando ensino e trabalho” (SÃO PAULO, 2015, p. 22).

Conseqüentemente, foi no sentido de possibilitar maior integração no projeto curricular do CTVS que o processo de trabalho foi compreendido enquanto o princípio educativo da ação pedagógica, tendo na concepção de currículo integrado adotado pela ETSUS-SP e no princípio constitucional da integralidade em saúde os fundamentos dessa integração curricular. Logo, são pressupostos ordenadores do currículo do CTVS: o trabalho como princípio educativo, o modelo de competências profissionais, a integralidade em saúde e a modalidade de currículo integrado adotada pela ETSUS-SP, dimensões que serão detalhadamente discutidas no capítulo V (seção 5.3).

### **1.3 A gestão do curso técnico em vigilância em saúde: o grupo de trabalho**

Em 2010, com a proposição do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, houve a proposta de organização de Cursos Técnicos em Vigilância em Saúde no SUS, por meio do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), que representa uma das políticas indutoras do Ministério da Saúde para qualificação e formação profissional técnica em saúde.

---

<sup>3</sup>A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e o conceito de integralidade em saúde serão amplamente discutidos no capítulo V.

No município de São Paulo, os representantes legais da SMS determinaram que fosse constituído um Grupo de Trabalho (GT) no sentido de viabilizar a proposta do Ministério da Saúde. A primeira reunião do GT do CTVS ocorreu no dia 23 de agosto de 2010. As atribuições iniciais dessa equipe foram: adequar às referências curriculares do Ministério da Saúde e do MEC (currículo prescrito) à realidade do município de São Paulo; definir as atribuições e o perfil de competência profissional do TVS; elaborar o itinerário formativo para discentes e docentes do curso; construir o plano de curso, propor os materiais didático-pedagógicos, tanto para discentes quanto para docentes; identificar e convidar profissionais de saúde para exercer a docência no curso, estabelecer os critérios para a seleção dos ACEs interessados em participar da proposta e implantar o CTVS na SMS.

Em outubro de 2010, uma pesquisa foi realizada no Sistema Municipal de Vigilância em Saúde (SMVS) da SMS, visando identificar o interesse dos ACEs em participar do CTVS. O resultado do levantamento indicou que, dentre os 2.705 ACEs que atuavam no SMVS naquele momento, 1.541 servidores demonstraram interesse em participar do curso (SÃO PAULO, 2010d). O número de vagas pactuadas com o Ministério da Saúde foi de 350 vagas para o município de São Paulo. Daí a necessidade do estabelecimento de critérios para a seleção dos servidores interessados em participar do curso.

A princípio, os participantes do GT do CTVS pensaram nos critérios de assiduidade; não ter incorrido em faltas disciplinares nos últimos três anos que antecediam o início do curso; estar a pelo menos cinco anos da aposentadoria; comprometer-se a permanecer na SMS por pelo menos três anos após o término do curso e possuir ensino médio completo (SÃO PAULO, 2011d, p.3).

Após inúmeras discussões, chegou-se ao consenso de que, para participar das sete primeiras turmas do CTVS, os interessados deveriam ter a autorização de suas chefias imediatas e serem referendados por suas chefias mediatas. Isto porque a coordenação da Covisa tinha como proposta, naquele momento, que os alunos formados TVSS poderiam vir a ocupar a função de supervisor de campo (cargo em comissão). Portanto, coube aos chefes imediatos dos ACEs, com base nos critérios anteriormente mencionados, a responsabilidade de autorizar a participação dos servidores no curso. No capítulo IV (seção 4.3.1.1), iremos nos deter sobre a proposta da criação da função de supervisor de campo na SMS.

No dia 6 de outubro de 2011, o plano de curso do CTVS foi aprovado e foi autorizado a ter início, por meio do Parecer n.º 220/2011, do Conselho Municipal de Educação, da Prefeitura do Município de São Paulo (SÃO PAULO, 2011a). A primeira fase do CTVS teve

início em novembro de 2011 e contou com a oferta de 201 vagas, organizadas em sete turmas distribuídas nas cinco regiões do município de São Paulo: “a distribuição das vagas pelas regiões seguiu o percentual de 13% dos Agentes existentes em cada região” (SÃO PAULO, 2011d, p.1). Em relação aos 201 servidores matriculados, concluíram o curso 184 alunos, em 2013.

Em 2012, a segunda oferta do curso contou com mais 191 vagas distribuídas em seis turmas, 139 servidores se formaram em dezembro de 2016<sup>4</sup>. O critério utilizado para a seleção dos servidores manteve a exigência do ensino médio completo e se deu em duas fases, a saber:

1<sup>a</sup>) Eliminatória: consistiu na apresentação de um Relatório Disciplinar fornecido pelo Setor de Gestão de Pessoas, responsável pela vida funcional do servidor e pela elaboração de uma redação. “Os critérios a serem considerados são: no relatório disciplinar: ausência de punições e assiduidade no trabalho; na redação: desenvolvimento do tema e capacidade de argumentação” (SÃO PAULO, 2012c, p.44);

2<sup>a</sup>) Classificatória: participação em processo de dinâmica de grupo. “Os critérios a serem considerados são: comprometimento; relacionamento interpessoal; trabalho em equipe; liderança; participação” (SÃO PAULO, 2012c, p.44).

O número total de vagas ofertadas para o CTVS foi de 392 vagas, número superior ao pactuado com o Ministério da Saúde que havia sido de 350 vagas. Essa decisão foi tomada prevendo-se a possibilidade de desistências ao longo do curso. Ao término da execução do projeto, foram formados 323 ACEs como TVSSs, número inferior ao pactuado com o Ministério da Saúde (VELTRI et al., 2016b).

No sentido de tentar diminuir o impacto causado pela retirada dos discentes e docentes de suas atividades rotineiras de trabalho, tendo em vista que o curso foi ofertado no horário de trabalho, os coordenadores do curso definiram que nos primeiros semestres de cada ano haveria apenas uma única aula semanal de oito horas. Já em relação aos segundos semestres, foram propostas duas aulas semanais, totalizando 16 horas da carga horária de trabalho dedicada ao CTVS, sendo que o horário reservado para uma dessas aulas poderia ser ocupado com atividades práticas de integração ensino-serviço, tais como: visitas técnicas, estudo do meio, estágios ou outras atividades pertinentes ao curso.

---

<sup>4</sup> As turmas do CTVS, com início em 2012, sofreram interrupções em de 2015 e 2016, nos períodos mais críticos da epidemia de dengue no município de São Paulo, tendo em vista a necessidade dos servidores-alunos intensificarem sua atuação no controle do *aedes aegypti*. Acreditamos que o número expressivo de desistência se deve as interrupções do curso.

Cabe esclarecer que devido à sazonalidade de algumas doenças, especificamente aquelas transmitidas por vetores, no caso, as arboviroses transmitidas pelo mosquito *aedes aegypti*: dengue, febre chikungunya e zika vírus, os primeiros semestres de cada ano acabam demandando intensificação das ações de campo para controle do *aedes aegypti*, o que justifica a medida adotada quanto à carga horária semestral destinada ao curso.

É preciso também salientar o fato de que tanto os discentes quanto os docentes do CTVS eram servidores da SMS, majoritariamente, da área da vigilância em saúde e, portanto, a ausência de todos esses servidores de seus locais de trabalho impactava as ações de prevenção e controle de doenças no município de São Paulo. Apenas para constar, em 2012 e parte de 2013, as 13 turmas do curso estavam em andamento simultaneamente, o que representava cerca de 400 servidores da área da vigilância em saúde envolvidos diretamente com o curso entre docentes, discentes e coordenadores.

Quanto ao GT do CTVS, o mesmo foi formalizado posteriormente ao início do curso, por meio da publicação da Portaria Municipal nº. 1.159, de 20 de junho de 2012. A Portaria registrou um momento histórico diferente das atividades iniciais do GT do CTVS, tendo em vista que o curso já estava em andamento desde 2011. Vejamos:

Art. 5º- São atribuições do Grupo de Trabalho:

§1º – desenvolver os conteúdos do currículo conforme a metodologia proposta pela ETSUS-SP, elaborando textos, fazendo pesquisas bibliográficas, propondo atividades didático-pedagógicas e atividades avaliativas do desempenho esperado dos alunos;

§2º – acompanhar as turmas do curso monitorando o desenvolvimento do mesmo;

§3º – planejar, organizar e executar as capacitações técnico-pedagógicas;

§4º – coordenar a logística necessária para o desenvolvimento do curso;

§5º – promover as pactuações necessárias com as regiões e áreas técnicas envolvidas para o desenvolvimento do curso;

§6º - organizar a seleção dos consultores e docentes previstos no projeto do curso;

§7º – apresentar os resultados semestrais do desenvolvimento do curso conforme previsto no planejamento de execução do mesmo (SÃO PAULO, 2012a, p. 47).

Após o início do curso, o GT do CTVS foi subdividido em dois grupos, denominados, respectivamente, de: GT Currículo e GT Organização. Coube ao GT Organização viabilizar o suporte técnico-administrativo para o andamento do curso, ou seja, garantir a logística do curso, assumindo atribuições, como: facilitar o processo de liberação dos servidores para participar do curso, tanto alunos quanto docentes; viabilizar a alimentação (lanche) e o transporte dos alunos; definir os insumos a serem comprados; apoiar as atividades pedagógicas (ações educativas nas comunidades, visitas técnicas, estudos do meio, estágios curriculares e seminários organizados pelos alunos).

O GT Organização foi administrado pela coordenadora da ETSUS-SP (psicóloga), pela coordenadora pedagógica (pedagoga) e contava com a participação das coordenadoras do CTVS pela ETSUS-SP (enfermeira e dentista) e, de representantes das ETSUS Regionais, de alguns docentes do curso, de alguns profissionais das Suvis e, ocasionalmente, de representantes do GT Currículo. Os encontros ocorriam mensalmente na sede da ETSUS-SP.

Em relação ao GT Currículo, após o início do CTVS, seus participantes tiveram como principal atribuição a construção do material didático-pedagógico. O GT Currículo foi coordenado por dois profissionais da Gerência de Gestão de Pessoas da Covisa, que ocupavam a posição de coordenadores do CTVS pela Covisa: um (pedagogo) e uma (médica veterinária). A maior parte dos membros do GT Currículo trabalhava na área da vigilância em saúde e eram oriundos das Gerências e Núcleos Técnicos da Covisa, também havia trabalhadores das Suvis. A ETSUS-SP era representada por sua equipe gestora: coordenadora pedagógica e coordenadoras do CTVS pela ETSUS-SP; a coordenadora da ETSUS-SP, ocasionalmente, participava das reuniões.

No que se refere à composição do GT Currículo, as Gerências e os Núcleos Técnicos da Covisa, bem como as Suvis, estiveram representados por meio da participação de seus profissionais, servidores especializados em cada área temática de atuação das vigilâncias em saúde, cujas formações eram diversas, a saber: Ciências Biológicas, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Pedagogia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Em média, as reuniões contavam com a presença de doze a quinze profissionais.

A composição do GT Currículo, assim como do GT Organização, demonstra que a área da saúde pública é constituída por profissionais de diversas formações acadêmicas, o que denota o trabalho de natureza multiprofissional do campo das vigilâncias em saúde. No SUS a definição de trabalho em equipe está fundamentada, segundo Peduzzi (2008), na noção de integralidade em saúde que teria por objetivo “contribuir na construção de saberes e práticas que vão além do modelo biomédico, abarcando as múltiplas dimensões da saúde” (PEDUZZI, 2008, p. 419)<sup>5</sup>. A multiprofissionalidade presente no GT do CTVS foi um exemplo da tentativa de reconstrução dos saberes, que, na atualidade, encontram-se cada vez mais separados nas inúmeras especializações profissionais.

---

<sup>5</sup> Dada a importância e o significado do conceito de integralidade em saúde na construção do currículo do CTVS, esse conceito será tratado detalhadamente no capítulo V (seção 5.3.3).

Em relação à periodicidade das reuniões do GT Currículo, em média, eram realizados dois encontros mensais, porém, em alguns momentos, as reuniões ocorreram semanalmente, o que era justificável tendo em vista que os materiais didático-pedagógicos eram produzidos ao mesmo tempo em que o curso estava em andamento. Os encontros duravam por volta de três a quatro horas e ocorriam na sede da Covisa, que era o local de trabalho da maioria dos participantes. Após a conclusão da redação dos 12 livros-texto do curso, o que totalizou 709 páginas redigidas, os membros do GT Currículo passaram a contribuir mais diretamente, juntamente com os participantes do GT Organização, com o monitoramento, a avaliação e o processo de educação permanente dos docentes do curso.

O trabalho realizado pelos membros do GT do CTVS (GT Currículo e GT Organização) pode ser compreendido enquanto um processo de organização e sistematização das práticas desenvolvidas no campo das vigilâncias em saúde, mas também pode ser considerado como produção de conhecimento. De certo modo, o conhecimento novo estava sendo criado no/pelo GT do CTVS, a partir das interações entre os profissionais das diversas especialidades da saúde, bem como do diálogo destes com os profissionais de outras áreas, por exemplo, com dois historiadores, que auxiliaram na construção do tema: *Organização da Sociedade Brasileira* (Tema II, da Unidade I, do Módulo I).

Ao longo do andamento das atividades do GT do CTVS, também se contou com a presença de servidores convidados para participar da construção de temas específicos, tais como sistemas de informações em saúde, georreferenciamento, controle social no SUS, dentre outras assuntos abordadas no curso. É importante destacar que os encontros do GT do CTVS sempre estiveram abertos a colaboração de outros servidores que tivessem interesse em contribuir com a construção do currículo do CTVS. Assim, alguns encontros contaram com grande número de trabalhadores da área da vigilância em saúde. Todavia, manteve-se um núcleo de profissionais permanente e uma linha de discussão constante.

Um das dificuldades dos participantes do GT do CTVS era conseguir integrar em um currículo de curso técnico de nível médio os conteúdos dos diversos campos teóricos e práticos das vigilâncias em saúde, a saber: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental e controle de vetores e zoonoses. Áreas temáticas, cujas práticas de prevenção de doenças, controle de riscos, promoção da saúde e do cuidado, se desenvolveram em separado ao longo da história do

Brasil<sup>6</sup>. Ou seja, o desafio era construir uma proposta curricular que pudesse encontrar a justa medida entre a complexificação e a simplificação dos conteúdos do curso.

Ao concluirmos esta seção é possível afirmar que o GT do CTVS foi constituído para alcançar objetivos definidos em Portaria Municipal, mas no decorrer de seus encontros foi tomando um contorno de espaço de discussão, reflexão, troca de experiências, construção de consensos e produção de conhecimentos<sup>7</sup>. De fato, tanto a participação no GT Currículo, quanto a no GT Organização fizeram com que seus integrantes acabassem se tornando pessoas de referência na instituição, pois até então não se havia tentado integrar os diversos saberes, práticas e funções das vigilâncias em saúde em uma prática pedagógica concreta, tal como a construção do currículo do CTVS.

#### **1.4 Caracterização dos sujeitos do currículo**

Nesta seção, cabe apresentar aqueles que foram os sujeitos do currículo do CTVS. Tal proposta foi pensada e elaborada por um grupo de profissionais de saúde que, comprometidos com a efetivação do SUS, assumiram o desafio de implantar o curso na SMS. Destacamos que junto a essa equipe somaram-se os Agentes de Combate a Endemias (ACE), ou seja, os próprios alunos do curso, os quais vislumbraram na formação técnica em vigilância em saúde, tanto o reconhecimento da importância de suas atividades, quanto à possibilidade de ascensão funcional, seja de promoção na carreira, ou mesmo, de mudança de cargo.

Os servidores envolvidos no CTVS acreditaram que era possível transformar e promover melhorias nas práticas em vigilância em saúde desenvolvidas no município de São Paulo por meio da qualificação profissional. Apesar de todas as contradições presentes na administração pública, os coordenadores do curso apostaram que a formação de um pequeno grupo de trabalhadores, docentes e discentes do curso, tendo o processo de trabalho no SUS como princípio educativo e humanizador, pudesse ser o início de um movimento mais amplo de transformação das relações profissionais, das estruturas administrativas e da própria cultura institucional do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde (SMVS).

O CTVS, no período de sua execução de 2010 a 2016, envolveu aproximadamente um pouco mais de quinhentos trabalhadores, dentre gestores, coordenadores, membros do Grupo

---

<sup>6</sup> A trajetória da saúde pública e das vigilâncias em saúde será apresentada no capítulo IV (seção 4.3).

<sup>7</sup> A produção dos membros do GT do CTVS abrange um conjunto constituído por plano de curso (SÃO PAULO, 2012b), livros-texto (SÃO PAULO, 2011b), folderes, entrevistas gravadas em vídeo e trabalhos publicados em anais de congressos: Gonçalves et al. (2012a; 2012b); Monteiro, et al. (2012); Santucci e Melo (2013), Veltri (2015; 2017) e Veltri et al. (2012, 2015, 2016a, 2016b).

de Trabalho, docentes, discentes, funcionários administrativos, estagiários e consultores externos. Contudo, o currículo somente ganhou *vida*, a partir das vivências e da convivência entre seus sujeitos, tanto no cotidiano do fazer pedagógico quanto no contexto da labuta diária do trabalho na SMS. Nas próximas seções (1.4.1 e 1.4.2), optamos em dar destaque, exclusivamente, ao trabalho desenvolvido pelos docentes e discentes do curso.

#### *1.4.1 Os docentes: profissionais de saúde da Secretaria Municipal da Saúde*

No âmbito da gestão e da organização do currículo do CTVS raramente se utilizou a palavra professor, e sim docente do curso. Obviamente, que, na relação discente e docente, usavam-se as designações: aluno e professor. Essa distinção se deve ao fato de que a docência foi exercida por profissionais de saúde, que, em sua maioria, eram servidores públicos da SMS, e mesmo dentre os poucos professores contratados, foram privilegiados no processo de contratação aqueles profissionais com graduação na área da saúde.

Primeiramente, é significativo apontar, por exemplo, que em 2014 dos 18 docentes do CTVS (fixos com as turmas) apenas um era contratado, ou seja, que não era servidor público da PMSP<sup>8</sup>. Quanto à formação acadêmica dos docentes, destacam-se as graduações nas áreas de Ciências Biológicas, Medicina Veterinária e Enfermagem. Em relação à formação em nível de pós-graduação dos 18 docentes apenas 2 não possuíam curso de pós-graduação em 2014. O fato de haver uma variação no número de docentes por ETSUS Regional não significa que outros profissionais não tenham se envolvido com o curso, como explicaremos mais à frente ao apresentarmos a tipificação dos docentes do CTVS.

A título de melhor compressão apresentamos, logo a seguir, um quadro (Quadro 1) com a distribuição dos docentes por ETSUS Regional e suas respectivas formações acadêmicas, tendo por base o ano de 2014.

---

<sup>8</sup> No ano de 2015 dos docentes contratados para ministrar aulas no CTVS, ou seja, que não eram servidores do quadro da PMSP, é possível apontar três contratações.

**Quadro 1** – Local de atuação, cargo e escolaridade dos docentes do CTVS da SMS, em 2014

ETSUS REGIONAL	CARGO NA SMS	PÓS-GRADUAÇÃO		
		Lato sensu	Mestrado	Doutorado
NORTE	Dentista	X		
	Médico veterinário	X		
	Médico veterinário			X
	Biólogo			X
SUL	Enfermeiro		X	
	Biólogo		X	
	Biólogo	X		
LESTE 1	Biólogo	-	-	-
	Educador em saúde pública	X		
LESTE 2	Biólogo	-	-	-
	Enfermeiro		X	
	Educador em saúde pública	X		
	Enfermeiro	X		
CENTRO-OESTE	Dentista	X		
	Médico			X
	Biólogo*		X	
	Médico veterinário		X	
SUDESTE	Biólogo*		X	
	Biólogo		X	

\*Este profissional lecionava nas duas turmas simultaneamente

**Fonte:** Relatório de atividades Escola Municipal de Saúde - 2014-2015 (SÃO PAULO, 2015, p. 18-21).

Apesar de não constar do quadro (Quadro 1), visando preservar a identidade dos servidores da SMS, o grupo de docentes pode ser caracterizado por predominância de

trabalhadores do sexo feminino. Em 2014 o grupo de 18 docentes foi composto por 12 professoras e 6 professores.

Vale destacar ainda que dentre as atribuições constantes nos editais de concurso público da PMSP para as profissões de nível superior na área da saúde consta o exercício da docência e o desenvolvimento de ações educativas em programas de treinamento e educação permanente, o que justifica de certo modo o engajamento dos profissionais de saúde no CTVS. Essas atribuições relacionadas à educação na saúde<sup>9</sup> visam atender ao princípio constitucional no qual cabe ao SUS ser o ordenador da formação de recursos humanos na área da saúde, em conformidade com o inciso III, do artigo 200 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, a ETSUS-SP traçou como perfil do docente para a educação profissional técnica em saúde atender os seguintes requisitos:

- pertencer ao quadro de funcionários das Instituições de Saúde que compõem o Sistema Único de Saúde;
- profissionais convidados que detenham conhecimento sobre os temas do curso;
- ser profissional de nível universitário para ministrar os módulos, segundo a seguinte ordem de prioridade:
  - a) licenciados e graduados na área da saúde com experiência na área da vigilância em saúde;
  - b) graduados em áreas afins, com experiência na área da vigilância em saúde;
- estar atualizado técnica e pedagogicamente, mediante cursos e oficinas referentes ao conteúdo curricular (SÃO PAULO, 2012b, p. 39).

Assim, foi a partir deste perfil inicial definido pela ETSUS-SP que os servidores da SMS foram sendo convidados para lecionar no CTVS. O corpo docente foi formado por profissionais de saúde de nível superior habilitados para o exercício da docência: licenciados, especialistas, mestres e doutores nas diversas subáreas das Ciências da Saúde. Preferencialmente, foram convidados aqueles profissionais que já estavam envolvidos em ações de educação na saúde. A proposta foi que a regência das turmas fosse assumida por dois professores simultaneamente, sendo um profissional do quadro da ETSUS-SP, e outro do quadro de trabalhadores do SMVS.

---

<sup>9</sup> No SUS, a expressão *educação na saúde* significa: produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2012a, p.20), diferenciando-se da expressão *educação em saúde* que significa: “1) Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde; 2) Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2012a, p.19).

Inicialmente, tendo em vista a diversidade e a complexidade dos saberes e das práticas do campo das vigilâncias em saúde tornou-se tarefa difícil encontrar profissionais que se dispusessem a ministrar a totalidade dos conteúdos das Unidades Didático-Pedagógicas do CTVS. Como a proposta pedagógica já previa a docência compartilhada, foi definido que os docentes das ETSUS Regionais ficariam fixos com as turmas (docentes regentes), enquanto os docentes do SMVS poderiam ficar fixos (docentes especialistas) ou convidados para ministrar algum conteúdo especializado (docentes convidados) para as turmas.

Algumas aulas do curso contaram com a presença de três ou mais docentes simultaneamente: regente, especialista e convidado, o que se justificava pelas especificidades dos temas tratados ao longo do curso. Por outro lado, esses momentos representaram também uma oportunidade de formação docente, pois à medida que um dos docentes conduzia a atividade pedagógica, os outros profissionais tinham a oportunidade de ampliar seu conhecimento no campo da saúde pública e das vigilâncias em saúde.

Vejamos o relato da experiência de uma docente convidada para ministrar um conteúdo referente à bioestatística na ETSUS Regional - Leste II:

Fui dar aula de bioestatística na ETSUS - Leste II. Foi uma experiência muito interessante. Os alunos ficaram muito concentrados e interessados. Como estava previsto, não preparei nada para que eles calculassem o desvio padrão, e informei que eles não precisariam fazer os cálculos. Para minha surpresa, alguns deles ficaram inconformados: “se não aprendermos a fazer os cálculos vai ficar um buraco, uma falha na matéria”, “é importante saber calcular para aprender melhor” [...]. Se eu não soubesse resolver a fórmula [do desvio padrão] estaria numa fria! Uma surpresa muito boa foi verificar que vários deles conseguiram entender e resolver a fórmula muito rápido, sem que fosse apresentada por escrito a resolução passo a passo. Outros precisaram de mais tempo, mas todos no final informaram que haviam entendido e conseguido chegar ao resultado final. Essa experiência fez com que eu ficasse refletindo: o quanto estamos subestimando os alunos e o quanto estamos deixando de oferecer, devido às nossas próprias deficiências (Guariba).

De forma simples e direta, o depoimento de Guariba ilustra tanto o grau de especificidade dos conhecimentos utilizados no campo das vigilâncias em saúde quanto o interesse dos alunos nos conteúdos do CTVS. Além disso, seu depoimento apresenta, de forma anedótica, que, se ela mesma não soubesse resolver “a própria fórmula” do cálculo do desvio padrão, ela “estaria numa fria” perante os alunos. Guariba, de forma contundente, apresenta um autoquestionamento quanto ao grau de simplificação ou de complexificação dos conteúdos oferecidos em um curso técnico na área da vigilância em saúde, assim como questiona as “deficiências” na formação acadêmica dos profissionais de saúde de nível superior.

Por outro lado, se pode inferir que a aula ministrada por Guariba colaborou também com a formação daqueles docentes que a acompanharam no dia de sua aula, o que nos remete à reflexão, conforme Marx e Engels, na terceira tese sobre Feuerbach que, “a doutrina materialista sobre a alteração das circunstâncias e da educação esquece que as circunstâncias são alteradas pelos homens e que o próprio educador deve ser educado” (MARX; ENGELS, 1989, 12). Em certa medida, a docência compartilhada no CTVS atuou como uma oportunidade de formação tanto para os discentes quanto para os profissionais de saúde que exerceram a docência no curso, alterando, assim, o grau de conhecimento dos profissionais do SMVS, tanto sobre saúde pública, quanto sobre vigilância em saúde.

Por fim, o curso também envolveu profissionais que apoiavam as ações práticas desenvolvidas pelos servidores-alunos nos seus locais de trabalho, tais como: pesquisa (aplicação de questionários e realização de entrevistas), estudos do meio, atividades educativas com a população e orientação dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC). Vale destacar que os TCCs foram definidos como planos de ação, ou seja, projetos interventivos, daí o porquê da orientação ser realizada preferencialmente por um profissional do serviço de saúde. Esses profissionais que acompanharam os alunos no cotidiano das Unidades de Saúde foram denominados de docentes da prática.

#### *1.4.2 Os discentes: Agentes de Combate a Endemias da Secretaria Municipal da Saúde*

Primeiramente, é significativo esclarecer o porquê de os Agentes de Combate a Endemias (ACE) terem sido escolhidos para participar do CTVS. Essa escolha se deu devido a dois fatores. Primeiro, porque os ACEs não possuíam formação específica na área da saúde; segundo, devido ao fato de eles já atuarem na área da vigilância em saúde ambiental. Vejamos o que consta do Projeto do Curso Técnico em Vigilância em Saúde:

O curso será direcionado para os AAZoo, visto que este profissional já atua no território desempenhando ações de Vigilância em Saúde Ambiental, sendo necessária a ampliação de seu conhecimento para as outras áreas que compõe a [sua] atividade (SÃO PAULO, 2010c, p.19).

É preciso esclarecer que os ACEs da SMS eram denominados de Agentes de Zoonoses. Posteriormente, tiveram sua denominação alterada para Agentes de Apoio Segmento de Atividade: Auxiliar em Saúde – Zoonoses (AAzoo). Contudo, foi durante o período de execução do CTVS, em 2015, por meio da Lei nº. 16.122, de 15 de janeiro de 2015, que os AAzoos foram atendidos em suas reivindicações, conquistando a alteração da

denominação de seu cargo para Agente de Saúde – Saúde Ambiental/ Combate a Endemias, ou, simplesmente, Agente de Combate a Endemias.

Essa alteração representou uma conquista do coletivo dos AAzoos da SMS. Segundo Batistella (2009, p. 154), há uma diversidade de denominações dos cargos dos trabalhadores de níveis fundamental e médio das vigilâncias em saúde, entre as mais recorrentes mencionamos: Agente de Saúde, Agente de Saneamento, Agente/Guarda de Endemias, Agente de Controle de Vetores, Agente de Campo e Agente de Controle de Dengue. A falta de uniformização dessa ocupação no mercado de trabalho repercute diretamente na construção da identidade profissional desses trabalhadores.

Conforme mencionado na Introdução deste estudo, há algumas dissertações de mestrado que procuram problematizar especificamente essa questão da constituição da identidade profissional dos trabalhadores dos níveis fundamental e médio no campo das vigilâncias em saúde, a saber: Batistella (2009) e Mulatinho (2016).

Alguns estados e municípios, a exemplo de São Paulo, começaram a alterar a denominação desses trabalhadores, passando a utilizar: Agente de Combate às Endemias ou Agente de Controle às Endemias, que, apesar da falta de consenso quanto ao uso da palavra *combate* ou *controle*, deu início a um processo de autoidentificação dos trabalhadores e de reconhecimento de uma atividade profissional.

Na atualidade, os ACEs estão promovendo uma organização em âmbito nacional, visando à regulamentação de sua ocupação, pois diferentemente do exercício de um cargo público ou de uma função pública, a regulamentação de uma nova profissão no Brasil depende de apreciação e aprovação pelo Congresso Nacional, por meio de seus deputados federais e senadores, com posterior sanção do presidente da República.

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), a função de Agente de Combate às Endemias é considerada uma ocupação que pertence à família dos trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde, sob a identificação de número 5.151 da CBO/2002. Logo a seguir, serão apresentadas algumas das atribuições gerais dos trabalhadores dessa área, seguidas das atividades desenvolvidas pelos ACEs:

Os trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde visitam domicílios periodicamente; orientam a comunidade para promoção da saúde; assistem pacientes, dispensando-lhe cuidados simples de saúde, sob orientação e supervisão de profissionais da saúde; rastreiam focos de doenças específicas; realizam partos; promovem educação sanitária e ambiental; participam de campanhas preventivas; incentivam atividades comunitárias; promovem comunicação entre unidade de saúde, autoridades e comunidade; realizam manutenção dos sistemas de abastecimento de água; executam tarefas administrativas; verificam a cinemática da cena da

emergência; socorrem as vítimas e realizam ações de controle de endemias (BRASIL, 2018b, p. 1).

São atividades específicas dos ACEs:

Visitar domicílios, orientar a comunidade para promoção da saúde, assistir pacientes (identificar sinais e sintomas), rastrear focos de doenças específicas, promover educação sanitária e ambiental, participar de campanhas preventivas, incentivar atividades comunitárias, promover comunicação, executar tarefas administrativas, realizar ações de controle de endemias (BRASIL, 2018b, p. 1).

Quanto à descrição das atividades gerais dos trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde, acima citadas, não fazem parte das atribuições dos ACEs na SMS: a assistência a pacientes; a realização de partos; a realização de manutenção dos sistemas de abastecimento de água e nem socorrer vítimas de acidentes. Obviamente, como qualquer cidadão, perante uma situação de urgência ou mesmo de emergência cabe ao indivíduo ligar para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), prestando o socorro possível, a partir das orientações dos técnicos do atendimento telefônico do SAMU.

Em relação às atividades específicas dos ACEs, também anteriormente citadas, elas sintetizam as ações desenvolvidas por esses trabalhadores no SUS. De certo modo, podemos dizer que são funções comuns a todos os ocupantes desse cargo. Na SMS, com exceção de *assistir pacientes* que não compete aos ACEs, outros afazeres se somam às tarefas descritas na CBO/2002, compondo um rol mais amplo de atribuições desses trabalhadores, as quais são apresentadas nos anexos (ANEXO C).

Ainda, com base na CBO/2002, estas foram as condições gerais para o exercício das atividades dos ACEs:

Em sua maioria, são empregados formais com carteira assinada, ou autônomos que atuam no ramo da saúde e serviço social. Trabalham em equipe, sob supervisão permanente e ocasional em horários diurnos e em rodízio de turnos. Trabalham em local fechado ou a céu aberto, dependendo da necessidade. Frequentemente são expostos às variações de temperatura, materiais tóxicos, doenças contagiosas e risco de acidentes com materiais perfucortantes (BRASIL, 2018b, p. 1).

Os ACEs da SMS são trabalhadores concursados. Portanto, servidores públicos de carreira. No passado, anteriormente ao concurso de 2008, os AAzoos eram contratados por meio de uma empresa terceirizada que prestava serviços para a SMS. A supervisão de suas atividades era e ainda é realizada por profissionais de nível superior, prioritariamente, biólogos ou médicos veterinários. Os ACEs estão submetidos a uma jornada de 40 horas de

trabalho semanais e, assim como todos os servidores da PMSP, seus direitos e deveres são regidos pela Lei nº. 8.989, de 29 de outubro de 1979, a saber: o Estatuto dos Servidores Públicos do Município de São Paulo.

Outro ponto a ser destacado é que para o exercício do cargo de ACE não é necessário contar com experiência anterior nem com nenhum curso de qualificação profissional. A formação se dá em serviço por meio de cursos, treinamentos e ações práticas. Quanto à escolaridade essa ocupação requer o ensino fundamental completo, o antigo primeiro grau.

Na SMS, em 2010, dos 1.541 ACEs interessados em participar do CTVS, 970 ACEs possuíam o ensino médio completo; 255 ACEs, o ensino superior incompleto (curso não concluído ou cursando); e 136, o ensino superior completo (SÃO PAULO, 2010d). Portanto, do grupo de interessados em participar do curso, um número expressivo de 1.361 servidores estava em condições de participar do processo seletivo, atendendo ao critério de possuir o ensino médio completo.

Apesar das informações anteriormente expostas não refletirem o coletivo dos ACEs da SMS, que, em 2010, era constituído por 2.705 servidores. Fato que, por si só, não autoriza extrapolar qualquer inferência do levantamento realizado para a totalidade dos ACEs, tendo em vista que os dados apresentados resultam de uma pesquisa realizada, exclusivamente com 1.541 servidores interessados em participar do CTVS. Porém, mesmo ciente dessa limitação é possível realizar alguns questionamentos.

Primeiro, chama a atenção o número expressivo de 1.361 servidores que possuíam, naquele momento, formação acadêmica superior ao exigido para o desempenho da ocupação de ACE, que é o ensino fundamental completo. Poderia se questionar a motivação ou mesmo o interesse em se optar por seguir uma carreira no serviço público de nível fundamental, desde que se possuísse escolaridade de nível médio ou mesmo graduação completa. Segundo, também é possível indagar quais seriam as motivações para participar de um curso de formação técnica se o candidato possuísse ensino superior completo.

Ao finalizar esta seção, retornamos à proposição inicial, no momento em que foram apresentados os sujeitos da proposta curricular do CTVS, na qual inferimos que os ACEs *vislumbraram na formação técnica em serviço, tanto o reconhecimento da importância de suas atividades, quanto a possibilidade de ascensão profissional em suas carreiras*, o que poderia, em parte, explicar a razão do interesse dos servidores em participar do curso. Essa questão será retomada no capítulo IV (Seção 4.3.1.1).

## 1.5 A organização curricular e o currículo apresentado aos docentes

Primeiramente, antes de iniciar, reafirmamos que o requisito de acesso ao CTVS foi o ensino médio completo, sendo este o pré-requisito para participação no processo seletivo do curso. Também é importante salientar que não foi previsto no plano de curso o aproveitamento de conhecimentos ou de experiências profissionais realizadas anteriormente ao ingresso no curso.

Posto isto, iniciamos esta seção apresentando um dos aspectos da descrição dos cursos do eixo tecnológico denominado Ambiente, Saúde e Segurança, conforme o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT), de 2008. O CTVS pertencente a esse eixo tecnológico que, por sua vez

[...] abrange ações de proteção e preservação dos seres vivos e dos recursos ambientais, da segurança de pessoas e comunidades, do controle e avaliação de risco, programas de educação ambiental. Tais ações vinculam-se ao suporte de sistemas, processos e métodos utilizados na análise, diagnóstico e gestão, provendo apoio aos profissionais da saúde nas intervenções e no processo saúde-doença de indivíduos, bem como propondo e gerenciando soluções tecnológicas mitigadoras e de avaliação e controle da segurança e dos recursos naturais (BRASIL, 2008a, p. 8).

No CNCT são caracterizados os cursos ofertados no país, organizados a partir de 12 eixos tecnológicos. O CTVS, como dito anteriormente, está inserido no eixo Ambiente, Saúde e Segurança, embora a centralidade de suas ações esteja baseada nas ações de vigilância em saúde. No capítulo V (seção 5.2.2), retomamos essa discussão com foco nas recomendações do perfil de formação do TVS. De qualquer modo, de antemão, o que queremos esclarecer nesta primeira aproximação à função de TVS é que o TVS é um novo profissional no SUS, mas, ao mesmo tempo, sua função é uma velha conhecida do sistema de saúde.

Sua origem remonta aos tempos de Oswaldo Cruz e suas Brigadas de *Mata Mosquitos*, como eram conhecidos os atuais Agentes de Combate/Controle às Endemias. Algumas das funções desempenhadas pelos ACEs foram incorporadas às atribuições do TVS. Por sua vez, o TVS realiza ações no campo das vigilâncias em saúde, reconhecendo as condições que ocasionam os riscos e os agravos à saúde, desenvolvendo atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e riscos articuladas no território, com vistas à melhoria das condições

de vida dos indivíduos e das comunidades, seu escopo de atuação, portanto, é mais amplo do que o dos ACEs, podendo atuar em todas as áreas da vigilância em saúde<sup>10</sup>.

No plano de curso proposto na SMS, foram definidos os objetivos educacionais do CTVS, que correspondem às necessidades institucionais da PMSP com relação ao SUS:

Formar trabalhadores comprometidos com a consolidação do SUS, propiciando situações de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento das competências profissionais nas dimensões: técnica, ética, política e comunicativa, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população. Formar Técnicos em Vigilância em Saúde, para realizar ações de Vigilância em Saúde atuando em equipe multiprofissional para conhecer, analisar, monitorar e intervir sobre os determinantes do processo saúde-doença com a finalidade de prevenir/controlar agravos e doenças e promover a saúde da população (SÃO PAULO, 2012b, p. 11).

As competências que definem o perfil profissional do TVS na SMS foram distribuídas nos três campos de atuação desse profissional: 1) a mobilização social, que prevê a integração entre a população e as equipes de saúde; 2) a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos; e 3) o monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário. Esses âmbitos de atuação do TVS funcionam como eixos transversais e integradores do processo formativo, buscando garantir a integralidade das ações, segundo os contextos nos quais se desenvolvem as práticas na saúde pública, especificamente no campo das vigilâncias em saúde.

A organização do currículo do CTVS, considerando o universo de especificidades que envolvem o processo de trabalho na SMS, caracterizou-se por ser de itinerário formativo. A proposta do itinerário de formação apresentado no plano de curso do CTVS refere-se a um percurso formativo, organizado de forma interdependente e que possibilita a progressão concomitante à escolarização do trabalhador, buscando articular as dimensões do ensino técnico e da prática profissional do servidor-aluno. Essa lógica visou favorecer “a aquisição do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades e atitudes, oportunizando, assim, a integração entre o ensino e o trabalho” (SÃO PAULO, 2005, p. 10).

A formação assim desenhada buscou contemplar a diversidade dos aspectos relacionados ao exercício profissional na SMS. Desse modo, na proposição do itinerário formativo do CTVS se levou em consideração: 1) a multiplicidade dos modelos técnico-assistenciais de organização dos serviços de saúde na SMS; 2) as especificidades quanto aos modos de intervenção e de enfrentamento dos problemas de saúde; e 3) as demandas

---

<sup>10</sup> As atribuições do Técnico em Vigilância em Saúde, constante do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, versão 2008, assim como o perfil de conclusão do CTVS da SMS, serão apresentados no capítulo V, respectivamente na seção 5.2.2 e seção 5.4. As atribuições dos ACEs na SMS constam do Anexo C.

individuais, regionais e coletivas dos servidores-alunos do curso. Esses conteúdos, anteriormente, mencionados serão apresentados e desenvolvidos ao longo deste estudo.

O percurso formativo dos ACEs para TVS pressupõe a incorporação dos eixos estruturantes propostos para formação do TVS, refletindo, dessa forma, a transversalidade entre as competências (atitudes, valores, habilidades e conhecimentos). Além disso, cada etapa formativa foi referenciada numa dimensão concreta do trabalho na área das vigilâncias em saúde, de forma a garantir a articulação entre as dimensões da teoria-prática e do ensino-serviço, segundo as possibilidades e as potencialidades dos espaços e dos contextos onde foram desenvolvidas as atividades pedagógicas.

Os conteúdos foram distribuídos em três módulos sequenciais, com terminalidade apenas no terceiro módulo. Conteúdos complementares foram oferecidos ao longo do curso por meio de atividades práticas supervisionadas, tais como: aulas de informática, participação em campanhas de imunização de cães e gatos; ações educativas junto às comunidades e organização de seminários regionais conduzidos pelos próprios alunos.

O currículo do CTVS foi organizado com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional de Nível Técnico, à época, conforme Pareceres do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Básica (CEB): nº. 16/99 e Resolução nº. 04/99. O curso foi estruturado em três módulos, com carga horária total de 1.320 horas, sendo 120 horas reservadas ao estágio supervisionado que foi realizado no último módulo do curso. No terceiro módulo também foi desenvolvido o TCC.

Os módulos correspondem a uma grande área temática e são compostos por Unidades Didático-Pedagógicas, que variam em número conforme cada módulo. Dessa forma, os conteúdos do curso não foram organizados por disciplinas, e sim por temas. Os temas propostos para cada uma das Unidades Didático-Pedagógicas foram desenvolvidos por meio de aproximações sucessivas, com complexificação de seus conteúdos ao longo do curso.

O Módulo I propicia as condições para o processo de construção das competências profissionais comuns aos técnicos da área da saúde e nas específicas da subárea do TVS (Quadro 2).

**Quadro 2** - Módulo I - As práticas de saúde e o SUS: construindo alicerces para transformar

UNIDADES DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS		CARGA HORÁRIA TEÓRICO – PRÁTICA
I	Relação saúde-sociedade: instrumentalizando para a prática	120h
II	Novas práticas: ressignificando as necessidades de saúde	100h
III	Alicerces para a vigilância em saúde	100h
IV	A inserção da vigilância em saúde na assistência integral à saúde	80h
<b>TOTAL</b>		<b>400h</b>

**Fonte:** Plano de curso do CTVS (SÃO PAULO, 2010b, p. 18).

O Módulo II propicia as condições para o processo de construção das competências profissionais do TVS, fornecendo ferramentas para as áreas específicas na construção do *saber fazer* da vigilância em saúde (Quadro 3).

**Quadro 3** - Módulo II - Vigilância em saúde: construindo o caminho da atuação

UNIDADES DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS		CARGA HORÁRIA TEÓRICO- PRÁTICA
I.	As bases conceituais para a atuação na vigilância em saúde	120h
II.	Sistema de informação em saúde	70h
III.	O processo de trabalho	70h
IV.	Educação em saúde	60h
<b>TOTAL</b>		<b>320h</b>

**Fonte:** Plano de curso do CTVS (SÃO PAULO, 2010b, p. 19).

O Módulo III propicia as condições para a conclusão do processo de construção das competências profissionais específicas do TVS. Neste módulo, são realizados o estágio supervisionado e o TCC (Quadro 4).

**Quadro 4** - Módulo III - Vigilância em saúde: processo de trabalho

<b>UNIDADES DIDÁTICO-PEDAGÓGICAS</b>		<b>CARGA HORÁRIA TEÓRICO-PRÁTICA ESTÁGIO SUPERVISIONADO</b>
I	Vigilância em saúde I	140 h + 40h ES
II	Vigilância em saúde II	140h + 40h ES
III	Vigilância em saúde III	140h + 40h ES
IV	O papel do Técnico de Vigilância em Saúde na gestão do trabalho	60h
<b>TOTAL</b>		<b>480 + 120 = 600h</b>

**Fonte:** Plano de curso do CTVS (SÃO PAULO, 2010b, p. 20).

As Unidades Didático-Pedagógicas propostas ao longo dos três módulos do curso visaram desenvolver habilidades, atitudes e valores necessários ao trabalho na área das vigilâncias em saúde no SUS. O propósito foi, portanto, de contribuir para a formação de cidadãos com consciência de seus direitos civis, sociais e políticos para serem trabalhadores como sujeitos autônomos, capazes de exercer sua prática profissional com competência técnica, assim como desenvolver seu papel de servidor público com compromisso ético e consciência política.

O estágio supervisionado teve por objetivo o desenvolvimento de competências específicas em situações reais de trabalho na função de TVS, competências essas definidas no perfil profissional de conclusão do curso<sup>11</sup>. O estágio foi realizado no decorrer do Módulo III, com carga horária distribuída ao longo do módulo de acordo com o conteúdo de cada Unidade Didático-Pedagógica.

O estágio foi acompanhado e avaliado pelos profissionais de nível universitário participantes do processo de trabalho das Unidades de Saúde, assim como pelos docentes e coordenados do curso. Os alunos na condição de estagiários foram segurados por apólice de seguro de vida e acidentes pessoais. As atividades práticas supervisionadas foram

<sup>11</sup> O perfil profissional de conclusão do CTVS consta do capítulo V (seção 5.4).

desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Rede Municipal de Saúde da SMS, preferencialmente, nos locais de trabalho dos ACEs.

Em relação aos materiais didático-pedagógicos do CTVS, é importante destacar que o objetivo desses materiais foi contextualizar o conhecimento, por meio de grandes temas da área da Saúde Pública, especificamente no campo das práticas em vigilâncias em saúde. A proposta foi problematizar os desafios reais da vivência profissional no dia a dia de trabalho no SUS e suas possibilidades de enfrentamento, tais como: o controle dos riscos e agravos à saúde individual e coletiva da população do município de São Paulo.

Os materiais instrucionais, tanto para alunos quanto para docentes, foram construídos e selecionados de forma coletiva pelos membros do GT Currículo. Esses profissionais realizaram levantamento bibliográfico, selecionaram livros, artigos e redigiram as Unidades Didático-Pedagógicas para os livros-texto, bem como propuseram orientações e sugestões de atividades pedagógicas para os docentes, por exemplo: organização de mural de informações, leitura e discussão de notícias referentes à saúde pública, utilização em sala de aula de letras de música, uso de dinâmicas de grupo, visitas a museus, debates a partir de conteúdos de vídeos e filmes. Enfim, atividades cuja finalidade era subsidiar as ações didático-pedagógicas<sup>12</sup>.

Após concluírem cada uma das versões preliminares dos livros-texto, os membros do GT Currículo submetiam tais versões à leitura dos docentes do curso. Posteriormente, eram agendadas Oficinas Técnico-Pedagógicas nas quais esses materiais instrucionais eram formalmente apresentados. A proposta dessas oficinas era que os materiais pudessem ser complementados e corrigidos, caso fosse identificada alguma inconsistência ou mesmo algum conteúdo técnico errado ou desatualizado.

Esses momentos de apresentação dos materiais antecederiam o início de cada Unidade Didático-Pedagógica. Em síntese, esse era o momento em que o currículo era apresentado e discutido com os docentes do curso. Na seção 1.6, descreveremos detalhadamente essa prática quando apontaremos o processo de educação permanente dos docentes do CTVS. Na próxima

---

<sup>12</sup> Neste ponto, é importante destacar que serviram como referência e ponto de partida para construção do material didático-pedagógico do CTVS duas séries didáticas. A primeira foi os livros-texto elaborados pela equipe técnica da ETSUS-SP para o Curso de Habilitação Profissional de Técnico de Agente Comunitário de Saúde; o segundo foi o material elaborado pela equipe técnica do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde, da Escola Joaquim Venâncio, da Fiocruz, para o Curso de Desenvolvimento Profissional de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar). Cabe mencionar que, apenas em 2017, o Ministério da Saúde, por meio da equipe técnica do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde, da Escola Joaquim Venâncio, da Fiocruz, lançou material didático para os Cursos Técnicos em Vigilância em Saúde.

seção, apresentamos as concepções que fundamentam o processo de ensino e aprendizagem da ETSUS-SP.

### **1.6 A capacitação pedagógica e o processo de educação permanente dos docentes**

Quanto à capacitação pedagógica dos profissionais de saúde envolvidos na docência, ou seja, os regentes, os especialistas, os convidados ou os docentes da prática, a equipe pedagógica da ETSUS-SP ofereceu ao longo do CTVS cursos de capacitação pedagógica, com duração de 60 horas/aula, cujos conteúdos versaram sobre as bases teórico-filosóficas da educação, metodologia e prática de ensino, assim como as concepções que fundamentam o processo de ensino e aprendizagem na ETSUS-SP, as quais foram apresentadas na seção precedente. A participação no curso de capacitação pedagógica era condição obrigatória para a inserção dos profissionais de saúde nas atividades de docência nos cursos técnicos ofertados pela ETSUS-SP.

Em relação à educação permanente dos docentes, a ETSUS-SP propiciou momentos de vivência profissional coletiva. Segundo Saul e Saul (2018), com base no pensamento freiriano, a educação permanente potencializa tanto a reflexão sobre a prática desenvolvida quanto à projeção das ações futuras. Vejamos o que nos apresentam os autores:

A formação permanente é, portanto, uma responsabilidade ética, política e profissional do educador e do poder público, que exige luta por condições objetivas que viabilizem a construção de práticas pedagógicas dialógicas e desveladoras da realidade, sem o que, não se faz a mudança da escola com democracia e autonomia partilhada. Deve permitir aos educadores admirar os avanços que estão sendo conquistados na escola e as brechas possíveis para a ação (SAUL; SAUL, 2018, p. 170).

Os momentos de formação dos docentes demarcaram a opção dos coordenadores do CTVS por um processo dialógico e democrático na condução do curso. Neste estudo, optamos por detalhar apenas as Oficinas Técnico-Pedagógicas, porém, gostaríamos de mencionar outros momentos coletivos: Itinerário pedagógico; Alinhamento conceitual; e Avaliação do CTVS, que foram realizados ao longo da execução do curso. Essas atividades eram abertas à participação de outros servidores, além dos docentes do curso. Havia também as reuniões mensais da Coordenação (coordenadora pedagógica e coordenadoras do CTVS pela ETSUS-SP) com os profissionais das ETSUS Regionais.

As Oficinas Técnico-Pedagógicas, com duração de 60 horas/aula, eram oferecidas antes do início de cada uma das Unidades Didático-Pedagógicas. Organizadas em conjunto

pelos coordenadores do CTVS, coordenadora pedagógica e por alguns dos membros do GT do CTVS (Currículo e Organização), essas oficinas tinham estes objetivos: validar com os docentes o material didático-pedagógico produzido; vivenciar as dinâmicas e as atividades propostas; ajustar a distribuição da carga horária das atividades na sala de aula, no local de trabalho dos ACEs e nas Unidades de Saúde da SMS; discutir os processos de articulação teoria-prática e o sistema de avaliação dos conhecimentos dos alunos; e, por fim, apresentar os instrumentais de registro das atividades. Vejamos:

A capacitação técnico-pedagógica tem como objetivo subsidiar os docentes no planejamento e desenvolvimento das unidades didático pedagógicas dos cursos. É um momento em que se permite estimar a eficácia do programa de ensino, verificar sua adequação aos objetivos e ao perfil profissional do aluno e corrigir, quando necessário, tanto o programa, quanto o trabalho do docente (SÃO PAULO, 2015, p. 21).

Apresentamos, a título de exemplificação, o programa de uma das Oficinas Técnico-pedagógicas do CTVS. Selecionamos a Oficina Técnico-Pedagógica da Unidade Didático-Pedagógica I, intitulada *Relação Saúde e Sociedade: Instrumentalizando para a prática*, pertencente ao Módulo I - *As práticas de saúde e o SUS: construindo alicerces para transformar*. Esta primeira unidade do Módulo I é constituída por quatro Temas: 1) Processo saúde-doença: significações e perspectivas em mudanças; 2) Organização da sociedade brasileira; 3) Políticas de saúde no Brasil: a construção do SUS; e 4) SUS na Secretaria Municipal da Saúde. Vejamos os objetivos específicos da Oficina Técnico-Pedagógica:

- a) Analisar e compreender a proposta pedagógica e a lógica de construção da Unidade I;
- b) Conhecer, analisar e compreender o processo de avaliação e instrumentos propostos na Unidade I do Módulo I;
- c) Operacionalizar os temas que compõem a Unidade I, do Módulo I, analisando e discutindo os objetivos, conteúdos, estratégias, recursos didático-pedagógicos e avaliação;**
- d) Apropriar-se e adequar à realidade local o plano de ensino e planos de aula propostos;**
- e) Exercitar o registro nos instrumentos que compõem a Unidade I do Módulo I (SÃO PAULO, 2012b, p. 39, grifo nosso).

Destacamos, especificamente os itens “c” e “d”, por seu duplo papel formativo, pois ao propor aos docentes a discussão dos objetivos e conteúdos da Unidade Didático-Pedagógica I, podemos inferir que o trabalho de formação do docente não terminava na Oficina Técnico-Pedagógica. Ao contrário, apenas se iniciava. Além da apropriação do conteúdo teórico presente no material didático-pedagógico, cabia ao docente adequá-lo à realidade locorregional e ao seu plano de aula, o que significava contextualizar os conteúdos e

as suas aulas aos principais Determinantes Sociais da Saúde (DSS)<sup>13</sup> da região na qual lecionava, bem como as experiências e as vivências do grupo de ACEs com o qual estava desenvolvendo a ação pedagógica.

É importante lembrar que os docentes do CTVS eram majoritariamente profissionais da SMS e, portanto, investir na educação permanente desse grupo de servidores era também qualificar o trabalho desenvolvido por eles no SUS. Nesse ponto, torna-se relevante lembrar que um dos grandes incentivadores da ETSUS-SP, anteriormente, denominada Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde, foi o Secretário Municipal de Educação, Paulo Freire. Vejamos sua concepção de educação permanente, segundo Saul e Saul:

A formação permanente dos educadores foi um dos eixos da política educacional de Paulo Freire, quando ele esteve à frente da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo (1989-1991). Na implementação desse propósito, foi enfatizada: ‘[...] a formação que se faz no âmbito da própria escola, com pequenos grupos de educadores [...]’ (FREIRE, 2001, p. 81). Esse trabalho consistiu em organizar a formação de professores, com apoio da Secretaria em diálogo com a Academia, pautado pelo princípio da ação-reflexão-ação, em momentos que se caracterizavam pela reflexão crítica sobre a prática, tendo em vista compreendê-la e fazê-la melhor (SAUL; SAUL, 2018, p. 170).

Foi justamente a proposta de refletir de forma crítica sobre a prática docente para melhor compreendê-la que embasou o processo de educação permanente dos profissionais envolvidos com o CTVS. Prática formativa que dialoga com os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como veremos no capítulo V (5.2). Porém, de antemão já gostaríamos de destacar que há um potencial a ser explorado nos processos de educação permanente em saúde, pois à medida que os profissionais de saúde se preparam para o exercício da docência, ao mesmo tempo estão se qualificando para o trabalho na saúde pública. Em síntese, a PNEPS possibilita um movimento sinérgico, que pode ser sintetizado nas belíssimas palavras do Mestre Paulo Freire, em *Pedagogia da autonomia*: “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Quem ensina ensina alguma coisa a alguém” (FREIRE, 1996, p. 23).

Desse modo, uma das singularidades dos processos de educação permanente na saúde é justamente o fato de os docentes atuarem no sistema público de saúde. Ou seja, docentes e alunos, conjuntamente, aprendem a arte de ensinar e cuidar da saúde da população. Na relação

---

<sup>13</sup> Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são fatores sociais, econômicos ou comportamentais que influenciam a saúde, positiva ou negativamente, e que podem ser influenciados por decisões políticas ou individuais, ao contrário da idade, sexo e fatores genéticos, que também influenciam a saúde, mas não são modificáveis por essas decisões. Fonte: Observatório sobre iniquidades em saúde. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

educador-educandos, ambos, trabalhadores do SUS, vão se construindo conjuntamente de forma dialética, numa relação perpassada por interações e tensões próprias da *arte e da paixão de aprender fazendo*<sup>14</sup>.

### 1.7 Avaliação do processo de ensino e aprendizagem

O processo de avaliação do aluno do CTVS teve como fundamento a avaliação por competência profissional. Tal avaliação pressupõe ser compreendida com a “capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessárias para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (Resolução CNE/CEB nº. 04/99). Consta do plano de curso do CTVS que é o desempenho e não as competências que podem ser observadas e avaliadas. Vejamos:

É preciso destacar que é o desempenho e não as competências que pode ser observado diretamente, por isso, pode ser tomado como o objeto da avaliação. A avaliação do desempenho do aluno trabalhador pode levar a concluir, por inferência, se desenvolveu ou não determinadas competências. Ao longo do processo ensino aprendizagem são elaboradas uma série de atividades que permitem observar o desempenho e com isso identificar o uso que o aluno faz daquilo que sabe, como articula e mobiliza suas habilidades (SÃO PAULO, 2012b, p. 31).

A proposta de avaliação com base em competências, tendo como foco a observação do desempenho dos alunos-trabalhadores, levando também em conta a aplicação das habilidades técnicas (uso correto e seguro das técnicas) e das atitudes (postura ética, iniciativa, adequação etc) combinadas à síntese dos aprendizados desenvolvidos ao longo do curso, teve por objetivo valorizar a capacidade de desempenho no trabalho.

É importante destacar que a avaliação da aprendizagem no CTVS foi constituída como ação processual e não apenas como um momento ao final de cada Unidade Didático-Pedagógica, ou mesmo, ao final de cada um dos três módulos do curso. A proposta de avaliação da aprendizagem no CTVS foi construir um processo avaliativo fundamentado nos aspectos qualitativos do processo ensino e aprendizagem e não nos aspectos quantitativos ou classificatórios, tais como nas avaliações tradicionais do tipo provas escritas ou, como no caso de alguns cursos técnicos, aplicação de provas práticas.

A proposta foi buscar ao longo do curso construir uma avaliação permanente e constante de cada aluno, ou seja, um processo de acompanhamento indissociável da dinâmica

---

<sup>14</sup> Apropriação do título do livro: *Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo*. Izabel dos Santos, enfermeira, é uma das referências na área de formação técnica em enfermagem no Brasil (CASTRO et al., 2002).

do ensino e da aprendizagem, visando detectar as dificuldades e atuando a tempo de readequar as estratégias metodológicas para sanar esses problemas. Vejamos ainda o que consta do plano de curso do CTVS, a respeito do processo de avaliação:

A avaliação pretende ser formativa, tem por função acompanhar, orientar e reorientar o processo de aprendizagem. Portanto o resultado da avaliação formativa permite explicitar o percurso do aluno, suas potencialidades e dificuldades, orientando assim o plano pedagógico. Portanto é trabalhado com o aluno a concepção de que o erro não é objeto de eliminação/exclusão e sim meio de tomada de consciência para que seja possível transpô-lo. A avaliação não é classificatória e sim diagnóstica, onde o aluno é parâmetro para si mesmo e não deve ser comparado com o grupo [...]. A avaliação deve ser participativa e solidária, contribuindo para que o aluno se torne sujeito do seu processo de aprendizagem (SÃO PAULO, 2012b, p. 32).

Um elemento importante no processo de avaliação no CTVS foi o fato de que, ao longo do curso, a docência foi compartilhada, o que pôde auxiliar tanto na observação, quanto na identificação precoce das dificuldades de cada aluno. O processo de avaliação foi organizado e sistematizado por meio do registro de cada uma das atividades propostas para o desenvolvimento dos conhecimentos e das habilidades requeridas para a construção das competências profissionais do TVS (SÃO PAULO, 2012b). Na sequência reportamos o que consta sobre o processo de avaliação no livro-texto do Módulo I - *As práticas de saúde e o SUS: construindo alicerces para transformar*:

O processo de avaliação dá-se com o acompanhamento e registro sistemático de cada atividade proposta para o desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades, atitudes e valores coerentes com os marcos teóricos da proposta de formação profissional para o SUS, o que significa possibilidades de viabilizar o encontro de alunos e docentes em um processo de aprendizagem que se constrói numa relação mediada pela participação e diálogo entre esses atores (SÃO PAULO, 2011b, p. 17).

Foi a partir da necessidade de registro do processo educativo desenvolvido ao longo do CTVS que foram propostos o uso de diferentes instrumentos de avaliação, a saber: ficha de registro de atividades práticas; ficha de registro de fatos relevantes; registro de atividade do aluno; ficha de avaliação individual; diário de classe e ficha de avaliação final de módulo.

O uso de portfólio como instrumento de avaliação dos alunos, apesar de não constar dos documentos oficiais da ETSUS-SP, aproxima-se da função que cumprem cada um dos instrumentais anteriormente descritos para avaliação do CTVS. No caso, tais instrumentos de avaliação funcionaram como roteiros para auxiliar no diálogo e na reflexão entre docente e discente sobre o processo de ensino e aprendizagem.

## 2 PRESSUPOSTOS TEÓRICO-FILOSÓFICOS DO MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO, PROCEDIMENTOS TÉCNICOS E METODOLÓGICOS DA PESQUISA

O estudo de um problema nunca está acabado, nem em seu conjunto, nem em seus elementos. Por outro lado, *é evidente que, recomeçando a obra, encontrar-se-á ainda e somente em último lugar o que se deveria ter posto no início* e, por outro lado, o que vale para o conjunto não é menos válido para suas partes, as quais, não sendo elementos primeiros, são, em sua escala, conjuntos relativos. O pensamento é uma operação viva, cujo progresso *é real sem ser, entretanto, linear e, sobretudo, sem nunca estar acabado* (Lucien Goldmann, *Dialética e cultura*).

Apropriando-nos dessas reflexões de Goldmann (1979), tal como sugere, é quando se termina a pesquisa é que se vê que aí é que de fato se deveria começar a obra. Foi somente após a análise do material de campo que se descobriu o quão complexas são as estruturas que subsidiaram a construção do currículo do CTVS na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

Este segundo capítulo tem por objetivo apresentar, primeiramente, os pressupostos teórico-filosóficos do método de investigação, qual seja: o materialismo histórico e dialético, com destaque para o enfoque dialético empregado na análise dos fenômenos educacionais. Explicitamos também as categorias teóricas que apoiarão a argumentação e fundamentarão as análises ao longo deste estudo.

Posteriormente, justificamos a escolha pela abordagem qualitativa de pesquisa em educação e as opções metodológicas quanto ao estudo do currículo, destacando-se o fato de tratar-se de uma pesquisa, com características de investigação *ex post facto*. Procuramos inserir o estudo do currículo do CTVS no coletivo das pesquisas qualitativas na área de Educação.

Na sequência, apresentamos os procedimentos técnicos e metodológicos, esclarecendo que esta pesquisa teve autorização para sua realização, tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, quanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, sendo, portanto, conduzida dentro dos padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. Finalizamos o capítulo, apresentando a definição dos sujeitos de pesquisa e a entrevista semiestruturada.

## 2.1 O enfoque materialista histórico e a concepção dialética de educação e currículo

Este estudo implicou uma escolha teórica: o materialismo histórico e dialético, em detrimento de outras abordagens, por não se compartilhar da ideia de neutralidade científica. Muito pelo contrário, acreditamos que pesquisa e pesquisador não são neutros e, portanto, estão intimamente implicados com o objeto de investigação, seja por uma determinação de classe social, seja por uma visão de mundo e em favor de que e de quem ela se destina. Também é esse posicionamento que justificou a escolha pela abordagem qualitativa de investigação.

Concordamos com Chizzotti (2014, p. 26) que “a realidade é fluente e contraditória e os processos de investigação dependem também do pesquisador – sua concepção, seus valores, seus objetivos”. Daí a justificação dos porquês da escolha do materialismo histórico e dialético como pressuposto teórico-filosófico desta investigação. Chizzotti esclarece que, para o pesquisador, “a epistemologia significa os fundamentos do conhecimento que dão sustentação à investigação de um problema” (2014, p. 26).

Nesta tese, a opção foi pela corrente teórica inaugurada por Karl Marx (1818-1883), que contou com a colaboração de Friedrich Engels (1820-1895). A perspectiva marxiana e engelsiana vem sendo revisada e atualizada por estudiosos dessa linha de pensamento: “no entanto, o marxismo é um método de investigação que continuamente se renova e, por isso, amplia seus objetos de pesquisa, aprofunda seus conceitos e atualiza sua linguagem, sem prejuízo da ortodoxia metodológica” (NOSELLA, 2007, p. 137).

Todavia, também se sabe que mais do que inaugurar um método científico, Marx e Engels procuraram se colocar a serviço de um projeto revolucionário, visando à criação de uma sociedade em novas bases sociais. A escolha por esse método de investigação deveu-se justamente por seu enfoque de crítica à realidade, segundo o qual se compreende o homem como ser prático, social e histórico; a sociedade como movimento dinâmico da produção humana e o trabalho como princípio fundante dessa produção (VELTRI, 2006, p 131).

O método de investigação e de análise do currículo do CTVS é orientado pela concepção dialética materialista histórica aplicada à educação, conforme Frigotto (2010b), Gadotti (1987), Gamboa (2010) e Saviani (1980; 2012). “A dialética no sentido marxista [...] não é simplesmente um método, uma teoria do conhecimento, uma forma de conhecer. Dialética é, na perspectiva de Marx, também o conteúdo do ser. O ser é dialético. A realidade é dialética” (TRIVIÑOS, 1987, p.22).

A análise materialista dialética pressupõe a articulação entre infraestrutura e superestrutura. Seu princípio é que as relações sociais de produção e reprodução da vida material - *a infraestrutura* - e, conseqüentemente, a estrutura econômica da sociedade influencia e determina (não mecanicamente) a estrutura jurídica, política e cultural de uma sociedade, bem como os modos de ser e aparecer na realidade social - *a superestrutura* -, que, de forma dialética, também influencia as forças produtivas.

Essa relação entre infraestrutura e superestrutura deve ser, portanto, compreendida como um movimento constante, ou seja, de forma dialética. Conquanto, levando-se em consideração a primazia da produção e da reprodução da vida material e simbólica da sociedade sobre as outras dimensões da vida social, política e cultural. “Foi este o significado maior do ‘materialismo’ – a infraestrutura econômica condiciona, em última instância, os outros níveis da dinâmica histórica, não ideias, ideologias, vontades políticas ou a consciência” (DEMO, 2000, p. 98).

Nas pesquisas dialéticas, o homem é tido como ser social e histórico; embora determinado por contextos econômicos, políticos e culturais, é o criador da realidade social e o transformador desses contextos. A educação é vista como uma prática nas formações sociais e resulta de suas determinações econômicas, sociais e políticas; faz parte da superestrutura e, junto com outras instâncias culturais, atua na reprodução da ideologia dominante. Em uma outra versão, a Educação também é espaço da reprodução das contradições que dinamizam as mudanças e possibilitam a gestação de novas formações sociais (GAMBOA, 2010, p. 115).

Assim, com base em Gamboa, a perspectiva crítico dialética pode contribuir na apreensão da relação entre o trabalho desenvolvido na saúde pública, aqui, trabalho compreendido em sua dimensão ontológica de transformação da natureza, dos homens e das sociedades; e a educação profissional técnica em saúde realizada no SUS, aqui compreendida como atividade social prática: objetiva e intencional. Neste estudo, a prática educativa a ser analisada é o currículo do CTVS, com seus rebatimentos na formação humana, acadêmica e profissional dos trabalhadores de saúde da SMS: alunos, docentes, membros do Grupo de Trabalho e coordenadores do curso.

O estudo teve início com a apreensão dos modos de aparecer do CTVS na prática social. Isto porque se compreende que o fenômeno educacional faz parte de uma esfera mais ampla: a dos fenômenos econômicos e sociais, porém com características gerais dos fenômenos sociais e aqueles específicas dos educacionais. De outra maneira, a expressão: “*fenômeno social* pode apresentar-se como demasiado geral, imprecisa, vaga, difícil de delimitar e de analisar. Por isso, têm existido esforços tendentes a assinalar traços peculiares

aos ‘fenômenos sociais’, que permitam identificá-los” (TRIVIÑOS, 1987, p. 126, grifo no original).

Procuramos desvelar a processualidade do currículo do CTVS, seus determinantes econômicos, sociais e políticos; suas potencialidades e limites ao ter sido desenvolvido num determinado contexto histórico e político. Pretendemos analisar criticamente o currículo do curso, levando-se em consideração as dimensões mais amplas da globalização da economia, da cultura e da educação na sociedade capitalista contemporânea, com seus reflexos nas políticas públicas de saúde e de educação profissional, especificamente, nas contradições e antagonismos presentes no papel do Estado ao executar tais políticas sociais.

O período a ser investigado, junho de 2010 a dezembro de 2016, compreende a redação da primeira versão do projeto para concorrência pública federal às verbas do Profaps/2010 até à formatura do segundo grupo de servidores-alunos em dezembro de 2016. Desse modo, o estudo pretende abranger a totalidade da execução do CTVS. O estudo também visa analisar os documentos produzidos ao longo do curso e conhecer as concepções de alguns dos seus coordenadores. Ou seja, daqueles que atuaram como responsáveis pela elaboração, implantação e monitoramento da proposta curricular.

A pretensão é apreender o *concreto pensado e construído*. Conforme Marx, o concreto seria: “a síntese de várias determinações, isto é, a unidade do diverso” (1982, p.14). No caso desta investigação seu objetivo é analisar os aspectos determinantes na relação entre a prática profissional dos Agentes de Combate a Endemias (alunos do curso) e a proposta de formação do Curso Técnico em Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde.

O currículo será compreendido como uma construção coletiva que ocorre na prática social, sendo resultado das relações dos sujeitos do currículo entre si, com a natureza e com o coletivo mais amplo da sociedade. Ou seja, o currículo do CTVS será compreendido como uma categoria formada na diversidade das múltiplas dimensões que organizam as práticas pedagógicas, cujas determinações são históricas, econômicas, sociais, culturais e políticas, conformando uma totalidade dialeticamente articulada com o momento histórico em que o currículo do CTVS foi elaborado e desenvolvido no período de 2010 a 2016.

A perspectiva da totalidade em Marx é mais do que uma categoria teórico-filosófica dotada de estatuto ontológico, pois a visão de totalidade implica assumir que o fator determinante da realidade é dado pelo modo de produção (WANDERLEY, 1980, p. 35). Isso significa que compreender o currículo como uma *totalidade concreta* é compreendê-lo dialeticamente: “como uma categoria política e sócio-histórica que se constrói na trama das

relações sociais, no espaço social mais amplo da luta de classes e das contradições que a engendram e são por ela engendradas” (MARTINELLI, 2000, p.17).

Em síntese, compreendemos o currículo como uma categoria construída na prática social, politicamente determinada e dialeticamente articulada. A análise das múltiplas dimensões do CTVS exigirá a articulação das categorias: totalidade e visão de mundo.

Compreendemos, com base em Goldmann (1979, p. 20), que: “uma visão de mundo é precisamente esse conjunto de aspirações, de sentimentos e de idéias que reúne os membros de um grupo (mais freqüentemente, de uma classe social) e os opõem aos outros grupos”. Essa perspectiva de visão de mundo pode auxiliar na melhor compreensão das relações estabelecidas ao longo da execução do CTVS, bem como apoiar na análise e na explicação do conteúdo das entrevistas das coordenadoras do curso que são os sujeitos de pesquisa deste estudo.

Pretendemos analisar as diferentes visões de mundo que influenciaram e também determinaram as práticas cotidianas do curso. A partir do conhecimento da tessitura social e da apreensão das subjetividades que foram postas em ação pelos sujeitos do currículo, buscamos compreender quais visões de mundo estavam em movimento e disputa quando do planejamento, da implantação, da execução e da avaliação do currículo do CTVS.

Assim posto, a concepção de currículo não poderá estar isolada da prática social, das contradições e das lutas de classe, ou seja, das condições objetivas da reprodução da vida material. Compreender o currículo da educação profissional técnica em saúde nesse contexto complexo é inseri-lo nas disputas presentes na divisão sociotécnica do trabalho, o que significa compreendê-lo como uma construção social e um exercício político. Nesse sentido tal

[...] exercício carrega em si as possibilidades, por um lado, de modificação dos sujeitos envolvidos no processo. Mas, por outro, carrega também as possibilidades de manutenção de relações de subalternidade que perpetuam nos sujeitos envolvidos as condições que favorecem a alienação, em razão da “ausência de identidade profissional, determinando um percurso alienado, alienante e alienador de prática profissional” (MARTINELLI, 2000, p.17). A identidade profissional nos remete, desse modo, a um campo complexo de significados e de determinações (VELTRI, 2006, p. 34).

Neste estudo, apesar de não ser nosso objetivo a discussão da identidade profissional, preocupamo-nos com o modo como estavam organizados o processo de trabalho e de ensino técnico na administração pública, especificamente na SMS, por entendê-los como potencializadores, ora da práxis (*atividade humana consciente*), ora da alienação (*estado no*

qual o resultado da própria atividade se torna estranho para seu produtor), o que incidu diretamente na construção da identidade profissional dos servidores públicos envolvidos com o CTVS. De tal modo, práxis e alienação também são categorias significativas na análise e na explicação do currículo do CTVS.

O caminho trilhado nesta tese com base nas categorias teórico-filosóficas do método materialista histórico e dialético, tais como trabalho, totalidade, contradição, mediação, alienação, visão de mundo e práxis, visa à compreensão de um campo complexo de significados e de determinações sociais que influenciaram e determinaram a construção do currículo, a saber: condições sociais, históricas, econômicas, políticas e culturais na administração pública. No caso específico do currículo do CTVS, somam-se ainda as categorias da empiria, aquelas que emergiram da pesquisa de campo, que serão apresentadas no capítulo VI.

Compartilhamos da perspectiva de Gimeno Sacristán, segundo o qual o currículo é “algo construído no cruzamento de influências e campos de atividade diferenciados e inter-relacionados” (GIMENO SACRISTÁN, 2000, p. 104), que, neste estudo, visam subsidiar o desvelamento das complexas dimensões, as quais dialeticamente articuladas estiveram imbricadas na construção e implementação do currículo do CTVS, no período de 2010 a 2016. Por conseguinte, na perspectiva da pesquisa dialética, para que seja efetiva, ela

[...] pode exigir condições, inclusive, metodológicas heurísticas do pesquisador. Mas o método capaz de aprofundar a análise da realidade do fenômeno social, com todas as suas contradições, dinamismo e relações, é o método dialético. Este não é fácil de manejar. Ele, além de exigir capacidade reflexiva ampla, precisa do apoio de vasta informação e de sensibilidade para captar os significados e explicações dos fenômenos não só a nível de sua aparência, mas também, muitas vezes, de sua essência (TRIVIÑOS, 1987, p. 151).

A dialética materialista histórica representa uma ferramenta poderosa que, ao tomar a realidade como ponto de partida, não se contenta com suas aparências, mas ao partir dela busca-se chegar aos determinantes da realidade social. Segundo Frigotto (2010b), a dialética para ser considerada materialista e histórica “não pode constituir-se numa ‘doutrina’ ou numa espécie de *suma teológica*. Não se pode constituir em uma camisa de força fundada sob categorias gerais não historicizadas [...] tem de dar conta da totalidade, do específico, do singular e do particular” (FRIGOTTO, 2010b, p. 79, grifo no original), eis o caminho proposto por este método e que se pretende concretizar neste estudo. No capítulo V,

retomamos as concepções de currículo e de educação profissional técnica na área da saúde que embasam este estudo.

## 2.2 A pesquisa qualitativa em educação e a modalidade *ex post facto* de investigação

Este estudo realiza uma pesquisa de cunho qualitativo. Segundo Triviños (1987, p. 125), “o teor de qualquer enfoque qualitativo que se desenvolva será dado pelo referencial teórico no qual se apóie o pesquisador”. A pesquisa qualitativa de enfoque materialista histórico e dialético justifica-se porque busca uma metodologia que,

[...] considerando também o contexto do fenômeno social que se estuda, privilegia a prática e o propósito transformador do conhecimento que se adquire da realidade social que, empregando o método dialético, é capaz de **assinalar as causas e as consequências dos problemas, suas contradições, suas relações, suas qualidades, suas dimensões quantitativas**, se existem, e realizar através da ação um processo de transformação da realidade que interessa (TRIVIÑOS, 1987, p. 125, grifo nosso).

Daí propomos uma pesquisa de natureza aplicada, cuja fundamentação da abordagem do tema visou problematizar as aparências imediatas dos fatos, objetivando analisar as complexas estruturas que conformaram a multifatorialidade envolta no currículo do CTVS, o que justificou a escolha pelo paradigma qualitativo de investigação.

De outro lado, o pesquisador supõe que o mundo deriva da compreensão que as pessoas constroem no contato com a realidade nas diferentes interações humanas e sociais, será necessário encontrar fundamentos para uma análise e para a *interpretação* do fato que revele o significado atribuído a esses fatos pelas pessoas que partilham dele. Tais pesquisas serão designadas como *qualitativas*, termo genérico para designar pesquisas que, usando, ou não, quantificações, pretendem interpretar o sentido do evento a partir do significado que as pessoas atribuem ao que falam e fazem (CHIZZOTTI, 2014, p. 27, grifo no original).

A partir das considerações de Chizzotti (2014), compreendemos que a pesquisa qualitativa seja mesmo a mais adequada para operacionalizar a investigação, tendo em vista que este estudo pretende analisar os aspectos determinantes na relação entre a prática profissional dos Agentes de Combate a Endemias (alunos do curso) e a proposta de formação do Curso Técnico em Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, no período de 2010 a 2016, sob a perspectiva de alguns de seus coordenadores, por meio da análise de seus depoimentos.

A pesquisa qualitativa procura encontrar o sentido do fenômeno ao mesmo tempo em que busca interpretar os significados que os indivíduos dão a eles (CHIZZOTTI, 2014, p. 28).

O significado do que os coordenadores *falaram* nas entrevistas sobre o que eles *fizeram* na implantação e execução do CTVS será interpretado a partir da perspectiva dialética, tendo em vista que o *ser* é dialético, constrói, e, ao mesmo tempo atribui significados ao seu trabalho, do mesmo modo que a sua própria narrativa, que, dadas às proporções, também não deixa de ser uma construção ao mesmo tempo individual e social.

A lógica dialética considera as coisas – as suas qualidades, relações, reflexões mentais, conceitos – em movimento. A aplicação consciente da lógica dialética permite ter em conta a interconexão entre os fenômenos, o seu caráter contraditório e sua mutabilidade, e a possibilidade de transformação mútua dos contrários (BAPTISTA, s/d[b], p.17).

Ou seja, “interessa-lhe o homem concreto, isto é, o homem como ‘síntese de múltiplas determinações’, vale dizer, o homem como conjunto das relações sociais” (SAVIANI, 1980, p. 20). Nessa circunstância, tem-se uma pesquisa que visa investigar as determinações das razões *immediatas* e *mediatas* do fenômeno social (TRIVIÑOS, 1987, p. 150). Buscamos investigar a conjuntura e as motivações da construção do currículo do CTVS, visando justamente identificar os principais determinantes de sua estrutura e organização.

Este estudo objetiva compreender o fenômeno investigado por meio de procedimentos técnicos e metodológicos, os quais incluem como fontes de informação: pesquisa bibliográfica, documental e de campo, para a coleta de materiais em fontes secundárias e primárias, com realização de entrevistas semiestruturadas. A vivência do pesquisador como servidor público municipal inserido no SUS e que desempenhou a função de coordenador do CTVS pela Covisa também contribui como manancial de informações essenciais.

O procedimento técnico se baseia em estudo com características de pesquisa *ex post facto*<sup>15</sup>, que tem por objetivo registrar uma experiência ocorrida no passado e que no momento da investigação já se encontrava encerrada, como é o caso deste estudo, cujo **Projeto do Curso Técnico em Vigilância em Saúde** foi efetivado no período de 2010 a 2016, na Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo.

A pesquisa *ex-post factum*, cuja locução latina significa ‘aquilo que já aconteceu’, caracteriza-se por identificar, observar e descrever as variáveis ocorridas, sem manipulá-las, considerando os fatores históricos fundamentais para a compreensão das estruturas sociais de um determinado episódio num tempo específico. Caracteriza-se, também, por possibilitar retomar as questões relevantes da prática profissional (LOSACCO, 2004, p. 33).

---

<sup>15</sup> Segundo Losacco: “A expressão ‘experimento *ex-post factum*’, como nome e análise, foi introduzida pela primeira vez por Chapin (Chapin e Queen, 1937). Mais tarde, esse delineamento foi tratado extensivamente por Greenwood (1945) e Chapin (1947, 1955)” (LOSACCO, 2004, p. 33).

É justamente a possibilidade de retomar questões relevantes das práticas desenvolvidas no currículo do CTVS que foi definido o delineamento de pesquisa *ex post facto*. A apreensão dos documentos oficiais orientadores do currículo, ou seja, do currículo prescrito, e a reconstrução: do currículo apresentado aos docentes, do currículo modelado pelos profissionais de saúde, do currículo em ação, do currículo realizado e do currículo avaliado só foi possível devido às minhas sucessivas aproximações do acervo documental do CTVS, bem como por meio das entrevistas concedidas por parte dos coordenadores do curso.

Ademais, a partir dessas aproximações foi exequível resgatar as etapas de implantação do curso, seus avanços e seus recuos na implementação do currículo, assim como alguns dos seus momentos emblemáticos, tais como: a formatura das primeiras sete turmas, em 2014; ou mesmo, a suspensão das aulas por causa da epidemia de dengue, *zika vírus* e *febre chikungunya*, na cidade de São Paulo, em 2016.

Contudo, retomar o método, os procedimentos e os instrumentais de construção do currículo do CTVS, bem como suas questões norteadoras, possibilita descrever, analisar e interpretar criticamente a implementação do currículo, extraindo novos aprendizados para que se possa compreender mais adequadamente as contradições, as inovações e os conflitos da relação entre a prática profissional dos ACEs (alunos do curso) e o CTVS.

Por outro lado, o uso de entrevistas na pesquisa *ex post facto* potencia a explicitação dos sentimentos que subjazem a um fazer que já se tornou passado, o que, em certa medida, precisa ser cuidado na análise dos depoimentos, pois algumas emoções podem distorcer a realidade dos fatos, deturpando o real vivido ou amenizando a carga negativa de determinadas situações, as quais poderiam ser consideradas pedagogicamente inadequadas, do mesmo modo que o inverso também poderia ser possível, com a supervalorização de algumas práticas com pouca relevância didático-metodológicas.

Ao mesmo tempo, um projeto que teve a duração de seis anos, envolvendo mais de quinhentos trabalhadores, dentre eles: coordenadores, membros do GT do CTVS, docentes, alunos, estagiários, funcionários administrativos e consultores, acabou por ocasionar, de um lado, a construção de laços de amizades, parcerias e cumplicidades mas, de outro, acarretou não só inimizades, acirramento de posições políticas, como também disputas por poder e reconhecimento profissional. Questões estas que poderiam influenciar na narrativa da realidade vivida dos sujeitos da pesquisa, enviesando as informações deles para este estudo. Retomamos essa questão da influência da variedade de afetos no capítulo VI, quando se tratará dos procedimentos de análise.

Por sua vez, a investigação *ex post facto* busca resgatar um momento e uma conjuntura não mais presente. A princípio, dois inconvenientes estão presentes nessa situação. O primeiro seria depender puramente da memória dos sujeitos de pesquisa para resgatar o processo histórico, o que, no caso deste estudo, foi sanado com o cotejamento das entrevistas com os registros do acervo documental do CTVS. O segundo é que a conjuntura social, política e econômica quando do andamento do curso se tornou muito diversa em relação ao período da realização das entrevistas.

Neste estudo, o enquadramento da execução das políticas públicas no Brasil no período anterior ao golpe de Estado de 2016<sup>16</sup> é muito diferente do cenário vivido nos anos de 2017 e 2018. Este fato implicou um esforço para que o contexto social, político e econômico do momento da realização das entrevistas que ocorreu no segundo semestre de 2017, assim como o da redação da versão definitiva desta tese nos anos de 2017 e 2018, não influenciassem e não contaminassem a descrição dos determinantes sócio-históricos e políticos que incidiram na elaboração e na efetivação do currículo do CTVS (2010 a 2016).

Apesar dos anos de 2017 e 2018 corresponderem a um período temporal próximo ao da execução e finalização do CTVS, os efeitos da Emenda Constitucional nº. 95, de 15 de dezembro de 2016, conhecida como a PEC do Teto de Gastos Públicos, que instituiu novo regime fiscal, limitando por 20 anos os gastos públicos, não atingiu o repasse de recursos federais para o CTVS, mas alterou imensamente o cenário da administração pública.

Nos aspectos administrativos e financeiros, os desdobramentos do golpe de Estado de 2016 pouco afetaram o andamento e a conclusão das turmas do CTVS, cuja finalização ocorreu em dezembro daquele mesmo ano. Porém, nas falas das coordenadoras que foram entrevistadas para este estudo se percebe, em algumas narrativas, que o tempo se havia amalgamado, compondo um bloco único na memória e fazendo-se presente em seus discursos um único tempo no passado.

O período da efetuação do CTVS que aconteceu num tempo determinado *ex post facto* foi se misturando aos acontecimentos de um passado mais recente, ou seja, às alterações no quadro político, social, econômico e da gestão no setor público, após o golpe de Estado de 2016. Fato este que pode ter influenciado em alguma medida as respostas das coordenadoras entrevistadas. Assim, no capítulo VI, quando serão tratados os procedimentos de análise das entrevistas, serão retomadas as questões aqui discutidas sobre os possíveis vieses na análise das entrevistas e os procedimentos adotados para minimizar esses problemas.

---

<sup>16</sup> Neste estudo, com base nas análises de Jessé Souza (2016), concordamos que o impeachment sofrido pelo mandato da Presidenta Dilma Rousseff, em maio de 2016, na verdade, tratou-se de um golpe de Estado.

### 2.3 A pesquisa na área do currículo e as opções de contextualização da prática pedagógica

Devido à complexidade da organização curricular e do amplo acervo documental do CTVS, respectivamente, descritos no capítulo I (Seção 1.5) e mais à frente na seção 2.4, buscamos nos apontamentos de José Gimeno Sacristán (2000), pesquisador do campo curricular, apoio para nos auxiliar no delineamento deste estudo, em especial na organização e na apresentação do currículo do CTVS ao longo dos capítulos desta tese.

Gimeno Sacristán (2000), no livro intitulado *O currículo: uma reflexão sobre a prática*, destaca o caráter histórico e processual do currículo, esclarecendo que existem diversos modos e ângulos por onde se podem realizar pesquisas no campo curricular. Esse estudioso do currículo propõe um modelo de interpretação baseado em seis níveis de objetivação do significado do currículo. Vejamos sua proposta:

Desentranhar este processo de ‘construção curricular’ é condição não apenas para entender, mas também para detectar os pontos nevrálgicos que afetam a transformação processual, podendo assim incidir mais decisivamente na prática. Distinguiremos seis momentos, níveis ou fases no processo de desenvolvimento, que descubram campos de pesquisa peculiares, que nos ajudam a compreender conexões entre tais níveis e que tornam manifesto como, previamente e em paralelo ao que denominamos prática pedagógica, existem essas outras práticas. É preciso utilizar, nesses níveis, perspectiva e metodologias diversas, o que mostra que o campo do currículo é também de integração de conhecimentos especializados, paradigmas e modelos de pesquisas diversos (GIMENO SACRISTÁN, 2000, p. 104).

Gimeno Sacristán (2000, p. 104) propõe um modelo de interpretação das práticas pedagógicas organizado em seis níveis: 1) **currículo prescrito** (documentos oficiais orientadores e reguladores do currículo); 2) **currículo apresentado aos professores** (guias e materiais para orientação dos professores); 3) **currículo modelado pelos professores** (programações ou planos de ensino modelados pelos professores); 4) **currículo em ação** (plano de trabalho docente e as práticas pedagógicas cotidianas); 5) **currículo realizado** (efeitos complexos: explícitos e ocultos); e 6) **o currículo avaliado** (avaliações internas e externas).

Apropriamo-nos do modelo de análise curricular sugerido por Gimeno Sacristán (2000), anteriormente apresentado. Na sequência, elaboramos nossa proposta de organização e de exposição e análise do material do CTVS, acrescentando ao modelo original de Gimeno Sacristán, algumas pequenas alterações nas denominações dos níveis de objetivação do significado do currículo, a saber: 1) currículo prescrito; 2) currículo apresentado aos docentes;

3) currículo modelado pelos profissionais de saúde; 4) currículo em ação; 5) currículo realizado; e 6) currículo avaliado.

A partir das indicações propostas por Gimeno Sacristán (2000), este estudo pretende abarcar todos os seis níveis de objetivação do currículo do CTVS. Contudo, será dada maior ênfase ao **currículo prescrito** (recomendações oficiais para organização dos cursos técnicos na área da saúde no SUS), ao **currículo apresentado aos docentes** (materiais didático-pedagógicos produzidos para o curso), ao **currículo realizado** (na visão das coordenadoras do curso) e ao **currículo avaliado** (na visão do pesquisador).

Por sua vez, apesar da análise do currículo do CTVS procurar dar maior ênfase às dimensões do “currículo prescrito”, do “currículo apresentado aos docentes” e do “currículo realizado”, não pretendemos perder de vista a análise das conjunturas sociais mais amplas, quais sejam: sócio-históricas, econômicas, políticas e culturais, as quais determinaram a elaboração e a execução do projeto curricular do CTVS, no período de 2010 a 2016.

#### **2.4 Os procedimentos técnicos e metodológicos do estudo**

Segundo Gil, a realização de uma pesquisa social implica a construção de um plano de estudo que pode ser definido em grandes etapas: “planejamento, coleta de dados, análise e interpretação e redação do relatório. Cada uma dessas grandes etapas pode ser subdividida em outras mais específicas, dando origem aos mais diversos esquemas” (GIL, 2008, p. 31). Nesta seção, a proposta é apresentar os procedimentos técnicos e metodológicos da pesquisa.

Este estudo visa analisar o currículo do curso CTVS no período de 2010 a 2016, e compuseram o contexto da investigação três dimensões: **a temática** (o currículo da educação profissional técnica na área da saúde); **a legislação** (do SUS, da educação profissional técnica em saúde e da área do trabalho e emprego); e **o lócus da pesquisa** (a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo). A análise crítica do currículo do CTVS demandou a necessidade da mediação entre as áreas das ciências humanas (Educação: Currículo) e das ciências da saúde (Saúde Pública e Vigilância em Saúde), tendo em vista que “a íntima articulação dos saberes decorre da complexidade do real a ser conhecido” (SEVERINO, 2007, p. 43).

Por conseguinte, as técnicas e os métodos de investigação utilizados buscam a apreensão da complexidade do tema em conformidade com a perspectiva teórica que fundamenta este estudo. Em relação aos procedimentos metodológicos, é importante destacar que “as pesquisas qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas, isto é, usam uma

grande variedade de procedimentos e instrumentos” (ALVES-MAZZOTTI, 1999, p.163). Por consequência, utilizamos mais de um instrumento para a coleta dos materiais.

A primeira etapa visando alcançar os objetivos da investigação foi o estabelecimento da definição dos procedimentos metodológicos e o início do levantamento bibliográfico, versando sobre: educação profissional técnica em saúde e teoria curricular. Na sequência, foram selecionados e analisados: leis, decretos, portarias, parâmetros e referenciais curriculares, bem como os documentos públicos referentes à produção dos membros do GT do CTVS.

A etapa seguinte compreendeu a pesquisa de campo que teve como um de seus objetivos acessar e analisar o acervo documental privado do CTVS, a saber: atas das reuniões do grupo de trabalho; plano de curso; proposta curricular; itinerário formativo; registros escolares; planos de aula; diários de classe; trabalhos e avaliações dos alunos (diagnóstica, formativa e desempenho); apresentações e relatórios do andamento do curso; plano das Oficinas Técnico-Pedagógicas, plano das capacitações para o Trabalho de Conclusão de Curso e plano das oficinas de avaliação; avaliações do curso (expectativa, reação e impacto) e os relatórios da avaliação externa realizada pela Fundação Instituto de Administração (FIA).

No sentido de auxiliar na identificação e na organização das legislações e dos documentos, utilizamos um instrumental originalmente adaptado de Batistella (2009, p.122) e já utilizado anteriormente em outro estudo (VELTRI, 2014, p. 37), que consiste em um quadro com colunas que separam as legislações e documentos por sua fonte de origem, neste caso: Governo Federal e Prefeitura do Município de São Paulo (Apêndice A).

A análise de documentos combinada com outras técnicas de coleta de materiais pode ser utilizada como técnica exploratória e para checagem ou complementação das informações obtidas por meio de outras técnicas (ALVES-MAZZOTTI, 1999, p.169). Foi exatamente o que se fez nesta investigação ao combinarmos a análise de documentos com as entrevistas das coordenadoras do curso.

Procuramos descrever e analisar os materiais do acervo do CTVS (fontes primária e secundária) e as entrevistas cedidas para este estudo, procurando interpretá-los e explicá-los, buscando articular as partes e o todo e vice-versa. Definimos a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) como a técnica mais adequada para categorizar o conteúdo dos materiais analisados. Com relação a essa técnica de análise de conteúdo desenvolvida por Bardin, Triviños ressalta a importância do valor da técnica de Bardin para análise de pesquisas qualitativas, conforme se destaca a seguir:

Recomendamos o emprego deste método porque, como diz Bardin, ele se presta para o estudo ‘das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências’ e, acrescentamos nós, para o desvendar das ideologias que podem existir nos dispositivos legais, princípios, diretrizes etc., que, à simples vista, não se apresentam com a devida clareza. Por outro lado, o método de análise de conteúdo, em alguns casos, **pode servir de auxiliar para instrumento de pesquisa de maior profundidade e complexidade, como o é, por exemplo, o método dialético. Neste caso, a análise de conteúdo forma parte de uma visão mais ampla e funde-se nas características do enfoque dialético.** [...] Talvez pela influência positivista, Bardin enfatiza os aspectos ‘quantitativos’ que podem ser enfocados pelo método. Nós, ao invés, ressaltamos, precisamente, a importância do método no campo da pesquisa qualitativa (TRIVIÑOS, 1987, p. 159-160, grifo nosso).

Neste estudo, a análise de conteúdo de Bardin é referência e ponto de partida para a necessária análise crítica e dialética das fontes documentais, dos instrumentos legais e dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa. Dito de outro modo, a referida análise de conteúdo é o ponto de partida para as demais aproximações analíticas que têm como referência as conjunturas sócio-históricas, políticas, econômicas e culturais que determinaram o projeto curricular do CTVS, no período de 2010 a 2016.

Acrescentamos a essa análise o resultado das investigações teóricas, assim como nossa experiência na coordenação do CTVS. A proposta de análise é a utilização da técnica de triangulação na coleta e na análise dos materiais, visando “abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVIÑOS, 1987, p. 138). Ainda, apoiando-nos em Triviños (1987, p. 162), pretendemos que a análise dos materiais não ficasse restrita ao *conteúdo manifesto*, e sim que pudesse avançar na análise do *conteúdo latente* presente nos documentos analisados.

Em relação à pesquisa de campo, a proposta foi realizar entrevistas semiestruturadas. Concordamos com Triviños (1987), segundo o qual a utilização dessa técnica mantém a presença consciente e atuante do pesquisador ao mesmo tempo em que respeita o espaço do entrevistado, garantindo maior individualização na comunicação. Ainda, de acordo com Triviños, a entrevista semiestruturada: “favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, tanto dentro de sua situação específica como de situações de dimensões maiores” (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

Concomitantemente, compreendemos ser esse procedimento o mais adequado para a recolha de dados qualitativos, pois possibilita a flexibilidade e a possibilidade de adaptação ao entrevistado. Ademais, permite compreender de forma mais profunda tópicos de interesse para o desenvolvimento da pesquisa, tendo em vista que, neste estudo, o pesquisador também esteve inserido na conjuntura do objeto investigado. Por outro lado, um dos seus pontos negativos é o maior dispêndio de tempo no tratamento dos dados.

De um modo geral, as entrevistas qualitativas são muito pouco estruturadas, sem um fraseamento e uma ordem rigidamente estabelecidos para as perguntas, assemelhando-se muito a uma conversa. Tipicamente, o investigador está interessado em compreender o significado atribuído pelos sujeitos a eventos, situações, processos ou personagens que fazem parte de sua vida cotidiana. [...] Nestas [entrevistas semiestruturadas], também chamadas de focalizadas, o entrevistador faz perguntas específicas, mas também deixa que o entrevistado responda em seus próprios termos. É também possível optar por um tipo misto, com algumas partes mais estruturadas e outras menos (ALVES-MAZZOTTI, 1999, p.168).

Como nos apoiamos no conceito de Alves-Mazzotti (1999), segundo o qual as entrevistas qualitativas são abertas, construímos um roteiro de entrevista que pudesse facilitar a conversa entre pesquisador e pesquisado sobre o currículo do CTVS (Apêndice B). Para tanto, foram elaboradas quinze questões que, dependendo do conteúdo das respostas, poderiam tornar desnecessária a realização das outras perguntas, ou mesmo, alterar a ordem das próximas questões. Inicialmente, o tempo previsto para a duração da entrevista foi de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

Porém, em razão da regulamentação das pesquisas que envolvem seres humanos, nomeadamente, as Resoluções 466/12 (BRASIL, 2012c) e 510/16 (BRASIL, 2016), do Conselho Nacional de Saúde, que tratam das questões éticas, submetemos o projeto de pesquisa aos Comitês de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e da Secretaria Municipal da Saúde, antes de se iniciar o trabalho de campo<sup>17</sup>.

Somente após o parecer favorável daqueles comitês e da autorização prévia da coordenadora da Covisa, da diretora da EMS e da coordenadora da ETSUS-SP, é que teve início a coleta de dados no acervo documental privado do CTVS, bem como se deu o início da realização das entrevistas com os sujeitos de pesquisa. Ressaltamos que o estudo foi conduzido dentro dos padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

#### *2.4.1 A definição dos sujeitos de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão*

A seleção dos sujeitos de pesquisa<sup>18</sup> para participar deste estudo foi influenciada por uma série de particularidades, tendo em vista a complexidade da organização curricular do CTVS, o número de funcionários envolvidos no projeto e a vasta produção de documentos no âmbito do curso. Aproximadamente, 185 profissionais de nível superior estiveram envolvidos

---

<sup>17</sup> A pesquisa recebeu aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa, através do Parecer nº 2.188.222, da PUC-SP e do Parecer nº 2.213.805, da SMS.

<sup>18</sup> Ao longo deste estudo as expressões: sujeitos de pesquisa, informantes-chave, ou estas palavras: voluntários, informantes, colaboradores e sujeitos serão utilizadas como sinônimos.

no curso, 16 coordenadores (PERONDI; ROCHA, 2014) e 323 servidores-alunos se formaram, conforme dados de dezembro de 2016 (VELTRI et al., 2016b).

No sentido de apresentar parte do cenário que justificou os procedimentos metodológicos adotados e a definição daqueles que seriam os voluntários da pesquisa, segue o quadro onde estão expostos, quantitativamente, os trabalhadores envolvidos e os principais resultados do CTVS, no período de setembro de 2010 a dezembro de 2016.

**Quadro 5** - Principais dados do CTVS, no período de setembro de 2010 a dezembro de 2016

REFERÊNCIA	QUANT
Profissionais de nível superior envolvidos com o CTVS	185
Coordenadores do CTVS (ETSUS, Covisa e Suvis)	16
Profissionais participantes do Grupo de Trabalho	35
Docentes do CTVS (ETSUS, Covisa e Suvis)	48
Alunos formados – 2013 (7 turmas)	184
Alunos formados – 2016 (6 turmas)	139
Capacitações técnico-pedagógicas (público: docentes)	14
Capacitações para o acompanhamento do Trabalho de Conclusão de Curso	02
Encontros: itinerário pedagógico; alinhamento conceitual; e avaliação do CTVS	03
Seminários regionais organizados pelos alunos	10
Manual de orientação para o Trabalho de Conclusão de Curso	01
Cadernos produzidos (Livros-texto)	12
Páginas redigidas	709
Trabalhos sobre o CTVS em Congressos, Simpósios e Seminários	14

**Fonte:** Quadro adaptado e atualizado de Perondi e Rocha (2014).

Primeiramente, consideramos pertinente selecionar entre os servidores envolvidos no CTVS alguns informantes-chave. A definição desses voluntários também levou em consideração o amplo acervo documental do projeto, o que permitiu que o posicionamento daqueles sujeitos do currículo que não foram selecionados a colaborar diretamente com este estudo possam ser contemplados por meio da análise documental do curso. Foram convidados a participar de uma entrevista semiestrutura alguns dos servidores que atuaram na coordenação do CTVS, representando a ETSUS-SP, a Covisa e as Suvis.

O propósito dessas entrevistas foi coletar informações e pontos de vista construídos a partir de posições estratégicas ocupadas na coordenação do CTVS, no período entre 2010 a 2016. Os coordenadores são aqueles profissionais que têm possibilidade de descrever e explicar a relação entre ensino e serviço presente na proposta curricular do CTVS (SÃO PAULO, 2015, p. 75), assim como podem identificar as inovações, as contradições e os

conflitos presentes nessa relação, com ênfase nos fundamentos epistemológicos e metodológicos do currículo do curso, seus objetivos educacionais e institucionais. Isso porque esses sujeitos fomentaram e participaram ativamente da construção coletiva da proposta curricular, bem como atuaram na sua implantação e implementação na SMS. Acrescentamos que alguns dos coordenadores do CTVS exerceram a função docente no curso antes de se tornarem coordenadores.

No quadro abaixo, apresentamos o número de servidores convidados a participar da pesquisa, por local de trabalho, assim como aqueles que efetivamente aceitaram o convite, identificamos também aqueles que em algum momento exerceram a função docente no curso:

**Quadro 6** - Distribuição dos sujeitos da pesquisa por local de trabalho na SMS

	<b>EMS/ETSUS</b>	<b>COVISA</b>	<b>SUVIS</b>	<b>TOTAL</b>
Coordenadores do CTVS convidados para entrevista.	06	05	02	<b>13</b>
Coordenadores do CTVS que efetivamente foram entrevistados.	05	03	01	<b>09</b>
Coordenadores do CTVS entrevistados que também exerceram a docência no curso.	03	01	01	<b>05</b>

**Fonte:** O autor, 2017.

Foram incluídos profissionais da SMS que atuaram na coordenação do CTVS e que se dispuseram a conceder entrevista e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que participaram da coordenação do curso, mas que estavam em férias, licença médica ou qualquer outro tipo de afastamento na época da realização desta pesquisa de campo, assim como aqueles que se recusaram a ser entrevistados. As entrevistas foram realizadas entre os meses de agosto a outubro de 2017.

Por tratar-se de pesquisa qualitativa não houve preocupação probabilística na definição do número de colaboradores a serem convidados a participar da investigação. O objetivo da seleção foi identificar sujeitos que fossem boas fontes de informação para sustentar ou refutar o pressuposto deste estudo, conforme apresentado na Introdução<sup>19</sup>.

Todos os voluntários receberam uma Carta Convite (Apêndice C), via e-mail, na qual os detalhes do estudo foram esclarecidos. A partir da concordância, os sujeitos de pesquisa foram contatados para marcar dia, hora e local para as entrevistas. Os convidados para o estudo tomaram ciência e assinaram o TCLE para poder participar da pesquisa (Apêndice D).

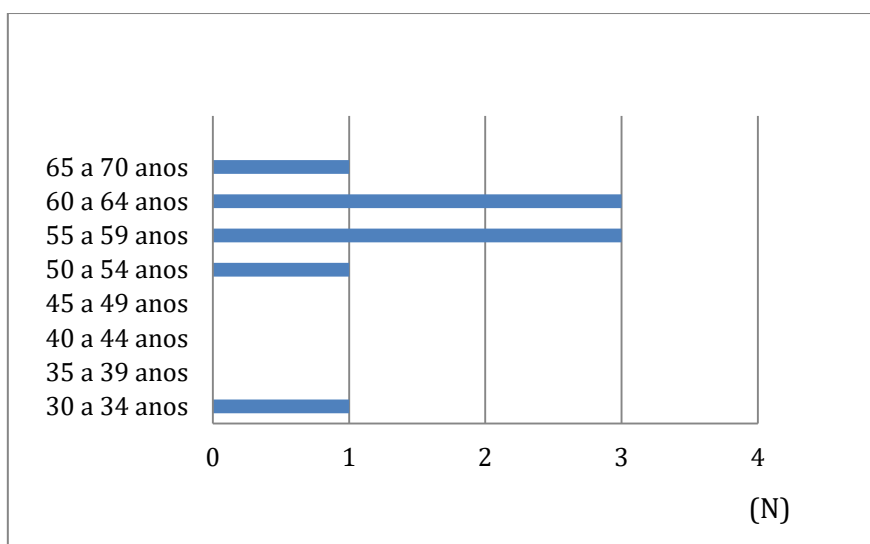
<sup>19</sup> Embora vários especialistas em pesquisa qualitativa usem o termo amostra, concordamos com Yin (2001) que o termo não é adequado para pesquisas qualitativas.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas individualmente num espaço físico que pudesse preservar a privacidade. Em princípio, no ambiente de trabalho ou na casa dos entrevistados, tendo em vista que, no momento da realização da pesquisa de campo, cinco dos nove sujeitos de pesquisa encontravam-se já aposentados. Torna-se necessário esclarecer que o fato de algumas entrevistas terem sido realizadas na casa dos servidores ou mesmo o fato de eles encontrarem-se aposentados em nada interferiu na aplicação do roteiro da entrevista ou na garantia da privacidade e do sigilo da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas para análise. A participação dos servidores ativos, bem como dos aposentados, foi voluntária, sendo esclarecido que a recusa em participar não acarretaria qualquer tipo de prejuízo profissional ou pessoal. As entrevistas gravadas e seus relatos transcritos serão mantidos em sigilo, servindo apenas para os fins desta pesquisa e outras publicações de cunho acadêmico-científico, não sendo revelados em nenhuma hipótese os nomes dos participantes.

Quanto à caracterização dos coordenadores do CTVS que foram entrevistados para este estudo, tendo em vista o número reduzido de apenas nove voluntários que aceitaram participar do estudo, optamos por uma caracterização mais geral no intuito de se preservar o anonimato dos sujeitos. Dentro dos limites impostos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS, é possível afirmar que o grupo caracteriza-se por ser exclusivamente do sexo feminino, se constituindo por servidoras públicas de carreira, ou seja, concursadas. Logo abaixo, apresentamos algumas informações quanto à faixa etária, formação acadêmica e tempo de serviço na PMSP desse grupo de servidoras.

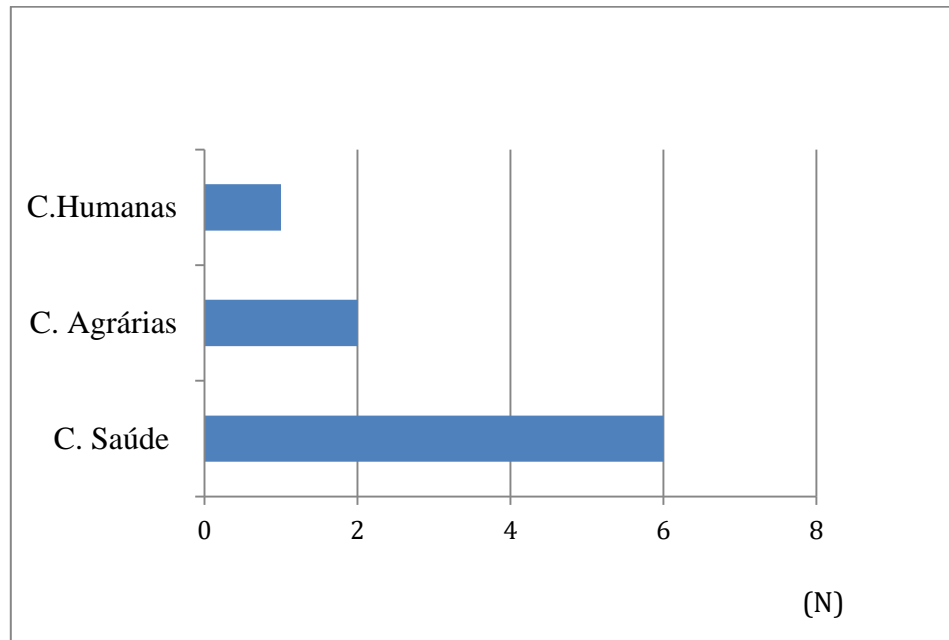
**Gráfico 1-** Número de coordenadoras do CTVS, por faixa etária (anos) – São Paulo, 2017



**Fonte:** O autor, 2017.

No que se refere à formação acadêmica das coordenadoras do CTVS vejamos a seguir o gráfico 2:

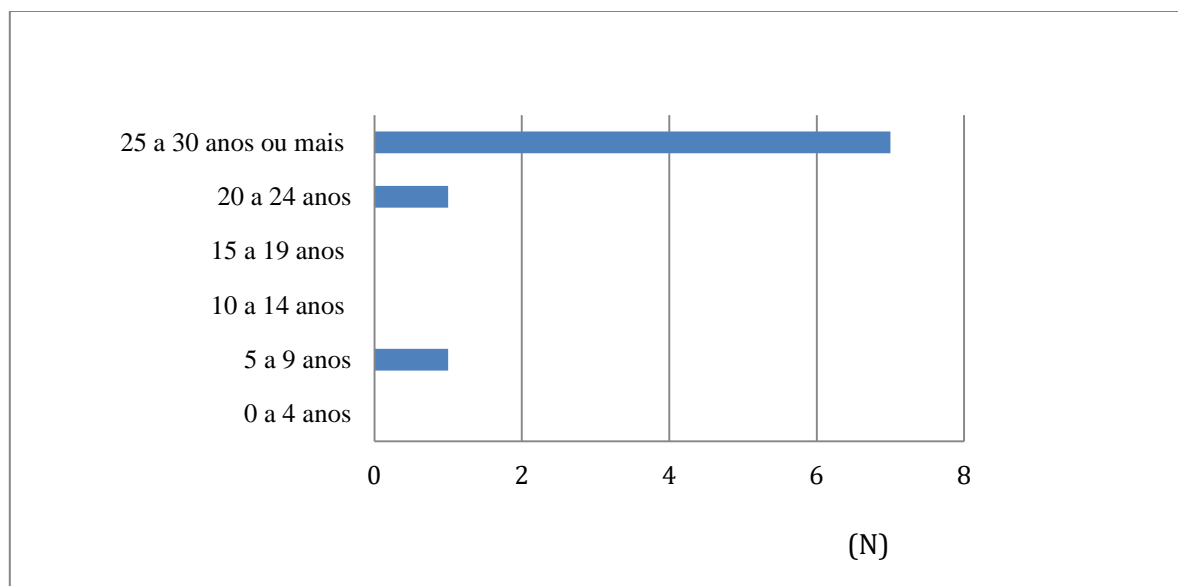
**Gráfico 2** – Formação acadêmica das coordenadoras do CTVS, por área do conhecimento - São Paulo, 2017



Fonte: O autor, 2017.

Sobre o tempo de serviço das coordenadoras do CTVS na PMSP. Vejamos o gráfico 3:

**Gráfico 3** – Número de coordenadoras do CTVS, por tempo de serviço na PMSP (anos) - São Paulo, 2017



Fonte: O autor, 2017.

No que se refere à caracterização dos sujeitos da pesquisa (Gráfico 1), a faixa etária da maioria das participantes, seis entrevistadas, encontra-se entre 55 a 64 anos, com média de idade de 56 anos, o que justifica o fato de cinco delas estarem aposentadas no momento da entrevista. Quanto à formação acadêmica (Gráfico 2), majoritariamente, o grupo é constituído por profissionais graduadas na área das Ciências da Saúde (seis), seguida pela área das Ciências Agrárias (dois) e, minoritariamente, a área das Ciências Humanas (um). Todas as entrevistadas possuem formação em nível de pós-graduação *lato sensu*, cujos cursos podem ser agrupados nas grandes áreas das Ciências da Saúde e das Ciências Humanas (área do conhecimento: Educação), algumas das entrevistadas possuem mais de um curso de especialização. Em relação ao tempo de trabalhado (Gráfico 3), sete entrevistadas, ou seja, a maior parte do grupo encontra-se na faixa de 25 a 30 anos (ou mais) de trabalho na PMSP. Um dado significativo e não tabulado é o fato de que todas as entrevistadas mencionaram possuir experiência com projetos de qualificação profissional, incluindo treinamentos em serviço, ou formação profissional anterior ao trabalho desenvolvido no CTVS.

Ainda em relação ao anonimato dos sujeitos de pesquisa, os registros de voz e sua transcrição para o papel ficarão em posse do pesquisador por cinco anos e, após esse período, serão destruídos. Quando for necessário exemplificar determinada situação, os nomes das servidoras públicas serão identificados por árvores brasileiras, garantindo que as voluntárias não sejam identificadas em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Por que designar as servidoras, sujeitos desta pesquisa, pelo codinome de árvores brasileiras, especificamente, por nomes de “madeira de lei”?

Na história do Brasil, no processo da colonização portuguesa a expressão *madeira de lei* designava a madeira que não poderia ser retirada do Brasil sem a devida permissão da coroa portuguesa. Eram madeiras nobres de grande valor estratégico e econômico, por isso eram defendidas pela lei, na tentativa de impedir que fossem roubadas e contrabandeadas. Porém, foram tão exploradas pela administração portuguesa que na atualidade se tornaram joias raras.

As madeiras de lei eram utilizadas na construção naval e civil, na confecção de móveis, instrumentos musicais e dormentes para as ferrovias. De um modo geral, o que define as madeiras de lei são sua qualidade, durabilidade e resistência, principalmente ao ataque de insetos. São árvores angiospérmicas, cujas sementes são protegidas por uma estrutura, os frutos. Elas são constituídas por raiz, caule, folhas, flores, sementes e frutos. Sua principal característica é o fato de produzirem em seu interior uma substância química que as protegem do ataque de fungos e insetos, por isso sua grande durabilidade. Apenas as árvores das

espécies mais fortes podem ser consideradas madeiras de lei. Na atualidade, as madeiras nobres tornaram-se de difícil acesso devido ao seu longo tempo de maturação e elevado custo, tornando-as artigos raros e de luxo.

A escolha de nomear os sujeitos desta pesquisa como madeiras de lei se deve às características das servidoras públicas entrevistadas para este estudo, que, tal as nobres árvores, apresentam como suas principais características: a força, a resistência e a grandeza. No caso das voluntárias da pesquisa, a força interior, a resistência às adversidades e o valor ético na defesa intransigente do bem público. Servidoras que, apesar de todos os mandos e desmandos da administração pública municipal, resistiram, produziram e geraram frutos ao longo de suas carreiras, sementes de novas práticas, assim como foi o CTVS. Essas nobres mulheres: Acaicá, Andiroba, Aroeira, Catuaba, Garapeira, Guariba<sup>20</sup>, Imbuia, Maracatiara, Massaranduba e Sucupira sonharam a saúde como direito da cidadania e fizeram da educação profissional em saúde seu instrumento de resistência, de luta e de conquista.

---

<sup>20</sup> Guariba foi uma das docentes do curso. Apesar de não ter sido entrevistada no âmbito deste estudo dada a importância de seu depoimento ao abordar a prática da docência compartilhada no CTVS, sua narrativa foi analisada no capítulo I (seção 1.4.1), tendo em vista tratar-se de uma servidora pública da SMS, seguimos o mesmo procedimento quanto ao anonimato, por isso identificá-la também como “madeira de lei”, seu depoimento é parte do acervo privado do CTVS.



### 3 ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E CULTURA ORGANIZACIONAL: A PROFISSIONALIZAÇÃO DOS SERVIDORES DO PÚBLICO

Se fosse possível estabelecer um comportamento de sucesso ou de sobrevivência pessoal dentro do setor público brasileiro, ele teria pouco a ver com atributos como empreendedorismo, capacidade de inovação, ousadia e competência técnica. O que se valoriza no homem público é a sua capacidade de conciliar interesses, apaziguar conflitos e aparentar aquilo que não é. No Brasil, ajeitar é a regra; empreender, a exceção. [...] Para mudar, é preciso conhecer. Intervir por intervir é uma péssima saída. Quando se trata de mudança cultural, ela precisa ser planejada com muita precisão e dentro de parâmetros legitimados pela própria cultura (Pedro Paulo Carbone, *Cultura organizacional do setor público brasileiro*).

Este capítulo tem por objetivo apresentar a macroestrutura na qual o Curso Técnico em Vigilância em Saúde foi elaborado, executado e avaliado, ou seja, pela administração pública brasileira, especificamente a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Ao mesmo tempo visa apresentar a especificidade da missão do setor público e a singularidade do trabalho desempenhado pelos *servidores do público*<sup>21</sup> ao executarem a política de saúde.

No sentido de contextualizar o universo onde está localizado este estudo, apresentaremos alguns dos principais modelos de gestão pública: o patrimonialista, o burocrático, o gerencial e a gestão social. O objetivo desta discussão é não apenas apresentar as características e as insuficiências desses modelos, mas também as suas implicações na conformação da cultura organizacional na administração pública.

Buscamos explicitar as contradições e as mediações quando se emprega um modelo heterogêneo de gestão, como é o caso do modelo vigente na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, assim como suas repercussões na implementação das políticas públicas de saúde, nas práticas profissionais e nas expectativas quanto ao futuro, ao desenvolvimento profissional e à carreira.

Encerramos o capítulo concluindo que a cultura organizacional do serviço público, as metas do Plano Municipal de Saúde e o modelo heterogêneo de administração empregado pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo incidiram sobre as determinações político-administrativas no modo como os coordenadores e os participantes do GT do CTVS planejaram e executaram o CTVS no período de 2010 a 2016.

---

<sup>21</sup> Segundo Abrucio (2007, p. 70), a expressão: *servidores do público* é atribuída a Francisco Longo.

### **3.1 Modelos de administração pública: patrimonialista, burocrático, gerencial e gestão social**

As políticas de Estado estão intimamente relacionadas ao projeto de nação que se quer construir, consolidar ou modificar, ainda que a globalização neoliberal venha desfazendo os ditos Estados Nacionais. As políticas sociais como as conhecemos na atualidade são frutos de lutas históricas para que nelas fossem incluídas parcelas significativas da sociedade, que, sistematicamente, foram alijadas do acesso aos serviços públicos. Todavia, mudanças nos processos de produção, distribuição e acumulação das riquezas socialmente produzidas ameaçam as conquistas históricas no campo dos direitos sociais no Brasil.

Foi a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, uma “Constituição Cidadã”, conforme as palavras do Dr. Ulisses Guimarães<sup>22</sup>, que se inicia um processo de desconcentração do poder da esfera federal, com base na descentralização administrativa. Acrescentemos a isso um novo conceito de seguridade social, conforme o art. 194, da Constituição Federal de 1988: “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988), o que resultou na maior responsabilização de estados, municípios e Distrito Federal, na efetivação de direitos sociais, civis e políticos. Somam-se, ainda, as noções de participação e de controle social advindas com a Constituição Federal de 1988.

A partir da década de 1990, na esteira das reformas administrativas e políticas neoliberais iniciadas no Brasil, passaram a disputar espaço no enfrentamento das disfunções da burocracia estatal e na gestão da política de saúde pública, propostas por vezes antagônicas, as quais oscilam, em resumo, entre os modelos de privatização ou de terceirização dos bens e serviços públicos, estes alinhados às propostas do capital internacional em sua fase neoliberal e sua proposta de Estado mínimo<sup>23</sup>, e as propostas de desenvolvimento da gestão pública e da profissionalização dos servidores públicos, com base nos preceitos da Constituição Federal de 1988.

É, nesse sentido, que se torna relevante, problematizar e analisar os modelos de gestão em disputa no interior da administração pública, seus objetivos, suas finalidades, suas

---

<sup>22</sup> Presidente da Câmara dos Deputados, quando da promulgação da Constituição Federal de 1988.

<sup>23</sup> Entendemos por neoliberalismo a versão mais atualizada da ideologia capitalista, na qual há valorização máxima da privatização e do mercado como critério geral para definir as questões econômico-sociais (BONETTI, et al. 2005, p. 34).

disfunções, assim como suas repercussões no desenvolvimento profissional dos servidores públicos, de um modo geral, e dos ACEs, alunos do CTVS, em particular.

Como base e ponto de partida para essa discussão sobre modalidades de administração pública, será analisado, mais detidamente, o documento da Presidência da República, datado de 1995, intitulado Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, daqui por diante citado apenas como Plano Diretor. Este plano foi elaborado por uma equipe de trabalho, sob responsabilidade técnico-política do então ministro da Administração Federal e Reforma do Estado, o professor doutor Luiz Carlos Bresser-Pereira (BRASIL, 1995).

A escolha por analisar esse documento deveu-se ao fato de ele ser um registro emblemático no qual se fez um resgate histórico da estruturação da administração pública, bem como das disfunções do modelo burocrático de gestão, especificamente no poder executivo federal. Porém, suas constatações podem ser extrapoladas para outras instâncias do poder executivo subnacional, como, no caso, a administração pública municipal.

É importante destacar que o Plano Diretor integrou a pauta de discussões da reforma constitucional no Congresso Nacional, resultando na Emenda Constitucional nº 19/98, mais conhecida como Emenda da Reforma Administrativa (1998), o que fez com que as proposições oriundas do Plano Diretor se tornassem referências nos processos de reforma administrativa na administração pública brasileira.

No sentido de organizar a discussão, iniciamos esta reflexão sobre o modelo burocrático de gestão, apenas mencionando algumas práticas patrimonialistas como legado histórico da monarquia no Brasil, ou mesmo, em comparação aos modelos burocrático, gerencial e a administração pública societal. Não serão tratados os modelos da teoria administrativa clássica, de Jules H. Fayol (1841 - 1925), nem a teoria da administração científica, de Frederick Taylor (1856-1915). Apesar disso, reconhecemos na estruturação do setor público brasileiro os princípios e os pressupostos de organização racional do trabalho, de Fayol, e à ênfase na definição das tarefas a serem executadas pelos trabalhadores, por meio da divisão parcelar do trabalho, de Taylor.

Os legados da teoria administrativa clássica e da teoria da administração científica encontram-se na administração pública presentes na divisão sociotécnica do trabalho, na definição dos níveis hierárquicos de comando e na especialização dos trabalhadores por meio de treinamentos e cursos de formação profissional. Nesta seção, será dada maior ênfase aos modelos de gestão burocrática e gerencial, por conta do entendimento de sua relevância na administração pública brasileira. Quanto ao modelo de administração pública societal, que

também é denominado de gestão social, o mesmo será mais bem desenvolvido no capítulo IV, quando se discutirá a proposta de gestão participativa no SUS.

O modelo burocrático tem sua origem na emergência do Estado Moderno, surgindo na segunda metade do século XIX, na época do Estado liberal, sendo amplamente estudado por Max Weber (1864-1920). Segundo Weber, a teoria da burocracia estaria baseada na autoridade legal, na dominação racional, que, por sua vez, fundamentar-se-ia nos procedimentos de controle administrativos, que no caso do Estado deveriam garantir a satisfação do interesse público e o alcance dos resultados.

O objetivo principal do modelo burocrático seria teoricamente produzir a máxima eficiência, tendo por princípio a previsibilidade do funcionamento institucional. A organização burocrática, em sua essência, pretendia superar as formas tradicionais de interação social, particularmente, a administração patrimonialista que consiste em usar o bem público para interesses privados, o que se vê na administração neoliberal, mas que já existia no regime monárquico brasileiro. Assim segundo Bresser-Pereira,

Nesse tipo de administração o Estado era entendido como propriedade do rei. O nepotismo e o empreguismo, senão a corrupção, eram as normas. Esse tipo de administração revelar-se-á incompatível com o capitalismo industrial e as democracias parlamentares, que surgem no século XIX (BRESSER-PEREIRA, 1996, p. 4).

Já o início da administração pública burocrática no Brasil data da década de 1930, com o processo de industrialização. Surgem no setor público federal propostas objetivando a construção de uma política de organização dos quadros de pessoal, colaborando com o surgimento das “primeiras carreiras burocráticas e da tentativa de adoção do concurso como forma de acesso ao serviço público”. Essas propostas estavam em total consonância com a “emergência de um capitalismo moderno no país” (BRASIL, 1995, p. 18) e de um setor público que pudesse alavancar essas mudanças.

Destacamos que a modernização do aparelho do Estado e a implantação de uma administração pública profissional, iniciadas na década de 1930, até o momento presente ainda não foram plenamente consolidadas. Não caberia aprofundar essa discussão, porém é fundamental mencionar que o golpe de Estado de 1964 representou uma forte centralização do poder sob domínio dos tecnocratas<sup>24</sup>. Em contrapartida, a título de exemplificação,

---

<sup>24</sup> Segundo Bertolli Filho, tecnocrata seria um “político ou administrador que defende políticas públicas baseadas apenas em princípios e critérios técnicos e econômicos, desprezando os aspectos sociais e políticos” (2001, p. 49).

mencionamos a questão dos concursos como forma de barrar o patrimonialismo na contratação para os cargos, empregos e funções públicas<sup>25</sup>.

No entanto, destacamos que foi somente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, em seu art. 37, que se tornou obrigatória a realização de concursos para ingresso no setor público, tornando os processos seletivos mais democráticos, reafirmando a importância da formação de um corpo técnico-profissional no setor público, assim como a tentativa da consolidação de uma política das carreiras de Estado.

Equivocadamente, a burocracia foi associada ao senso comum como sinônimo de ineficiência, com uma conotação pejorativa da administração pública. O entendimento geral é relacioná-la aos empecilhos para obtenção de documentos, ou mesmo, às dificuldades de acesso a um serviço ou atendimento público, cuja papelada, o excesso de procedimentos, a rigidez dos regulamentos, seriam suas marcas. Nas organizações oficiais esses controles administrativos teriam por objetivo evitar a corrupção e o nepotismo.

Segundo Rodrigues (2013), o modelo burocrático buscou dar caráter racional-legal às normas, propondo a impessoalidade nos relacionamentos, a padronização de rotinas e procedimentos, garantindo a previsibilidade do funcionamento dos serviços e dos atendimentos, tudo isso na tentativa de evitar os conflitos nas relações e alcançar os resultados esperados.

O modelo burocrático consiste em um modelo baseado na formalização e nos princípios da legalidade<sup>26</sup>, cuja padronização, os regulamentos e o mérito profissional - *domínio legal* -, *a priori*, evitariam o livre arbítrio e a *dominação tradicional*, tanto do direito divino da nobreza e do clero, o *domínio carismático*, quanto o das oligarquias dominantes. Com isso, seriam evitados os mandos e os desmandos daqueles que exercem funções públicas, pressupondo como resultado a igualdade nas relações pessoais, profissionais e na prestação dos serviços, tendo por base o direito administrativo.

Conforme o já referido Plano Diretor do governo Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2003), cujo ministro responsável por sua elaboração era Bresser-Pereira, podemos

---

<sup>25</sup> Cargo público. É definido como: “conjunto de atribuições, de deveres e de responsabilidades, criado por lei, com denominação própria, em número determinado, e vencimento correspondente. O cargo público é pago pelos cofres públicos e provido por concurso ou processo seletivo público. As atribuições de um cargo público são substancialmente idênticas quanto à natureza das ações, às qualificações exigidas de seus ocupantes e às responsabilidades previstas na estrutura organizacional” (BRASI, 2012a, p. 17).

<sup>26</sup> Referimo-nos aos “tipos ideais”, de Weber, a saber: *domínio legal*, *domínio tradicional* e *domínio carismático*. “Esses ‘tipos ideais’ representam um fator de inteligibilidade dos fenômenos. Se algum pesquisador em determinada sociedade desejar estudar a legitimação da autoridade poderá valer-se dos três ‘tipos ideais’ definidos por Weber como um recurso para a descrição da realidade empírica (GIL, 2008, p. 22). Este é o nosso caso, buscamos compreender melhor a dominação legal no modelo burocrático para poder analisar e explicar os processos de democratização da gestão na saúde pública propostos pela Constituição Federal de 1988.

acompanhar a seguir como era definida a burocracia pública clássica e como ela foi distorcida na história do serviço público. Vejamos:

Na burocracia pública clássica existe uma noção muito clara e forte do interesse público. A diferença, porém, está no entendimento do significado do interesse público, que não pode ser confundido com o interesse do próprio Estado. Para a administração pública burocrática, o interesse público é freqüentemente identificado com a afirmação do poder do Estado. Ao atuarem sob este princípio, os administradores públicos terminam por direcionar uma parte substancial das atividades e dos recursos do Estado para o atendimento das necessidades da própria burocracia, identificada com o poder do Estado. O conteúdo das políticas públicas é relegado a um segundo plano. A administração pública gerencial nega essa visão do interesse público, relacionando-o com o interesse da coletividade e não com o do aparato do Estado (BRASIL, 1995, p.17).

Por oportuno, a crítica ao modelo burocrático pauta-se no fato de a administração pública estar focada no interesse do próprio Estado, puramente no aparato administrativo. “Por outro lado, o controle - a garantia do poder do Estado - transforma-se na própria razão de ser do funcionário. Em consequência, o Estado volta-se para si mesmo, perdendo a noção de sua missão básica, que é servir à sociedade” (BRASIL, 1995, p.15).

As denominadas disfunções da burocracia, tais como: poder decisório distante dos municípios, inflexibilidade nos processos administrativos, excesso de procedimentos, incapacidade de lidar com situações imprevistas, estrutura rígida, com excessivo controle processual, hierarquização nas relações e falta de preparo técnico dos gestores públicos e dos gerentes dos serviços<sup>27</sup>, dentre outros pontos, prejudicam diretamente os cidadãos, assim como os próprios funcionários que atuam no aparelho do Estado.

Por causa disso, não exclusivamente, a cultura institucional do conformismo e da impessoalidade nas interações, o que contribuiria na explicação do perfil profissional de um servidor público apático, reativo às mudanças, distanciado das necessidades dos usuários-cidadãos e dos objetivos da própria administração pública.

O resultado acaba sendo um atendimento pouco eficiente e um trabalhador com baixa identificação com as demandas sociais e as preferências individuais daqueles que se utilizam dos serviços públicos. Por conseguinte, um servidor do público mais preocupado com o

---

<sup>27</sup> As definições de gestor e de gerente estão relacionadas, respectivamente à gestão e à gerência, que no SUS são compreendidas como: “*Gestão* a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde. *Gerência* como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS” (BRASIL, 2003, p. 39).

funcionamento do próprio sistema do que com os cidadãos. Nas palavras de França (1993), um servidor burocrático.

Na gestão pública, a burocracia resultou na criação de obstáculos aos processos inovadores. Segundo Bresser-Pereira: “os controles administrativos visando evitar a corrupção e o nepotismo, são sempre *a priori*. Parte-se de uma desconfiança prévia nos administradores públicos e nos cidadãos que a eles dirigem demandas” (BRASIL, 1995, p.15). Além do mais, nas palavras de Bresser-Pereira: “a administração pública brasileira, embora marcada pela cultura burocrática e regida pelo princípio do mérito profissional, não chegou a se consolidar, no conjunto, como uma burocracia profissional nos moldes weberianos” (BRASIL, 1995, p.29).

Isso se deve, em parte, também a outras distorções que no passado interferiram, e, ainda na atualidade, afetam a postura ético-profissional e o comportamento dos funcionários públicos. Exemplos do enrijecimento da burocracia pública brasileira são: a rigidez no cumprimento das regras institucionais; e a forte obediência e adesão à hierarquização do poder, resultando na despersonalização dos atendimentos, na exibição de sinais de autoridade e na superconformidade com os preceitos, o ambiente e as condições de trabalho.

No Brasil, as alterações jurídicas e sociais vêm modificando uma determinada visão na qual caberia à população assumir uma postura passiva e subalterna ao procurar um atendimento na rede pública de serviços. Talvez, ainda, um resquício do período colonial, escravocrata, com seu modelo patrimonialista de gestão no qual os usuários dos serviços públicos ocupavam a posição de não gente, mas de súditos. Em síntese, poderia se dizer que no patrimonialismo o público se confunde com o privado.

A noção de cidadania vem transformando as relações entre cidadãos, servidores e administração pública, bem como deu início a construção de uma gestão mais democrática e receptiva à participação e ao controle social, conforme o proposto no modelo de administração pública societal. “Essa gestão social é entendida como uma ação política deliberativa, na qual o indivíduo participa decidindo seu destino como pessoa, eleitor, trabalhador ou consumidor” (PAULA, 2005, p. 45). No SUS, há excelentes experiências desse modelo de gestão participativa, tendo por base o controle social e a integralidade em saúde. Obviamente, com suas contradições, seus avanços e recuos.

Por sua vez, o exercício democrático garante aos cidadãos insatisfeitos com as condições da oferta e da qualidade dos serviços prestados o direito de reivindicar, cobrando dos gestores públicos e gerentes dos serviços melhorias no atendimento às suas demandas, sejam elas individual ou coletiva: “da mesma forma que o indivíduo no papel de consumidor

exige qualidade nos produtos e nos serviços que ele usufrui, o indivíduo no papel de cidadão também se torna bastante exigente quanto aos seus direitos” (RODRIGUES, 2012, p 21).

Acrescentamos, ao comentário de Rodrigues, que os direitos da cidadania devem estar sempre atrelados aos seus deveres. No caso dos serviços públicos de saúde, educação e assistência social, apenas para citar alguns desses serviços, os cidadãos podem acompanhar, participar e integrar seus respectivos Conselhos Gestores, o que é entendido ser exemplo prático do que preconiza a gestão social.

No sentido de se afirmar uma posição com relação ao que entendemos por cidadania, é importante destacar que discordamos veementemente do enfoque tecnocrático e empresarial aplicado ao setor governamental, principalmente da visão de cidadania como consumo de mercadorias e de cidadão como cliente, tendo em vista que: “a denominação ‘cliente’ atribui à prestação do serviço público um caráter comercial” (DASSO JÚNIOR, 2014).

Defendemos que o objetivo do serviço público deveria ser atender às necessidades do cidadão. Portanto, um parâmetro para avaliar os resultados das organizações públicas de um modo geral e os serviços de saúde, em particular, seria verificar se o cidadão foi atendido em suas necessidades (BRASIL, 1995).

Retomando a discussão referente ao modelo burocrático de gestão, no período do governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, a estratégia de enfrentamento das disfunções da burocracia estatal foi a proposta de uma reforma do aparelho do Estado. Daí, a propositura do Plano Diretor, que implicou a implantação de um modelo de gestão denominado de Nova Administração Pública, também nomeado como Nova Gestão Pública (NGP), ou, nas palavras de Bresser-Pereira: “a administração pública gerencial” (BRASIL, 1995).

Segundo Abrucio (1997), a discussão dos modelos de gestão em disputa na administração pública insere-se num campo mais amplo, cuja centralidade estaria focada na reforma administrativa do Estado (ABRUCIO, 1997, p. 8). Apesar de compreendermos a importância dessa discussão, neste estudo, iremos nos deter nos aspectos que são essenciais para contextualizar a administração pública como campo de disputa de projetos ideológicos diversos, os quais, por sua vez, incidem diretamente na gestão do trabalho e na política de gestão de pessoas no SUS.

O modelo de administração gerencial tem como pressupostos: eficiência e eficácia da gestão; ênfase na qualidade e na produtividade; trabalho planejado para o atendimento de metas mensuráveis, com foco nos resultados; na descentralização do poder; na satisfação dos interesses das pessoas; na participação e no controle direto da administração pública pelos

cidadãos, assim como na profissionalização dos funcionários públicos (ABRUCIO, 1997; BRASIL, 1995; JUNQUILHO, 2004).

Os princípios esboçados pelo modelo gerencial têm sua origem no processo de reestruturação produtiva, caracterizados pela desregulamentação das relações trabalhistas e pela flexibilização do trabalho, sendo resultado da acumulação flexível do capital, o que significa menos direitos trabalhistas e maximização de lucro. Como podemos perceber, esse modelo gerencial nos parece contraditório: defende o mercado, e, ideologicamente, afirma que isso atende ao interesse dos cidadãos.

As principais críticas ao Plano Diretor do governo Fernando Henrique Cardoso referem-se, principalmente, à sua fundamentação ideológica neoliberal, considerada como ultraliberalismo por Dasso Júnior (2014). Avaliamos que tal Plano Diretor, da equipe do ministro Bresser-Pereira, mesmo sendo questionável do ponto de vista político-ideológico, contém uma análise acurada e um diagnóstico preciso dos problemas e das insuficiências do modelo burocrático. Portanto, concordamos com o diagnóstico feito por sua equipe com relação às disfunções da burocracia estatal, embora discordemos da solução apresentada pela equipe, que acabou sendo a implantação do modelo gerencial da administração pública. Nossas críticas ao Plano Diretor detêm-se na sua proposta de resolução das disfunções da burocracia com a implantação paulatina do modelo gerencial de gestão e sua ideologia neoliberal.

Aqui, também concordamos com os autores que fazem críticas ao modelo gerencial puro, cujos fundamentos são: o neoliberalismo e sua proposta de Estado mínimo. Podemos citar alguns deles, tais como: Abrucio (1997) e Dasso Júnior (2014). Porém, destacamos, de modo especial, três proposituras do Plano Diretor com as quais concordamos neste estudo, já que nos parecem medidas adequadas para contribuir com o aprimoramento da gestão na administração pública, a saber: a defesa do desenvolvimento dos gestores públicos em termos de profissionalização destes. Assim, precisam ser profissionais e não amadores. Isso na teoria, porque a prática é outra. Outros aspectos com os quais concordamos são a desconcentração do poder decisório do Governo Federal para os municípios e a qualificação dos servidores públicos, por meio das escolas de governo.

Nesse momento, torna-se oportuno apresentar o aparato legal e os propósitos dessas escolas. Porém, antes disso, é importante mencionar que o Plano Diretor previa a atuação dessas escolas de governo na capacitação dos servidores para a reforma administrativa. Essa proposição foi introduzida na Constituição Federal de 1988, por meio da Emenda Constitucional nº. 19/98, como um dos resultados do Plano Diretor. Então, vejamos a

definição e objetivos da chamada escola de governo na Constituição Federal de 1988, em seu parágrafo 2º do art. 39:

A União, os Estados e o Distrito Federal manterão escolas de governo para a formação e o aperfeiçoamento dos servidores públicos, constituindo-se a participação nos cursos um dos requisitos para a promoção na carreira, facultada, para isso, a celebração de convênios ou contratos entre os entes federados (BRASIL, 1988).

Além da definição de escola de governo dessa Constituição, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) também apresenta os objetivos dessas escolas:

As Escolas de Governo são instituições públicas criadas com a finalidade de promover a formação, o aperfeiçoamento e a profissionalização de agentes públicos, visando ao fortalecimento e à ampliação da capacidade de execução do Estado, tendo em vista a formulação, a implantação, a execução e a avaliação das políticas públicas (BRASIL, 2018a, p. 1).

A partir do preceito constitucional exarado no parágrafo 2º do art. 39, assim como na definição do INEP, anteriormente citados, é possível definir as escolas de governo como escolas de formação e aperfeiçoamento profissional. Apesar de os limites desta tese se delimitarem ao estudo do currículo do CTVS, estamos atentos também às intencionalidades e aos objetivos de uma formação profissional quando esta é desenvolvida em serviço, por meio de uma dessas escolas, como é o caso da ETSUS-SP.

Retomando a discussão quanto ao Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (1995-1998), Junquillo (2004), baseando-se nesse Plano Diretor, afirma que a reforma administrativa se fazia necessária, tendo em vista a ineficiência do Estado e a inércia na prestação de serviços, em especial no trato com o cidadão. Segundo essa visão, os funcionários públicos seriam vistos “como hostis à sociedade, detentores de privilégios e defensores de interesses particulares” (JUNQUILHO, 2004, p. 140).

Todavia, é importante contextualizar que a administração pública no Brasil foi marcada pelo autoritarismo e paternalismo nas relações, bem como pela descontinuidade na gestão, por questões político-partidárias (CARBONE, 2000), além de “estruturas altamente estáveis, que resistem de forma generalizada a mudanças de procedimentos e implantação de novas tecnologias” (PIRES; MACÊDO, 2006, p. 100).

Duas conclusões a que chegamos podem ser inferidas a partir das reflexões de Carbone (2000) e Pires e Macêdo (2006), anteriormente citadas, primeiro: os servidores, apesar de não serem as principais vítimas, também sofrem as consequências nefastas do

legado do patrimonialismo e das disfunções da burocracia estatal; segundo: a administração pública, de um modo geral, tornou-se resistente aos processos de mudança. Por conseguinte, relutante aos processos de modernização da gestão.

Nessa linha de raciocínio, concordamos com Abrucio (1997) que os princípios burocráticos, nos moldes weberianos, nunca foram implementados de fato na administração governamental brasileira. Ademais, a teoria da burocracia não pressupõe, por exemplo, o autoritarismo nas relações, tampouco a crença nas tradições. Muito pelo contrário: na burocracia clássica, o exercício da autoridade se limitaria ao que está prescrito nas leis.

Compartilhamos também da premissa que: “a burocracia como forma de dominação e a organização burocrática como estrutura organizacional de base permanecerão como referências para qualquer estilo de gestão, sobretudo no setor público” (RODRIGUES, 2013, p. 05). No presente, o acirramento das críticas ao modelo burocrático deve-se, em parte, às mudanças na relação entre o Estado e a sociedade civil, advinda, principalmente, a partir do processo de redemocratização do país iniciada na década de 1980.

É necessário agora apresentarmos uma consideração sobre a administração pública num modelo de Estado do regime militar (que rompeu com o nacional-desenvolvimentismo e o substituiu para o modelo de internacionalização da economia) e o modelo do período de redemocratização do país em 1985, consolidado na Constituição Federal de 1988. Vejamos o que afirma Abrucio:

O processo recente de reforma do Estado no Brasil começou com o fim do período militar. Naquele momento, combinavam-se dois fenômenos: a crise do regime autoritário e, sobretudo, a derrocada do modelo nacional-desenvolvimentista. Era preciso atacar os erros históricos da administração pública brasileira, muitos deles aguçados pelos militares, e encontrar soluções que dessem conta do novo momento histórico, que exigia um *aggiornamento* da gestão pública. Entretanto, a principal preocupação dos atores políticos na redemocratização foi tentar corrigir os erros cometidos pelos militares, dando pouca importância à necessidade de se construir um modelo de Estado capaz de enfrentar os novos desafios históricos (ABRUCIO, 2007, p. 68).

O modelo burocrático já se encontrava em crise antes mesmo do final do regime militar<sup>28</sup>, sendo questionado em sua capacidade de adaptação aos novos tempos, tendo em

---

<sup>28</sup> Apesar de na atualidade muitos autores e intelectuais utilizarem a expressão ditadura civil-militar. Optamos por utilizar a expressão regime militar para destacar que, além de ocupar a Presidência da República os militares, ocuparam também os cargos e os postos centrais de todas as esferas do governo. Portanto, um regime tipicamente militar. A despeito de sermos sabedores da participação de parte da sociedade civil formada pela alta burguesia e da alta classe média, grandes empresários e segmentos da Igreja Católica, que financiaram, influíram e apoiaram o Golpe de março-abril de 1964, o que ocorreu após a deposição do presidente João Goulart foi a instalação de uma ditadura militar.

vista não responder às demandas de um Estado com pretensões democráticas. Somam-se a essas críticas as alterações nas configurações geopolíticas ocorridas no mundo, as quais tiveram rebatimentos no Brasil, nos referimos aqui, notadamente, aos processos de globalização da economia. Agrega-se, inclusive, o fato de as grandes transformações tecnológicas, as novas ideias a respeito da gestão pública, assim como os novos perfis dos usuários, cujos direitos e garantias foram expressos na Constituição Federal de 1988 (ABRUCIO, 2007).

Segundo Abrucio (1997, p. 11): “foi no contexto de escassez de recursos públicos, enfraquecimento do poder estatal e de avanço de uma ideologia privatizante que o modelo gerencial se implantou no setor público”, como sendo uma alternativa à gestão burocrática. O contexto internacional dessa época foi marcado pela reunificação da Alemanha (1990) e a dissolução da União Soviética (1991).

O modelo gerencial teve seu início na Inglaterra com os conservadores ingleses, Margaret Thatcher, ex-primeira-ministra do Reino Unido (1979-1990), expandindo-se para outros países e continentes, chegando à América do Norte, com os republicanos americanos, Ronald Reagan, ex-presidente dos Estados Unidos (1981-1989); a tônica desse *novo* modelo era de viés “meramente economicista: ‘cortar custos’ como fim último” (ABRUCIO, 1997, p. 11).

Destacamos no Brasil a introdução da globalização neoliberal na década de 1990, a partir do governo do ex-presidente Fernando Collor (1990-1992), com o início das discussões a respeito das reformas administrativas do Estado. Porém, a reforma do aparelho do Estado, propriamente dita, “se tornou central e foi refinada a partir de 1995, no primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso, passando a constituir uma proposta ampla e concreta, visando mudanças inerentes em aspectos de cunho previdenciário, político e administrativo” (JUNQUILHO, 2004, p. 139).

Em relação às reformas do aparelho do Estado brasileiro é importante, neste ponto, uma breve contextualização do cenário político mundial, particularmente da chamada globalização da economia. Chizzotti, ao fazer uma apreciação das atualidades nas ciências humanas e sociais, compreende-a como um processo, ou seja, “um macrocenário complexo e multiverso, criado com a fratura do mundo geopolítico bipolar que trouxe a reconfiguração de múltiplos aspectos da sociedade [...]” (CHIZZOTTI, 2014, p. 07). Esse o período radical da Guerra Fria, do fim da 2ª Guerra Mundial (1945) à queda do Muro de Berlim (1989) e, portanto, a dissolução da União Soviética (1991). Além disso, destacamos na análise de

Chizzotti a menção à adoção da Nova Gestão Pública no bojo das transformações de caráter socioeconômico no mundo globalizado:

[É] uma nova arquitetura política do Estado, responsável, doravante, por uma economia livre, com a dissolução das fronteiras que compartimentavam os diferentes serviços econômicos, sociais, públicos e privados, permitindo a desintermediação dos agentes financeiros e a inclusão de novos prestadores potenciais de serviços privados, autorizados a utilizar, livremente, múltiplos instrumentos de mercado. Com a finalidade de debelar a crise crescente do Estado, a Austrália, Inglaterra, Nova Zelândia e Estados Unidos, depois a OCDE, adotam a **Nova Gestão Pública** com o propósito de reconstruir a capacidade institucional do Estado diante dos desafios concorrenciais dos mercados. Um dos pilares da **Nova Gestão** é entregar a prestação dos tradicionais serviços públicos, dentre os quais a educação [e a saúde], ao mercado privado, importando dele as práticas de controle financeiro, a adoção da responsabilização pessoal, organizacional e financeira, avaliados por meio dos resultados alcançados (CHIZZOTTI, 2014, p. 7, grifo no original).

O modelo da Nova Gestão Pública, conforme o exame de Chizzotti, visa alterar o modelo burocrático, bem como o papel do Estado, tendo como estratégias a implantação da gestão por resultados, a redução dos investimentos na estrutura institucional-administrativa dos serviços públicos diretos e a proposta de aumento da eficiência governamental, com a entrega das atividades não exclusivas do Estado para o mercado, por meio da contratualização de seus serviços. Nas palavras de Bresser-Pereira, a proposta é que: “o Estado reduza seu papel de executor ou prestador direto de serviços, mantendo-se, entretanto, no papel de regulador e provedor ou promotor destes, principalmente dos serviços sociais como educação e saúde” (BRASIL, 1995, p. 13).

A reforma neoliberal do Estado com a implantação paulatina da administração gerencial a partir da década de 1990 iniciou um processo de reestruturação estatal, tendo como referenciais as alterações nas dimensões: institucional-legal, econômica, cultural e gerencial. Com efeito, a repercussão foi a modificação dos valores burocráticos pelos gerenciais, assim como alterações na gestão e na execução das políticas públicas. Exemplo desse fenômeno foi a implantação dos novos mecanismos de publicização dos serviços ou de contratualização, as denominadas: Parceria Público-Privada (PPP)<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Além da administração direta no âmbito do Estado há também outras modalidades, tais como: autarquias especiais, fundações estatais de direito privado, agências executivas ou agências reguladoras, empresas públicas, dentre outras, que visam preservar o caráter público dos serviços e da gestão. Ao mesmo tempo em que introduzem maior estabilidade aos seus dirigentes, melhor capacidade de arrecadação, autonomia financeira e política de gestão de pessoas diferenciada da administração pública direta. Por outro lado, o processo de publicização ou de “gestão publicizada” implica que a gestão é exercida por entidades privadas de interesse público (PINTO, 2009, p. 177).

Segundo Abrucio (1997), nos últimos anos: “o modelo gerencial tem avançado por terrenos cada vez mais dominados pelas temáticas republicana e democrática” (p. 11). Na contemporaneidade, o modelo gerencial de gestão tem revelado aspectos de incentivo à modernização da estrutura organizacional, com apoio à implantação de métodos e técnicas gerenciais de administração, incorporando questões como *accountability*<sup>30</sup>, transparência, participação social e equidade, aspectos, que não estavam presentes quando de sua implantação na década de 1990 (ABRUCIO, 1997 p. 11). Ou seja, ausentes no modelo gerencial puro.

É necessário reconhecer e concordar com Bresser-Pereira, segundo o qual a alteração do modelo de gestão para a administração pública gerencial constituiu “um avanço e até um certo ponto um rompimento com a administração pública burocrática” (BRASIL, 1995, p. 16). Porém, também é preciso registrar que, ao se implantar o modelo gerencial, não se pode desconsiderar a base burocrática que rege o setor público brasileiro.

De certo modo, o modelo gerencial estrutura-se a partir dos princípios fundamentais da burocracia clássica, quais sejam: “a admissão segundo rígidos critérios de mérito, a existência de um sistema estruturado e universal de remuneração, as carreiras, a avaliação constante de desempenho, o treinamento sistemático” (BRASIL, 1995, p. 16), bem como a impessoalidade nos atos administrativos, o desenvolvimento dos gestores públicos e gerentes dos serviços e a qualificação profissional dos servidores públicos, ou seja, valores que persistem, embora flexibilizados.

É necessário ressaltar que o modelo gerencial mantém a estrutura organizativa do modelo burocrático weberiano, mas o capital neoliberal acrescenta a esse modelo a possibilidade de terceirização dos serviços públicos, que favorece as privatizações e o mercado. É nesse sentido que Pires e Macêdo argumentam sobre o conflito entre modelo novo e o modelo clássico. Vejamos:

No contexto das organizações públicas, a luta de forças se manifesta entre o “novo e o velho”, isto é, as transformações e inovações das organizações no mundo contemporâneo ante uma dinâmica e uma burocracia arraigadas. **As organizações públicas se deparam com a necessidade do novo tanto em aspectos administrativos quanto em políticos. Mais que isso, necessitam criativamente integrar aspectos políticos e técnicos, sendo essa junção inerente e fundamental para as ações nesse campo.** Entretanto, essa busca de forças torna-se necessária para se conduzir a uma reflexão, onde se possa obter as melhores estratégias para descrever organizações públicas capazes de atingir seus objetivos, que consistem em serviços eficientes à sociedade (PIRES; MACÊDO, 2006, p. 83, grifo nosso).

---

<sup>30</sup> *Accountability* é uma palavra da língua inglesa utilizada na área de administração e gestão de pessoas que significa responsabilidade de prestar contas, tanto aos órgãos controladores quanto aos indivíduos ou grupos organizados da população, no caso da administração pública.

Dessa forma, Pires e Macêdo (2006) chamam a atenção para a disputa no interior do setor público, ou melhor, da luta de contrários, entre o “novo”, modelos de administração pública pós-burocrática, e o “velho”, modelo burocrático estatal, destacando que o objetivo das organizações públicas é tornarem-se capazes de entregar serviços eficientes à sociedade. Segundo essa visão, em relação às instituições governamentais, para que seus resultados eficientes sejam úteis aos cidadãos é preciso que os servidores desempenhem suas tarefas de modo competente, sem perder de vista o foco nos resultados socialmente relevantes. Mas, na realidade, não são os direitos do cidadão que são a prioridade, mas o mercado, daí serem chamados os cidadãos de “clientes” e os administradores públicos de “gestores” e “gerentes”

Por outra via, a Nova Gestão Pública, ou seja, o modelo gerencial, proposto no Plano Diretor anteriormente citado, também significa a utilização de mecanismos políticos e técnicas gerenciais para redefinir o papel do Estado, a partir da redução dos recursos orçamentários para a execução das políticas sociais, com sua ênfase na proposta de maior eficiência com menor gasto. Essa é uma discussão sempre presente quando da elaboração do orçamento público, seja na instância federal, estadual ou mesmo municipal: *como fazer mais com menos*. Aragão (1997) aponta uma falha do papel do “gestor”, que, tendo em vista eficácia e eficiência, estritamente o que interessa ao mercado neoliberal é uma economia de poucos gastos públicos, ou quase nenhum, para maximização do lucro. Para Aragão,

Critérios rígidos de definição, implementação e avaliação da eficiência impediriam o afloramento dos meios naturais para o seu alcance, quais sejam, a flexibilidade e a capacidade inovativa [...] considerar a eficiência apenas sob o aspecto dos custos não necessariamente é o melhor critério (ARAGÃO, 1997, p. 120).

Dessa forma, uma das disfunções do modelo gerencial seria a criação de certa visão distorcida, um tipo de tecnocracia que comprometeria a visão de gestores e gerentes dos serviços, fazendo com que estes vislumbrassem apenas o atingimento de metas sem levar em consideração os direitos da cidadania e as consequências mais amplas de suas decisões nas vidas dos sujeitos e das comunidades, pois “a lógica econômica a todo custo pode ser incompatível com a lógica gerencial” (ARAGÃO, 1997, p. 120).

É importante destacar que inicialmente o modelo gerencial propôs uma diferenciação entre a profissionalização dos servidores públicos ocupante de cargos gerenciais e os trabalhadores operacionais. Segundo Paula (2005), com base nas propostas do extinto Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), do governo Fernando Henrique Cardoso, há uma discrepância entre a profissionalização de servidores de nível superior e os

trabalhadores operacionais. Para os primeiros, foi criada a proposta das escolas de governo, que oferecem cursos de pós-graduação. Já para os operacionais, restou-lhes a flexibilização no trabalho, podendo ser dispensados sem direitos trabalhistas e serem contratados pela iniciativa privada, o que se constata nos argumentos a seguir:

A política de recursos humanos proposta pelo MARE mantém a diferenciação entre os escalões governamentais, pois tenta fortalecer a alta burocracia por meio do projeto de contratação e formação de especialistas, e procura isentar o Estado do recrutamento, formação e qualificação dos escalões inferiores, que seriam idealmente transferidos para a responsabilidade do setor privado e não-estatal (PAULA, 2005, p. 45).

Cabe destacar que essa política de gestão de pessoas no serviço público, com a terceirização de serviços de limpeza, vigilância, transporte, manutenção de serviços e equipamentos, dentre outros, repercute na vida pessoal e profissional dos funcionários anteriormente contratados para essas funções. Os servidores estáveis passam a desempenhar novas atribuições e os não estáveis podem ser demitidos ou mesmo recontratados por meio de vínculos trabalhistas precários. No setor saúde, muitos trabalhadores, que são denominados genericamente como “Agentes”, vivenciam essa situação como é o caso dos Agentes de Combate/Controle às Endemias.

Portanto, são os servidores de níveis fundamental e médio, ou seja, os *pequenos funcionários públicos*, conforme as palavras de França (1993), justamente, aqueles que mais necessitam de qualificação e formação profissional custeadas pelo órgão empregador é que acabam sendo muitas vezes preteridos das oportunidades de profissionalização e construção de uma carreira no setor público. Retomamos essa discussão no capítulo IV (seção 4.3.1), quando será problematizado o processo de construção do programa de formação do ACE para TVS.

Apesar das incongruências presentes no processo da reforma administrativa, se fazia e ainda se faz necessário superar os resquícios do patrimonialismo, assim como as disfunções do modelo burocrático de gestão. É necessário constar de qualquer proposta de reforma administrativa a dimensão humana dos trabalhadores, bem como os aspectos éticos nas relações profissionais, visando-se alterar os processos de gestão, no desenvolvimento dos gerentes dos serviços e na qualificação e formação profissional dos servidores do público; em suas dimensões técnica, ética e política, pois para se modificar uma cultura organizacional é preciso também transformar os indivíduos. Desse modo, valorizando os funcionários públicos e reconhecendo sua relevância no processo de implementação das políticas públicas e na

efetivação da equidade social, há uma incongruência na reforma administrativa do Estado, por meio desse Plano Diretor, uma vez que a Constituição Federal de 1988 não é contemplada a rigor, porque o plano beneficia as altas hierarquias da administração em detrimento dos servidores públicos de médio e baixo escalão na hierarquia desse Estado. Segundo Abrucio, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, com seu modelo gerencial contraditório se disseminou pelos estados e municípios daí o termo “governos subnacionais”:

Bresser se apoiou numa idéia mobilizadora: a de uma administração voltada para resultados, ou modelo gerencial, como era chamado à época. A despeito de muitas mudanças institucionais requeridas para se chegar a este paradigma não terem sido feitas, houve um ‘choque cultural’. Os conceitos subjacentes a esta visão foram espalhados por todo o país e, observando as ações de vários governos subnacionais, percebe-se facilmente a influência destas ideias na atuação de gestores públicos e numa série de inovações governamentais nos últimos anos (ABRUCIO, 2007, p. 72).

Porém, do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado em vigor do governo Fernando Henrique Cardoso até o tempo delimitado neste trabalho, ou seja, período de 2010 a 2016, período este que delimitamos para este estudo, foi insuficiente ao não ter dimensionado dois graves problemas: primeiro, os efeitos deletérios do recrutamento e provimento dos cargos em comissão de livre nomeação e exoneração: os “DAS” (cargos de Direção e Assessoria Superior)<sup>31</sup>, cujas indicações políticas fragilizam o desenvolvimento institucional, a gestão de pessoas e a execução das políticas públicas, enfraquecendo a burocracia meritocrática do alto escalão (ABRUCIO, 2007) e mantendo o que há de pior do patrimonialismo e do fisiologismo na administração pública: o clientelismo do tipo *toma lá, dá cá*. Segundo, o fato de não se ter levado em consideração a pluralidade da cultura brasileira e da administração pública nacional (JUNQUILHO, 2004).

Em relação à pluralidade cultural da administração pública, o Plano Diretor desconsiderou a diversidade das experiências na gestão pública brasileira, apresentando a ideia de que um novo paradigma pudesse substituir por completo o anterior, ou seja, que o modelo da administração gerencial poderia suplantar por completo o modelo burocrático, o que até o presente momento não se mostrou verdadeiro. Autores da área da administração pública: Abrucio (1997, 2007), Cavalcante; Camões (2015), Dasso Júnior (2014), Junquilha

---

<sup>31</sup> Mas Bresser-Pereira (1996) discorda de que os DAS sejam um problema na administração pública, para ele esse é mais um dos “mitos burocráticos” (p. 13). O ex-ministro argumentou, em 1996, que a maior parte dos DAS, no nível federal, eram ocupados por servidores públicos concursados e que a ocupação de cargos de direção e assessoramento corresponderiam a um sistema informal de carreira, “constituindo-se em uma espécie de carreira muito mais flexível e orientada para o mérito profissional” (p. 16). Nossa vivência no setor público municipal faz com que discordemos dessa visão, tendo em vista que as indicações por motivações político-partidárias se sobrepõem à competência profissional na ocupação dos DAS. Independentemente, de tratar-se de funcionário concursado ou não.

(2004) compreendem esse processo da cultura organizacional administrativa de modo bem mais complexo e heterogêneo ao invés de uma lógica sequencial ou linear. De acordo com Pinto, em se tratando da área da administração pública:

A literatura revista aponta como lacuna desconsiderar que formas diferentes de gestão podem conviver na mesma macroestrutura burocrática, configurando um padrão heterogêneo de administração pública, onde em determinados setores, pode-se encontrar ainda em vigência práticas patrimonialistas, em outros a existência de uma burocracia 'weberiana' e, em outros, tentativas de introdução da 'administração pública gerencial'. (PINTO, 2009, p.184).

Concordamos com Pinto (2009) que diferentes práticas de gestão podem conviver na mesma macroestrutura burocrática. Os autores consultados apontam um padrão heterogêneo ao invés da noção de sucessão de modelos de gestão, tal como foi proposto no Plano Diretor. A partir da análise dialética e sócio-histórica, bem como pela vivência profissional no setor público municipal, acreditamos que seria um erro afirmar que um modelo de gestão sucede completamente o outro e assim sucessivamente. Concordamos com a proposição da existência de um padrão heterogêneo de administração pública. Porém, de fato, o que se percebe na gestão do setor saúde é uma evolução, que, conforme as leis da dialética, em especial a passagem da quantidade à qualidade, significa que:

A *evolução* manifesta-se pelas mudanças que sofre o objeto sem que afetem sua estrutura essencial. As mudanças referem-se a traços que não alteram o objeto no que ele é, no que ele representa. Estas mudanças, inclusive, podem ser qualitativas, mas de aspectos isolados do objeto, da formação social material [...]. A evolução significa, simplesmente, manter a continuidade do desenvolvimento da formação material (TRIVIÑOS, 1987, p. 151, grifo no original).

A noção de heterogeneidade na condução da gestão pública teria por objetivo tentar abarcar e explicar as inúmeras experiências de gestão que estão em andamento na administração pública, o que também vem sendo denominado de administração pública pós-burocrática, cujo intento publicamente declarado seria desburocratizar as estruturas formalmente centralizadas, rígidas e hierarquizadas, visando aumentar a eficiência e a eficácia da gestão. Por outro lado, há também interesses políticos e econômicos, oficialmente não declarados, que, no caso do setor saúde, implicam, principalmente, a destinação dos recursos públicos (prédios, insumos e verbas) para a iniciativa privada, por meio da terceirização dos serviços de saúde pública.

O modelo burocrático provou-se ineficiente, além de sua pouca abertura ao controle social. De outra forma, com o modelo gerencial pretendeu-se aperfeiçoar a gestão pública, por

meio do uso de ferramentas gerenciais oriundas do setor privado. Porém, ressaltamos que os princípios e os valores da Nova Gestão Pública se encontram alinhados com a ideologia neoliberal, o que significa, grosso modo, imposição de limites orçamentários para a expansão das políticas públicas e redução da estrutura institucional-administrativa, em conformidade com a ideologia do Estado mínimo.

O modelo gerencial, com base em Abrucio (2007) e Junquillo (2004), naqueles aspectos considerados mais alinhados com a efetivação dos direitos da cidadania, propõe o enfrentamento das disfunções da burocracia, dentre outras propostas, apontando o caminho da descentralização do poder decisório, da participação e do controle dos cidadãos da administração pública, do desenvolvimento dos gerentes e da qualificação e formação profissional dos servidores do público, o que demanda atualização dos instrumentos gerenciais e capacitações permanentes dos servidores. No caso da saúde pública, é necessária tal atualização dos trabalhadores do SUS e dos gerentes dos serviços assistenciais.

Quanto às atividades de desenvolvimento de competências profissionais<sup>32</sup> no SUS, ou seja, treinamentos, cursos e programas de qualificação, elas estão inseridas numa área técnica do Ministério da Saúde, que vem sendo denominada de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que tem como fundamento os princípios da PNEPS, que, ao invés de ações pontuais de capacitação, têm na educação permanente dos trabalhadores seu mote de atuação.

Por sua vez, por volta de meados de 1980, no processo de redemocratização, movimentos populares de saúde juntamente com grupos acadêmicos de ensino, pesquisa e extensão foram construindo os princípios e as diretrizes do SUS, que, contrariamente ao modelo gerencial, buscaram fortalecer o compromisso dos legisladores e dos gestores públicos com a ampliação das políticas sociais e a efetivação da cidadania; visando garantir maior autonomia para que os gerentes dos serviços de saúde pudessem cumprir os preceitos constitucionais, inovando os processos de gestão, obviamente, sem perder de vista o foco das necessidades dos cidadãos, da equidade, dos mecanismos de participação e controle social.

As experiências de gestão participativa construídas no horizonte do setor saúde, particularmente no SUS, aproximam-se do modelo de administração pública societal, que visa transformar o aparelho do Estado, alterando os modos como se estabelecem as relações entre sociedade civil e administração pública (PAULA, 2005). Há pontos de aproximação e

---

<sup>32</sup> No SUS, *competência profissional* é entendida como: “capacidade de articular e de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade, em uma dada situação concreta de trabalho e/ou em um determinado contexto cultural” (BRASIL, 2012a, p. 18). A discussão a respeito da competência profissional será realizada no capítulo V (seção 5.3.2), quando discutiremos o modelo das competências profissionais no processo de ensino na área da saúde.

distanciamento entre os modelos burocrático, gerencial e societal. Questões que serão mais bem desenvolvidas quando se analisar o modelo de gestão proposto na legislação do SUS, bem como seus rebatimentos na política de educação permanente dos trabalhadores de saúde.

Enfim, tendo por base a categoria contradição, podemos ir concluindo que a reforma do aparelho do Estado está envolta em um movimento de *conservação* e *evolução* ao mesmo tempo. Ou seja, uma relação dialética entre grupos que querem conservar privilégios e outros que querem conquistar direitos. Nesse embate, presente/passado, que explica algumas das características atuais da administração pública brasileira, vale dizer, o modelo burocrático, apesar de suas disfunções ganhou novo fôlego com a Carta Constitucional de 1988, o que também impôs uma limitação às reformas administrativas e aos avanços neoliberais da década de 1990.

Assim com essa Constituição, a incorporação de representantes da sociedade civil na condução das políticas públicas por meio dos seus respectivos Conselhos de Gestão vem possibilitando a construção de um modelo de gestão mais democrático e participativo, tal como preconizado no modelo da administração pública societal. Sob outra perspectiva, a Carta Magna de 1988 se tornou também um entrave para inovar, com o “enrijecimento burocrático extremo”<sup>33</sup> (BRESSER-PEREIRA, 1996, p. 3) dos processos de gestão na administração pública. Portanto, podemos verificar uma disputa entre o modelo de Estado neoliberal e o da social-democracia fundante este da Constituição intitulada “Cidadã”, de 1988.

Por outra via, a Constituição Federal de 1988 representou a pactuação do consenso possível entre as forças sociais em disputa quando do processo de redemocratização do país. Conquistas e limites, os quais permitiram que uma nova *imagem-objetivo*<sup>34</sup> fosse almejada para a saúde pública, assim como foi o caso da Reforma Sanitária brasileira, esta culminando com a proposição dos princípios e das diretrizes do SUS que, conseqüentemente, reformularam a política de recursos humanos no setor saúde, dando origem à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e redefinindo os objetivos da formação em serviço destinada aos trabalhadores do SUS.

---

<sup>33</sup> Necessitamos contextualizar a frase de Bresser-Pereira: “Em síntese, o retrocesso burocrático da Constituição de 1988 foi uma reação ao clientelismo que dominou o país naqueles anos, mas também foi uma afirmação de privilégios corporativistas e patrimonialistas incompatíveis com o *ethos* burocrático. Foi, além disso, uma conseqüência de uma atitude defensiva da alta burocracia, que, sentindo-se acuada, injustamente acusada, defendeu-se de forma irracional” (BRESSER-PEREIRA, 1996, p. 10). Daí o porquê da síntese: *enrijecimento burocrático extremo*.

<sup>34</sup> Imagem-objetivo é: “uma forma de indicar (ainda que de modo sintético) características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes (ou predominantes)” (MATTOS, 2004, p. 1.411).

### 3.2 Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo: modelo heterogêneo de administração

A Constituição Federal de 1988 deu início a um processo de descentralização do poder decisório. Foi por meio de dispositivos infraconstitucionais que se tornou mais efetivo à União viabilizar os pactos interfederativos, visando garantir o apoio técnico e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros às unidades da federação para execução das funções públicas constitucionalmente definidas a cada ente federado. Coube, principalmente, aos municípios, a responsabilidade pela execução direta das políticas sociais. Esse processo foi denominado de municipalização. No SUS, o processo de municipalização da saúde<sup>35</sup> vem cumprindo o papel de operacionalizar a descentralização do poder decisório da esfera federal para os municípios.

A SMS é o Órgão Gestor do SUS no município de São Paulo, sendo a “responsável pela formulação e implantação de políticas, programas e projetos que visam promover, proteger e recuperar a saúde da população” (SÃO PAULO, 2012c, p. 4). No Plano Municipal de Saúde 2010/2013, constam quatorze orientações estratégicas. Optamos em citar apenas três, as quais estão relacionadas diretamente com a temática deste estudo, a saber:

**8) Qualificar a Gestão e integrar as áreas técnicas; 9) Fortalecer a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde e o desenvolvimento dos trabalhadores no âmbito da SMS; 10) Proteger e promover a saúde da população e suas gerações futuras por meio de um conjunto de atividades, ações e serviços em Vigilância em Saúde (SÃO PAULO, 2012c, p. 4, grifo nosso).**

As metas estratégicas do Plano Municipal de Saúde (2010/2013) referem-se, respectivamente, ao desenvolvimento da gestão; à educação permanente em saúde ou à denominada: educação na saúde; e às vigilâncias em saúde. Assuntos que serão discutidos ao longo deste estudo. O Plano Municipal de Saúde 2010/2013, segundo seus autores, procura dar “continuidade ao processo de planejamento e contempla todas as áreas da atenção à saúde, visa à integralidade e a universalidade da atenção [...] tem como princípio o contínuo aperfeiçoamento e a consolidação do SUS na Cidade [de São Paulo]” (SÃO PAULO, 2012c, p. 4).

O processo de municipalização do SUS implicou trazer como consequência inúmeras alterações governamentais. Na base dessas transformações está o próprio papel do Estado na organização, na eficiência e no aumento do grau de resolutividade dos serviços públicos na

---

<sup>35</sup> O processo de municipalização da saúde teve como instrumento de regulação a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS), especificamente as NOB-SUS 001/93 e NOB-SUS 001/96.

execução da política de saúde. De modo consequente, a proposta é alterar o modelo burocrático de gestão, tornando a gestão da saúde mais eficiente.

A partir da reforma administrativa do Estado e das alterações na gestão pública iniciadas na década de 1990, proposições, por vezes antagônicas no campo da saúde pública, vêm disputando espaço no enfrentamento das disfunções da burocracia estatal e na gestão da política de saúde pública:

Paralelamente ao debate em torno da descentralização/municipalização, desenvolveu-se um processo heterogêneo de incorporação de outras propostas gerencialistas no âmbito do SUS, entre as quais a proposta de transformação da gestão de organizações públicas e a criação de agências executivas e reguladoras na área social: ANVISA e ANS (PINTO, 2009, p.184).

Segundo Pinto, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 1999 e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 1998, são algumas das expressões das propostas gerencialistas no SUS. A autora também menciona que há propostas de alteração da gestão dos serviços públicos de saúde. Nesse ponto, a estudiosa está se referindo aos processos de contratualização dos serviços públicos.

A contratualização da prestação dos serviços na área da saúde pública por intermédio de Organizações Sociais de Saúde (OSS) significa a terceirização dos serviços assistenciais de saúde. Na prática, é um modelo que concorre com as políticas de investimento e desenvolvimento da gestão direta dos serviços públicos, bem como com a qualificação profissional dos servidores públicos.

Em princípio, seria possível afirmar que optar por investir esforços em processos de terceirização ou investir na qualificação dos serviços públicos diretos poderia ser considerado como proposições antagônicas. Porém, conforme discutido na seção anterior, é possível a convivência de um padrão heterogêneo de administração pública na mesma macroestrutura (PINTO, 2009, p. 184). Esse é o caso da gestão do SUS no município de São Paulo: um modelo heterogêneo de gestão pública no qual é possível identificar práticas burocráticas, gerenciais e de gestão social, sendo implementadas ao mesmo tempo pela equipe gestora da SMS.

Aqui, compreendemos que a centralidade da administração pública deve estar no alcance do bem-estar, da justiça social, do acesso universal e da garantia da equidade nos atendimentos e nos serviços prestados. Valores que não podem ser mensurados apenas pelo viés econômico, quantitativo e administrativo. Retomaremos esta análise com relação aos

direitos sociais para a saúde pública, quando da discussão dos princípios e das diretrizes do SUS.

Neste estudo, a ênfase recai sobre a formação técnica em vigilância em saúde ofertada aos servidores públicos que exercem a função de Agente de Combate a Endemias. Porém, não é possível desconsiderar as alterações na gestão da saúde pública no município de São Paulo. Ou seja, a terceirização dos serviços de saúde atuou como um contexto determinante no processo de formação profissional dos ACEs para TVSs, bem como interferiu na prática exercida por docentes e coordenadores do curso, tendo em vista as incertezas provocadas pelo avanço do processo de publicização dos serviços de saúde na Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP).

Neste passo, começamos a demonstrar na prática os interesses do capital neoliberal nas instâncias da SMS, iniciando o processo da implantação das OSS na PMSP, denominado pelos gestores da SMS de *modelo de Contrato de Gestão*, com início na administração do prefeito Gilberto Kassab, de 2006 a 2012 e continuada depois por Fernando Haddad (2013 a 2016), João Dória Júnior (2017 a 2018) e Bruno Covas (2018 - até o momento)<sup>36</sup>.

A SMS vem paulatinamente aumentando o quantitativo dos serviços da Atenção Básica e da Rede Hospitalar de Urgência e Emergência, os quais estão sendo terceirizados para a administração de diferentes OSS<sup>37</sup>. Essas alterações no modelo de gestão estão na prática cotidiana das Unidades de Saúde fragmentando a execução da política de saúde pública e dificultando a implementação dos programas de assistência e das ações de vigilância em saúde que estão em andamento no município, concorrendo com o cumprimento dos princípios e das diretrizes do SUS, o que afeta, diretamente, tanto os cidadãos como os servidores públicos.

Acrescentamos que, notadamente na SMS, o convívio de diferentes culturas organizacionais não significa eliminação de conflitos. No caso, a oposição se dá entre a cultura administrativa dos serviços assistenciais de saúde da rede pública direta e aqueles gerenciados pelas OSS. Isso significa que a convivência no interior do SUS não vem se dando sem oposição, conflitos e resistências; uma luta em torno de valores, princípios e ideais a

---

<sup>36</sup> É preciso mencionar que os processos de terceirização dos serviços de saúde da SMS tiveram início na administração do prefeito José Serra (2005 a 2006), com a criação das AMAs (Assistência Médica Ambulatorial), cuja formalização processual ocorreu por meio da celebração de um Termo de Convênio entre a SMS e as instituições de saúde de direito privado.

<sup>37</sup> “Os Hospitais Municipais próprios distribuem-se em: um da administração direta, onze administração indireta pela Autarquia Hospitalar Municipal, cinco administrados em contratos de gestão com Organizações Sociais. O Município conta ainda com o Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM), cujo Pronto-Socorro atende a população em geral” (SÃO PAULO, 2010a, p. 110).

respeito de qual deve ser o modelo de gestão a ser implementado no município de São de Paulo.

A partir das proposições dos estudiosos da área da gestão pública, especificamente, Abrucio (1997, 2007) e Bresser-Pereira (1996), compreendemos que o desenvolvimento da administração pública, não exclusivamente, está atrelado à qualificação profissional dos servidores do público. Assim, se pode inferir que o currículo do CTVS teve como objetivo responder aos interesses da administração pública municipal, especialmente, aos objetivos e às metas do Plano Municipal de Saúde da SMS.

De outra parte, o modelo de gestão da SMS correspondia, à época da realização do CTVS, a um padrão heterogêneo com manutenção da burocracia, a implantação paulatina de ferramentas e estratégias gerenciais oriundas do setor privado, com o aumento das terceirizações dos serviços de saúde. Por outra via, em obediência a legislação do SUS, também houve a implantação de princípios da administração pública societal, por meio de práticas de gestão participativa. Além disso, por fim, é significativo registrar que a SMS está inserida em uma macroestrutura burocrática maior que é a própria Prefeitura do Município de São Paulo.

### **3.3 Modelos de administração pública e perfil de competência profissional dos servidores do público**

Nesta seção, retomaremos apenas alguns dos aspectos principais dos modelos de gestão na administração pública, tendo em vista que já foram anteriormente discutidos na seção inicial deste capítulo. A proposta é analisar os conhecimentos, as habilidades, as atitudes e os valores que são desenvolvidos pelos servidores públicos, a partir dos objetivos dos principais modelos de administração pública: patrimonialista, burocrático, gerencial e societal.

De forma muito breve, destacamos do patrimonialismo, a confusão entre os bens e os valores públicos e privados; da burocracia, a normatização racional e impessoal, a autoridade legal, a hierarquização do poder e a despersonalização das relações, com a padronização de rotinas e procedimentos; do modelo gerencial, a definição clara de objetivos, a ênfase na qualidade, na produtividade e na eficiência, a descentralização do poder e o trabalho planejado para o atendimento de metas mensuráveis, com foco nos resultados; da administração pública societal, salientamos sua contribuição na construção de políticas públicas mais abertas à participação social dos cidadãos.

A partir dessa síntese, podemos compreender que os currículos dos cursos de formação profissional desenvolvidos no âmbito do SUS, sejam eles de treinamentos de curta duração ou de cursos técnicos, como foi o caso do CTVS, quando organizados e propostos pela administração pública, no caso da SMS, deveriam, ou ao menos se espera, estar alinhados aos objetivos definidos nas metas de governo, por conseguinte, coerentes com os princípios do modelo de gestão adotado pela administração.

Portanto, vem daí a importância de serem compreendidas as características e as influências que os modelos de administração pública imprimem às concepções de profissionalização e de competência profissional a serem desenvolvidas pelos agentes públicos, tendo em vista que cada modelo de gestão expressa visões de mundo diferentes quanto ao papel, à função e ao desempenho esperado dos servidores públicos.

Contudo, é preciso cautela nessa análise, pois conforme Batistella (2009, p. 110), “é impossível atribuir a uma única perspectiva teórica um conjunto unificado de valores e atitudes que configuram um determinado perfil identitário”. Posto isto, apresentaremos algumas das características, ou seja, os conhecimentos, as habilidades, as atitudes e os valores que cada um dos modelos de gestão desenvolvidos na administração pública imprime e espera desenvolver nos servidores públicos.

No patrimonialismo, o *funcionário patrimonial* confunde os interesses do Estado com seus próprios interesses pessoais, *personalizando* sua função pública em benefício próprio ou de sua corporação profissional. Já na burocracia, o trabalhador deveria desempenhar um papel de autoridade legal e ser valorizado por seu mérito profissional, mas, na prática, torna-se um *servidor burocrático*.

No modelo gerencial, o trabalhador deveria desempenhar um papel de gerente, de líder ou de colaborador. Porém, no serviço público: *manda quem pode e obedece quem tem juízo*, pois quem manda, de fato, são os administradores políticos, aqueles indicados para ocupar os cargos em comissão de livre provimento, os DAS. “No Brasil, os trabalhadores de organizações públicas sempre necessitaram possuir habilidades diplomáticas nas suas relações de trabalho, para não provocarem divergências com a administração pouco competente dos gestores” (PIRES; MACÊDO, 2006, p. 94).

Por outro lado, o *pequeno servidor público*, aquele que na estrutura hierárquica é apenas um *Barnabé*<sup>38</sup>, e que, portanto, deveria simplesmente acatar e obedecer às ordens de

---

<sup>38</sup> Barnabé é um apelido dados aos servidores públicos. “O título tornou-se sinônimo de funcionário público, principalmente daquele servidor mais humilde, de vida apertada, ‘que ganha só o necessário pro cigarro e pro café’” (MORAES, 2017, p. 1).

seus superiores, na prática nem sempre o faz desse modo, porque na cultura organizacional da administração pública, mas não apenas, sempre há espaço para se valer do *jeitinho brasileiro*, pois “nas organizações públicas, são as relações de estima e os jogos de influência os verdadeiros indicadores de poder no Brasil” (PIRES; MACÊDO, 2006, p. 94).

Já em relação à administração pública societal caberia ao servidor do público, além do desempenho de suas atribuições, garantir e viabilizar os canais de participação popular, com foco na gestão democrática e participativa. No jargão da saúde pública, usa-se a expressão *militante da saúde* para designar todos aqueles comprometidos com a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Portanto, nesse modelo, o servidor público deveria assumir um papel de defensor, ou melhor, de um profissional militante da saúde pública pelas condições de trabalho e engajamento social dos trabalhadores do SUS.

Ainda, retomando algumas ideias já apresentadas a respeito dos modelos de gestão, podemos inferir que as práticas profissionais desenvolvidas pelos servidores que atuam na SMS possuem tanto a potência para reproduzir, quanto para transformar a cultura da administração pública e, assim, suas próprias práticas de trabalho. Em síntese: os trabalhadores da SMS estão inseridos em uma cultura organizacional que oscila entre o discurso de se *innovar* (a administração pública e a si mesmo) e o desejo de se *conservar* (as práticas tradicionais e a si mesmo), tendo na legislação a principal balizadora dessa dialética conservação/evolução.

Segundo Wanderley (1980), ao analisar quem é o sujeito que inova, com base no conceito de inovação de Everett M. Rogers, no terreno da teoria da difusão das inovações, esclarece que: “nos sistemas onde prevalecem as normas tradicionais, os indivíduos dificilmente se orientam para a mudança. Nos sistemas sociais com normas modernas [...] há uma atitude positiva para a mudança” (WANDERLEY, 1980, p. 40). Em certa medida, essa seria uma explicação plausível de o porquê das resistências às mudanças por parte dos agentes públicos, acrescentando, assim, novo elemento à argumentação anteriormente realizada (seção 3.1), quando questionávamos o motivo da reatividade dos servidores aos processos de mudanças e evolução na administração pública.

O modelo de administração pública presente na SMS possui características de todos estes modelos: o patrimonialista, o burocrático, o gerencial e o da administração societal, apresentando um padrão heterogêneo, que repercutiu na visão de administração pública, de servidor público, de saúde pública, de vigilância em saúde, de currículo, de educação permanente em saúde, de processo de trabalho como princípio educativo, de competência profissional, de integralidade em saúde e de educação profissional técnica em saúde.

Concepções que concorreram na construção do perfil de competências do TVS e, por conseguinte, do currículo do CTVS, conforme os depoimentos de seus coordenadores para este estudo, depoimentos estes que serão analisados no capítulo VI.

Encerramos este capítulo destacando que, na análise do currículo do CTVS, torna-se fundamental levarmos em consideração a cultura organizacional própria da administração pública, assim como, no caso específico da Secretaria Municipal da Saúde, seu modelo heterogêneo de gestão e as metas do Plano Municipal de Saúde e as determinações político-administrativas que incidiram sobre características particulares ao modo e à forma como se deu a construção e a execução do CTVS, no período de 2010 a 2016, que delimitamos para análise neste estudo.



#### 4 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SABERES PROFISSIONAIS E PRÁTICAS INSTITUCIONAIS

Entende-se que a experiência não é apreendida para ser repetida simplesmente e passivamente transmitida, ela acontece para migrar, recriar, potencializar outras vivências, outras diferenças. Há uma constante negociação para que ela exista e não se isole. Aprender com a experiência é, sobretudo, fazer daquilo que não somos, mas poderíamos ser, parte integrante de nosso mundo. A experiência é mais vidente que evidente, criadora que reprodutora. É a partir da experiência que temos as bases de uma ética particular e concreta, em que a obra e vida se nutrem sem se reduzirem uma a outra. A partir dela a ética seria o desdobramento da politização dos sujeitos em suas lutas e conquistas no presente, no mundo em que vivemos (Roseni Pinheiro, *Integralidade como princípio do direito à saúde*).

Iniciamos este capítulo com a apresentação da construção do conceito de saúde, na sequência discutiremos os antecedentes do SUS, limitando-nos a retroceder ao ano de 1975, quando foi instituído o Sistema Nacional de Saúde, antecessor do atual sistema. A proposta é apresentarmos a origem do SUS como resultado de um complexo e intrincado processo sócio-histórico e político de organização social em torno da questão da saúde.

Devido à abrangência e à complexidade em que o SUS se transformou ao longo das últimas três décadas, faz-se necessário realizar um recorte temático. Neste estudo, o SUS será abordado em três aspectos. Primeiramente, serão problematizados sua origem, seus princípios doutrinários e suas diretrizes organizacionais; a seguir, as vigilâncias do campo da saúde; ambas as dimensões que serão tratadas neste capítulo. O terceiro enfoque que, nesta tese, está intimamente articulado com os outros dois primeiros, é o SUS enquanto ordenador da formação de recursos humanos para o setor saúde, o que será discutido no próximo capítulo.

Dado isso, finalizamos apresentando a estrutura administrativa das vigilâncias em saúde no município de São Paulo, com destaque para a Covisa e as Suvis. Nesse sentido, analisaremos na prática concreta do SUS não só as mediações, mas também as contradições entre o modelo de gestão implementado na SMS e o projeto democrático e participativo representado pelos princípios e diretrizes do SUS instituídos pela Constituição Federal de 1988. Enfim, saberes profissionais e práticas institucionais que determinaram o modo como o currículo do CTVS foi modelado pelos profissionais de saúde da SMS.

#### 4.1 As múltiplas dimensões do conceito ampliado de saúde

Na contemporaneidade, compreendemos que convivem no Brasil diferentes sistemas de explicação dos modos de se manter a saúde, assim como de se adoecer, aliviar a dor e cuidar dos doentes. Essas definições são importantes porque resultam em determinadas expectativas em relação à formação dos profissionais de saúde, à gestão dos serviços de assistência, aos atendimentos realizados e ao próprio sistema de saúde; isso tanto por parte daqueles que o utilizam e se dedicam à sua defesa, quanto por parte daqueles que nele trabalham ou que nele virão a atuar.

*A trajetória da saúde pública: do mágico ao social*, parafraseando Scliar (2005), foi um percurso difuso e ao mesmo tempo profícuo no qual é possível identificar elementos explicativos e práticas de cuidado, que têm sua origem em um passado longínquo, de tempos imemoriais da história da humanidade, e que ainda se fazem presentes no cotidiano, tais como: a *concepção mágico-religiosa da doença e da saúde*.

Ao longo da história da humanidade, tendo como foco a produção do mundo ocidental, identificam-se concepções e estruturações com fundamentos: religioso, filosófico, científico e empírico, os quais buscaram definir e explicar o que é a saúde. Mas, afinal, o que é saúde? Segundo Scliar,

Conceituar saúde é um problema que só surgiu há pouco tempo: e surgiu exatamente em razão das necessidades de planejar ações de saúde individuais ou coletivas. Quando de sua fundação, a Organização Mundial de Saúde (OMS) formulou o seguinte conceito: ‘Saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidade’. Esse conceito (que entrou em vigor em 7 de abril de 1948 – desde então data mundial da saúde) consta de duas partes, separadas pelas palavras ‘e não apenas’. A segunda parte precede historicamente a primeira: é provável que, no passado, as pessoas se contentassem simplesmente com a ausência da enfermidade, com o fato de não estarem doentes. Xavier Bichat (1771-1802), grande médico francês, dizia que a saúde é o ‘silêncio dos órgãos’. Porque a doença se faz ouvir. Manifesta-se subjetiva – sintomas – e objetivamente – sinais. Sinais e sintomas podem-se agrupar em conjuntos: síndromes (SCLIAR, 2005, p. 93).

O conceito de saúde, apresentado e clarificado por Scliar, foi formulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, após o fim da Segunda Guerra Mundial. Naquela época, foi considerado um avanço, apesar de seu caráter ufanista, muitas vezes associado mais a uma definição de felicidade do que de saúde. As principais críticas a esse conceito são devido ao fato de introduzir à noção de saúde: *o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social*, algo praticamente inatingível e intangível. É por esse motivo que muitos estudiosos e profissionais da área preferem compreender tal conceito de saúde mais

como uma utopia, uma *imagem-horizonte* (SCLIAR, 2005), do que como uma conceituação de saúde.

É um conceito que também é explicado como se fosse um *modelo biopsicossocial*, ou seja, que compreende o processo saúde-doença-cuidado a partir de três dimensões complementares: fatores biológicos (genéticos, imunológicos etc.), fatores psicológicos (personalidade, comportamento etc.) e fatores sociais (familiares, culturais, socioeconômicos, acesso aos serviços de saúde etc.). Seu maior mérito foi ter superado, no sentido marxiano de superação, ou seja, incorporando e avançando, o modelo biomédico, no qual a doença era explicada puramente por fatores anátomo-fisio-patológicos do hospedeiro (humano ou animal) e do agente etiológico (vírus, bactéria, protozoário etc.).

A definição de saúde da OMS, modelo biopsicossocial, não favorece, utilizando-se o questionamento de Almeida Filho (2011, p. 12): “transmigrar dos níveis individual-singular aos níveis coletivo-social da saúde”, tampouco propõe o estabelecimento de parâmetros para sua operacionalização e mensuração. No entanto, serviu para ampliar o conceito, agregando aportes das ciências sociais e humanas à noção de saúde, contribuindo, desse modo, na identificação da saúde pública como um campo de saber interdisciplinar, ou mesmo, transdisciplinar.

Entretanto, foi na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde,<sup>39</sup> realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, no documento denominado: Carta de Ottawa, que foram sistematizados os fatores determinantes e condicionantes da saúde, os quais são considerados os pré-requisitos para se obter o *completo bem-estar biopsicossocial*. São eles: “paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (BRASIL, 2002, p. 20). A avaliação dessas condições e fatores para se alcançar e se manter a saúde passaram a compor o modelo da Promoção da Saúde<sup>40</sup>, que pode ser compreendido como:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação

---

<sup>39</sup> O Movimento “Saúde Para Todos no Ano 2000” foi iniciado pela OMS, a partir da Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão. A partir dessa primeira conferência outras se seguiram, de caráter internacional/global, respectivamente em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Buenos Aires (2007) e outras de caráter sub-regional: Bogotá (1992), Port of Spain (1993), Suíça (1998) e São Paulo (2002). Para conhecer os relatórios finais dessas conferências indicamos o livro: *As cartas da promoção da saúde* (BRASIL, 2002).

<sup>40</sup> Utiliza-se Promoção da Saúde com as iniciais em maiúsculo para designar o modelo da Promoção da Saúde em diferenciação à expressão promoção da saúde, cujo sentido literalmente seria *promover a saúde*, tanto individual, quanto coletiva.

no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. **A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver.** Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. **Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global** (BRASIL, 2002, p. 19, grifo nosso).

O modelo da Promoção da Saúde representa uma inovação à definição e à explicação do processo saúde-doença-cuidado ao propor o conceito ampliado de saúde. De acordo com tal conceito, *a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver.* Esta conceituação é o resultado do acúmulo no modo como a humanidade no seu percurso histórico vem compreendendo e explicando a relação entre a saúde, a doença e o cuidado. De um modo geral, os seres humanos buscaram por meio de crenças e práticas, científicas ou não, e, ainda hoje continuam procurando prevenir as doenças e os riscos à saúde, assim como tratar e curar seus enfermos.

Na atualidade, já se reconhece a múltipla determinação social da saúde, que caracteriza os diferentes modos de se viver, adoecer e ter acesso aos meios de tratamento e de cura. Na sociedade capitalista, a divisão em classes exacerba as diferenças sociais e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde por parte das parcelas economicamente mais vulneráveis da sociedade, ou seja, a maioria da classe trabalhadora nos países periféricos desse sistema econômico que mantém uma profunda exploração do mundo do trabalho, cujos trabalhadores passam a depender, em sua maioria, exclusivamente dos serviços públicos de saúde.

Dessa forma, profissionais, coordenadores de projetos, gerentes e gestores do SUS, bem como os formadores dos atuais e novos profissionais de saúde necessitam não só compreender a dimensão social que está envolta no processo saúde-doença-cuidado, assim como os interesses políticos e econômicos em disputa quando da definição dos objetivos e dos recursos orçamentários destinados às políticas sociais.

Desse modo, pode-se afirmar que a construção de uma proposta curricular no campo da saúde pública implica tanto considerar sua organização e gestão as múltiplas dimensões do conceito ampliado de saúde, quanto a responsabilidade de elaborar currículos que possam auxiliar o desenvolvimento do pensamento crítico, para que os profissionais de saúde em formação inicial ou permanente possam vir a posicionar-se, técnica e criticamente, com relação aos objetivos, às práticas e às finalidades do SUS.

## 4.2 Sistema Único de Saúde: origem, princípios doutrinários e diretrizes organizacionais

Na literatura em saúde pública consultada neste estudo, em Mattos (2004), Mercadante (2002), Paim (2009) e Pinto (2009) e em nossa própria experiência profissional, foram possíveis identificar inúmeras mazelas que justificaram a necessidade de revogação da Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispôs sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS), que esteve em vigor no período de 1975 a 1988 e antecedeu o SUS<sup>41</sup>. Numa breve síntese, tendo como eixo e referência o relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS)<sup>42</sup>, de 1986, destacam-se, cinco características daquele modelo assistencial:

- 1) Modelo burocrático e centralizador: as decisões eram tomadas nos centros de poder sem levar em consideração as diversidades territoriais, o perfil sócio-sanitário e epidemiológico dos estados e municípios, bem como as necessidades de saúde e os interesses dos indivíduos e das comunidades;
- 2) Modelo autoritário: não era permitida a participação da sociedade civil na formulação da política de saúde, bem como no monitoramento dos serviços, tampouco havia transparência na utilização dos recursos públicos;
- 3) Modelo facilitador de fraudes: os prestadores de serviços eram remunerados por procedimento. O resultado era uma superprodução de consultas, internações e cirurgias, as quais não eram realizadas, mas eram faturadas. Além das irregularidades no controle da rede conveniada de prestadores de serviços de saúde, também havia a malversação dos recursos públicos;
- 4) Modelo segmentado: as ações eram descoordenadas e segmentadas, resultando em baixa resolutividade e baixa produtividade dos serviços de saúde, tendo em vista a separação entre as ações de prevenção de doenças (saúde pública) e ações da assistência médico-hospitalar (medicina previdenciária), o que, na prática, representava uma duplicidade de meios para fins idênticos. Segundo Mattos, “tal arranjo não favorecia a melhoria da saúde da população” (MATTOS, 2004, p. 1.413);

---

<sup>41</sup> Há estudos referentes à assistência à saúde e aos sistemas de saúde no Brasil que remontam ao período do Império. Indica-se o trabalho de Mercadante (2002).

<sup>42</sup> A VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada em Brasília, no período de 17 a 21 de março de 1986. Contou com a participação de mais de 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados. Foram realizados 135 grupos de trabalho: 38 de delegados e 97 de participantes. Um processo que garantiu a efetiva participação de quase todas as instituições que atuavam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos. Devido à grande representatividade na participação e o intenso processo democrático, a VIII CNS tornou-se um marco na história das Conferências Nacionais de Saúde (BRASIL, 1987).

- 5) Modelo limitado em relação ao ensino em serviço: inadequação do ensino técnico e do ensino médico às necessidades da população e à realidade social do país, cuja educação profissional e a educação continuada<sup>43</sup> estavam centradas nos hospitais universitários e de ensino, baseadas na concepção *curativista* e *hospitalocêntrica* (PINTO, 2009, p.171), assim como no modelo biomédico de ensino<sup>44</sup>, com “inadequada formação de recursos humanos tanto em nível técnico quanto nos aspectos ético e de consciência social, associada à sua utilização em condições insatisfatórias de remuneração e de trabalho” (BRASIL, 1987, p. 385).

O SNS estava estruturado em um não-sistema de saúde. De um lado, ações de saúde pública, ainda, fundamentadas no modelo sanitarista-campanhista<sup>45</sup>, as quais estavam ligadas ao Ministério da Saúde; do outro, o modelo médico-assistencial, centrado na assistência médica, no hospital e no saber clínico, o qual estava subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, sob a responsabilidade do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS.

A saúde pública visava abranger toda a população com ações dirigidas à coletividade e ao meio ambiente, com especial atenção dada às regiões Norte e Nordeste do país, devido, principalmente, à proposta de controle das doenças endêmicas, por meio das ações do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Nos casos de hanseníase, tuberculose, dentre outras doenças transmissíveis, assim como nas situações de transtornos mentais, ainda era um recurso possível a internação compulsória em sanatórios ou hospitais psiquiátricos.

Por outra via, tinha direito à assistência médica previdenciária apenas a classe trabalhadora vinculada ao mercado de trabalho formal, ou seja, com carteira de trabalho assinada. As famílias abastadas e as pessoas de posses eram assistidas em casa ou em consultórios, por médicos particulares. Também havia uma classe social formada pelos menos afortunados e desvalidos da sorte: os indigentes, como, à época, eram denominados os pobres

---

<sup>43</sup> No SUS, educação continuada é o processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele (BRASIL, 2012a, p. 19).

<sup>44</sup> O modelo biomédico de ensino será tratado mais à frente no capítulo V (seção 5.3.3), em contraposição à proposta da integralidade em saúde como diretriz norteadora da formação para o SUS.

<sup>45</sup> Na primeira metade do século XX, com destaque para Era Vargas, as operações de combate às doenças possuíam um caráter estratégico de campanha militar. O modelo *sanitarista campanhista* era fundamentado na autoridade exercida pela polícia sanitária que podia utilizar a força para fazer cumprir as imposições legais. Na prática, a saúde era mais uma questão de polícia do que uma questão social (PAIM, 2009, p.29). Retomar-se-á esse ponto, ainda neste capítulo, na Seção 4.3, quando se discutirá a trajetória das vigilâncias em saúde.

e aqueles que dependiam da caridade, da filantropia e da assistência ofertadas pelas Santas Casas de Misericórdia.

O SNS era centralizador e corruptor. No mais, ainda estava dividido na esfera federal entre duas estruturas ministeriais, o que acarretava maior dispersão dos recursos. “Estudo realizado no interior do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), descrevia o sistema de saúde brasileiro daquela época com seis características: insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente, ineficaz” (PAIM, 2009, p. 38), resultando em sua maior debilidade.

Apenas para exemplificar o caos administrativo do antigo sistema de saúde, o SNS, que, como referido, vigorou de 1975 a 1988, ou seja, ainda no período do regime militar até a Constituição Federal de 1988, havendo em algumas regiões do país a sobreposição de Unidades de Saúde, sob gestão federal, estadual e municipal, cuja finalidade de nível de atendimento era a mesma, enquanto em outros entes da federação não havia nenhum serviço público de saúde. Ou seja, havia municípios desassistidos, com baixa ou nenhuma cobertura de saúde. Também havia o reforço da separação entre as áreas técnico-profissionais da saúde pública, da assistência médica hospitalar de urgência e emergência.

O que podemos destacar das considerações de Mercadante é que, apesar do SNS do regime militar ter sido insuficiente na organização e na gestão de um sistema público de saúde, mesmo assim, ele ainda representou um avanço. Vejamos estas ponderações de Mercadante:

A despeito de suas limitações, a chamada Lei do SNS pode ser reconhecida como um passo adiante. Não só por se tratar da primeira tentativa concreta para racionalizar o sistema, dentro dos limites permitidos no contexto político então vigente, como por representar o reconhecimento oficial de algumas das imperfeições na organização do sistema há muito apontadas por estudiosos do setor (MERCADANTE, 2002, p. 241).

A partir de todas essas críticas acima expostas quanto à ineficiência na gestão do antigo sistema de assistência à saúde e retomando as discussões realizadas no capítulo III, quanto aos modelos de gestão empregados na administração pública, pode-se sintetizar que o SNS estava “à mercê de uma burocracia mais propensa a exigências do que à eficiência” (MERCADANTE, 2002, p. 254). Posto isso, reconhece-se também que do ponto de vista histórico o SNS representou uma evolução ao tentar integrar os antigos subsistemas de saúde<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> “Há estudos que reconhecem, desde o início do século XX, a formação de três subsistemas de saúde no Brasil vinculados ao poder público: saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária. Desde as suas

De outra parte, é importante reafirmar que o antigo SNS era um modelo assistencial segregacionista, discriminatório e excludente. O atendimento universal ainda que limitado se restringia aos casos de emergência. Na verdade, parte significativa da população ficava desassistida, não tendo o direito ao acesso às ações e aos serviços públicos de saúde, o que, em certa medida, contribuía para aprofundar as históricas desigualdades sociais e regionais existentes no país.

Quanto às inadequações do SNS em relação às ações de educação no trabalho, essa questão será discutida no próximo capítulo quando não apenas se discutirá a oferta da educação profissional técnica no SUS, assim como a ordenação da formação de recursos humanos para o setor saúde, conforme as determinações da Constituição Federal de 1988.

Na relação capital X trabalho no país, nem sempre a saúde foi vista como direito social. Historicamente, a área de saúde oscilou entre os âmbitos da assistência particular, muitas vezes financiada com verbas públicas, e o assistencialismo caritativo.

A reflexão marxiana vai caminhando, *articulada* com os elementos que emergem do real, sem deixar nada de fora: o aqui, o agora, o antes, o daqui a pouco. Nessa concepção, o *passado* não é *passado* (como em uma cronologia), mas *é a gênese do presente*. De fato, não são todos os passados que interessam: há passados que são *determinantes*, constitutivos, que estão presentes na força do objeto: cada momento tem seu próprio passado, de modo que a dialética presente/passado *é* resultado da indagação sobre os próprios dados e se coloca à medida em que interessa na busca da *gênese* dos elementos do presente estudado (BAPTISTA, s/d [a], p.34, grifo no original).

Apropriando-nos da análise de Baptista, entendemos que é na dialética presente/passado que se originou o SUS. É importante salientar que o SUS nasce com a marca da negação da negação dos direitos que haviam sido negados ao povo brasileiro durante o regime militar. Os princípios e as diretrizes do SUS são o resultado das críticas ao antigo modelo assistencial de saúde brasileiro, o SNS de 1975.

Historicamente, foi em 1986, nessa VIII CNS, que o chamado Movimento da Reforma Sanitária brasileira teve seu maior êxito<sup>47</sup>. Os participantes e os delegados reunidos na VIII CNS conseguiram o consenso necessário para em plenária aprovar o relatório final, que, ao mesmo tempo em que apontava as falhas e as insuficiências do SNS, propunha

---

origens, tais subsistemas percorreram caminhos paralelos, de forma relativamente autônoma e respondendo a pressões distintas” (PAIM, 2009, p.30).

<sup>47</sup> O Movimento da Reforma Sanitária brasileira surgiu na década de 1970, na luta contra o regime militar, tendo a saúde e a democracia como suas bandeiras. Estruturou-se nas universidades, com a participação de professores e estudantes dos cursos na área da saúde, contando também com a participação dos movimentos populares e sindicais. Os temas das discussões tinham como foco a integralidade, a descentralização e a universalização da saúde. Suas propostas resultaram na universalidade do direito à saúde oficializado na Constituição Federal, com a criação do SUS. Para conhecer mais, consultar: Brasil (2006) e Paim (2008).

recomendações para sua alteração. Note-se que na conjuntura econômica, social e política, o país está saindo do regime militar, com o início do processo para realização de uma Assembleia Constituinte. Nesse sentido, esse processo democrático fervilhava em todas as áreas.

O relatório final da VIII CNS foi organizado em três grandes eixos: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial (BRASIL, 1987). Naquele documento, fruto de uma grande construção coletiva, por meio de uma “sólida aliança política” (MERCADANTE, 2002, p. 246) e ampla participação social, estão contidas as proposições do conceito ampliado de saúde, da noção de sistema universal público, dos princípios e das diretrizes, os quais viriam a fundamentar o novo sistema de saúde<sup>48</sup>.

De certo, foi na VIII CNS que o SUS foi concebido, em 1986. Porém, foram os deputados reunidos em Assembleia Nacional Constituinte que ratificaram suas recomendações<sup>49</sup>. A seção II - *Da Saúde*, da Constituição Federal de 1988, é fruto desses subsídios, bem como do resultado dos consensos possíveis entre os grupos de interesses contrários. No processo democrático, o caminho que as ideias podem seguir tem a potência de equilibrar e ao mesmo tempo desequilibrar as relações de poder nos quais os grupos em disputa no âmbito das classes sociais fundamentais da sociedade capitalista brasileira tentam ganhar a hegemonia.

Daí a importância do regime democrático, não só para conquistá-lo, mas também para mantê-lo. E Pedro Demo, a seguir, detalha a sua importância e já aponta para a questão ideológica para a conquista e a preservação da hegemonia. Vejamos:

[A dialética] é a lógica da abertura, sobretudo das aberturas históricas. Assim, se não podemos extirpar a desigualdade social da história humana, podemos inventar a democracia, que, por certo, não elimina o fenômeno do poder – nisso é estrutural –, mas domestica-o, civiliza, administra. Assim, tomando como exemplo o fenômeno do poder, tem sua estrutura e sua história. Em sua estrutura, o fenômeno do poder manifesta sempre traços recorrentes, sua lógica por assim dizer, ou seja, a clivagem entre um lado que manda mais e outro que obedece mais. Se isso não ocorrer não há poder. Em sua história o poder é frágil, precisa da ideologia para firmar-se, camuflar,

---

<sup>48</sup> Em âmbito nacional não poderíamos deixar de mencionar que anterior ao relatório final da VIII CNS o documento: *A questão democrática na área da saúde*, apresentado no “I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, [no qual] o Cebes [Centro Brasileiro de Estudos de Saúde] formulou, pela primeira vez, a proposta do SUS, justificando um conjunto de princípios e diretrizes para a sua criação” (PAIM, 2009, p. 40). Porém, antes mesmo da apresentação do documento do Cebes, em 1967, uma tentativa frustrada do Ministério da Saúde já havia tentado implantar “alguns dos princípios, que hoje regem o SUS, tais como a universalização da assistência, a regionalização dos serviços e a integração entre serviços preventivos e de assistência individual” (MERCADANTE, 2002, p. 241).

<sup>49</sup> Os deputados constituintes sofreram forte influência dos membros do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, bem como dos participantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (MERCADANTE, 2002, p. 251).

convencer e mentir. Aí podemos mudar tudo, dentro das circunstâncias dadas e da lógica do poder. Não há poder que dure para sempre, e todo dia precisa restaurar-se contra os que também o querem (DEMO, 2000, p. 106).

Pedro Demo ao explicar o fenômeno do poder, segundo a perspectiva dialética, demonstra que o processo histórico possui movimento e que o poder não dura para sempre. O SUS é resultado da disputa pelo poder quando do processo de redemocratização do país vivido na década de 1980. Foi uma reação de força, por parte da sociedade civil organizada que, contrapondo-se à discriminação na assistência à saúde, à centralização administrativa, ao autoritarismo nas relações interpessoais e à segmentação do antigo SNS, enfim, da desigualdade social existente no acesso aos serviços de saúde, propôs *civilizar o poder* de forma democrática.

O principal objetivo do SUS é atender às necessidades dos cidadãos, com equidade: “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196). O SUS representa uma conquista ao imprimir na Carta Magna a noção de saúde como direito da cidadania e dever do Estado.

Isso significa que o texto constitucional incorporou em sua definição o conceito ampliado de saúde, relacionando-o com uma nova propositura de desenvolvimento nacional para além das noções exclusivamente de cunho economicista. As Leis Orgânicas da Saúde (Leis nsº. 8.080/1990 e 8.142/1990)<sup>50</sup>, especificamente a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, explicita em seu art. 3º os elementos que determinam e condicionam a saúde individual e coletiva:

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. 1990a).

A partir da sanção das Leis Orgânicas da Saúde, em 1990, o processo saúde-doença-cuidado passa a ser compreendido oficialmente, conforme os pressupostos do modelo da Promoção da Saúde. Nesse cenário, os princípios e as diretrizes do SUS buscam garantir o

---

<sup>50</sup> A Lei 8.080/90 foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, ou seja, 21 anos depois de sua sanção presidencial. Destacamos que as Leis Orgânicas da Saúde vêm sendo alteradas por novas leis e decretos ao longo desses últimos 30 anos. Para conhecer mais sobre as legislações do SUS, consulte o site oficial do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

acesso universal, igualitário e gratuito às ações e aos serviços públicos de saúde, por meio da sua não vinculação à contribuição previdenciária; à descentralização do poder, por meio da municipalização, da intersetorialidade e da participação social, bem como da unificação da política de saúde pública à da assistência médica, visando à integralidade do cuidado como forma de superação da antiga fragmentação na assistência à saúde<sup>51</sup>.

De modo efetivo o art. 198 da Constituição Federal: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, 1988). Daí o nome Sistema Único de Saúde, que é um sistema, que é: “Organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização com direção única em cada esfera do governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (BRASIL, 1988).

As bases doutrinárias do SUS, conforme os artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988 são: universalidade do acesso, equidade e atenção integral à saúde. As diretrizes organizacionais incluem a regionalização, a hierarquização e a descentralização, com direção única em cada esfera de governo, garantindo a participação dos cidadãos na gestão. É um modelo que preconiza a gestão social, a partir da implantação de conselhos participativos, tais como: o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Gestores das Unidades de Saúde, espaços públicos de controle social da gestão do SUS.

Aos motivos que justificaram a municipalização dos serviços de saúde agrega-se a necessidade de fortalecer a efetivação do controle social local por parte dos sujeitos, usuários (não necessariamente) dos serviços assistenciais públicos, pois, de fato, são nos municípios que as pessoas moram, ou melhor, que se esforçam para viver a integralidade da vida, com dignidade e saúde para exercer sua cidadania.

No SUS, o controle social significa participação da comunidade organizada “nas instâncias máximas de tomada de decisões em saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 42), como no caso do Conselho Municipal de Saúde. Segundo Mercadante (2002, p. 251), a inclusão da participação da comunidade na gestão pública foi uma das mais importantes inovações introduzidas pela Assembléia Nacional Constituinte em 1988, propiciando a criação de diversos mecanismos de articulação entre esferas de governo e de participação e controle social sobre as políticas públicas.

---

<sup>51</sup> Por oportuno é importante destacar que a Constituição Federal de 1988, em seu art. 199, permitiu que a assistência à saúde fosse livre à iniciativa privada. Portanto, na prática, continua existindo no Brasil mais de um sistema de serviços e ações de saúde. Esse subsistema privado de saúde é denominado de *Sistema de Assistência Médica Supletiva* (Sams), sendo regulado, fiscalizado e controlado pelo poder público.

Como se observa, o SUS é fruto da redemocratização do país e da realização do que está formalizado na Constituição Federal de 1988, embora o início da sua ruptura, em favor das privatizações, do governo Collor na década de 1990, já tente fazer valer o neoliberalismo com sua política de Estado mínimo e assim, de privatizações.

A implementação do SUS começa nos anos 1990, com o interregno do Governo Collor, contemplando a formulação de normas e estratégias de mudança em dois grandes eixos: **a mudança de gestão do sistema e a mudança do modelo de atenção à saúde**. A reforma da gestão incluiu a unificação da condução política do sistema, através da incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde, a descentralização, através da municipalização induzida pelas Normas Operacionais Básicas 001/93 e 001/96 e a busca de democratização das decisões através da criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. A mudança do modelo de atenção à saúde, baseada nos princípios da integralidade, universalidade e equidade, foi desencadeada com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família, a partir de 1994 (PINTO, 2009, p.183, grifo nosso).

O SUS começa a ser implantado nos anos de 1990, em um momento ainda de resposta da crise econômica da década de 1980<sup>52</sup>, ou seja, o início da implementação do neoliberalismo em que o “campo capitalista” foi sendo rearticulado por suas elites e repensado em escala mundial, com os governos Ronald Reagan (Estados Unidos) e Margaret Thatcher (Reino Unido).

Por causa disso, a proposta de implantação do modelo gerencial no Brasil e as mudanças organizacionais que foram sendo implementadas no sistema de saúde público brasileiro por conta das propostas mais gerais da Reforma Administrativa e da redefinição do papel do Estado. Ou seja, nesse Estado do capital neoliberal “ao discurso sobre participação e democratização sobrepõe-se a preocupação com racionalização e eficiência”<sup>53</sup> (PINTO, 2009, p.182), da lógica neoliberal do fim das políticas públicas. Verificamos que Pinto destaca que, quando o SUS estava sendo implantado, também estava sendo colocado em prática o projeto do Estado mínimo.

Nesse sentido, a autora supracitada, evidencia que o discurso dos dirigentes políticos foi substituído pelo dos tecnocratas, cujos conteúdos estavam baseados na economia sanitária e na administração gerencial. “Neste cenário, a Reforma Sanitária enfrenta – e compartilha – as propostas de reforma setorial, ao tempo em que enfrenta e compartilha as propostas mais

---

<sup>52</sup> Serviram como estratégias-ponte para se chegar ao SUS: as Ações Integradas de Saúde – AIS e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (PAIM, 2009, p. 41).

<sup>53</sup> No serviço público *eficiência e eficácia* adquirem sentido próprio. “*Eficácia*: princípio por meio do qual o agente público procura exercer suas atribuições, visando garantir a execução dos serviços essenciais para o exercício pleno da cidadania. *Eficiência*: princípio constitucional por meio do qual se exigem resultados positivos e atendimento satisfatório das necessidades da população” (BRASIL, 2012a, p. 20, grifo nosso).

gerais de Reforma do Estado” (PINTO, 2009, p.183). Paim (2009) auxilia nessa reflexão sobre o sistema de saúde público ao resgatar o processo histórico da evolução do sistema brasileiro de saúde:

Considerando o desenvolvimento histórico da organização sanitária que antecedeu o SUS, podemos afirmar, de um modo esquemático, que o Brasil exibiu uma proteção social incipiente, uma espécie de assistencialismo exclusivo ou modelo residual, até a década de 1920. A partir dos anos 1930, adotou o seguro social para os trabalhadores urbanos e, depois da Constituição de 1988, vem tentando implantar a seguridade social, a partir da qual foi concebido o SUS. Na realidade, porém, ainda se vê no Brasil atual uma mistura dos três tipos de proteção social (residual, seguro social e seguridade social), com consequências negativas para o desenvolvimento do SUS e para a consolidação de uma cidadania plena (PAIM, 2009, p. 41).

Por outro lado, os militantes pela causa da saúde, mesmo sabedores dos limites da administração pública e de um sistema público de saúde, vislumbram a ideia-força de uma nação democrática e solidária para seus concidadãos, uma sociedade na qual indivíduos e pessoas jurídicas, todos, pudessem contribuir para fortalecer a seguridade social, garantindo por meio do recolhimento de tributos e pagamento de impostos os recursos necessários para implementação do SUS: “um sistema de saúde de caráter universal e de natureza pública” (PAIM, 2009, p. 65).

A proposta do SUS nasceu das lutas da sociedade civil organizada no que tange à classe trabalhadora por direitos sociais e não de governos ou partidos políticos. Por certo, vem daí a compreensão da saúde como um direito da cidadania, ou seja, uma conquista social, com base no princípio da dignidade da pessoa humana. Os objetivos do SUS visam à prevenção das doenças, dos perigos, dos agravos e riscos; a recuperação, a reabilitação e a promoção da saúde individual e coletiva. Enfim, visa à saúde para todos sem distinções.

A definição das atribuições do SUS faz parte do ideário do Movimento da Reforma Sanitária brasileira, dos debates na VIII CNS e dos trabalhos da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, criada pelo Ministério da Saúde, no segundo semestre de 1986, em atendimento às propostas da VIII CNS. Somam-se, ainda, os embates e as disputas na Assembleia Nacional Constituinte, os consensos que levaram à promulgação da Constituição Federal de 1988 e a sanção da legislação orgânica do SUS. Momentos emblemáticos, que denotam que a construção do campo de atuação do SUS faz parte de um longo processo histórico de lutas, recuos e conquistas sociais (VELTRI, 2014, p. 14).

No momento presente, o SUS já conseguiu superar as principais distorções do antigo SNS, conforme esboçado na síntese apresentada no início desta seção. Mattos (2004) destaca a descentralização do poder decisório e o controle social como sendo suas principais

mudanças, esclarecendo que o acesso universal no SUS representou a superação das “barreiras formais que limitavam o acesso apenas aos que contribuíam para a previdência social” (MATTOS, 2004, p. 1.412), o que representou, de fato, uma grande conquista de direitos.

Ainda se faz preciso superar obstáculos que dificultam o acesso aos serviços de saúde, obstáculos estes que impedem que os indivíduos possam ser atendidos em suas necessidades de saúde na proximidade de suas residências, com rapidez e *humanização no atendimento*<sup>54</sup>, em cumprimento aos princípios de universalização e descentralização da assistência. De outro lado, programas, projetos e ações desenvolvidas; enfim, as experiências locais, estão demonstrando a capacidade transformadora dos princípios e das diretrizes do SUS.

Com a institucionalização do SUS, mediante a lei 8.080/90, deflagrou-se um processo marcado por mudanças jurídicas, legais e institucionais nunca antes observadas na história das políticas de saúde do Brasil. Com a **descentralização**, novos atores incorporam-se ao cenário nacional, e esse fato, junto à **universalidade do acesso aos serviços de saúde**, possibilitou o **aparecimento de ricas e diferentes experiências locais centradas na integralidade** (PINHEIRO, 2008, p. 256, grifo nosso).

Mais adiante, no capítulo V, serão problematizadas as potencialidades criadoras do princípio da integralidade tanto na atenção à saúde, quanto na formação dos profissionais de saúde. Não obstante, ainda analisando o SUS enquanto sistema público de saúde se faz necessário reconhecer que persistem as dificuldades organizacionais e de gestão, assim como problemas na infraestrutura das Unidades de Saúde e na prestação dos serviços de saúde. Até porque uma sólida democracia ainda está por ser conquistada e preservada, portanto a necessidade das lutas pela sua manutenção, já que a democracia é um regime ainda em construção e o SUS não foge a essa lógica.

Portanto, o SUS é um sistema ainda em construção. Porém, não é possível subestimar o conteúdo político presente na administração pública. Apesar de suas insuficiências, o SUS representou uma inovação em todas as áreas, apenas a título de exemplo, mencionam-se: o programa nacional de imunizações, o sistema nacional de transplantes, as ações de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e tratamento da aids, o controle do sangue e dos hemoderivados, e também as inovações na política de educação permanente em saúde.

---

<sup>54</sup> No SUS, a Política Nacional de Humanização (PNH) tem por objetivo estimular “a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si”. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/233-sas-raiz/humanizausus/13-humanizausus/8608-quem-somos>>. Acesso: 5 de set. de 2017.

Programas e ações de saúde publicamente reconhecidos como bem-sucedidos, tanto no Brasil quanto no exterior.

O principal desafio do atual sistema de saúde é enfrentar o “subfinanciamento público da saúde no custeio e, especialmente, no que tange aos investimentos, que se fazem necessários para a expansão da rede federal, estadual e municipal” (PAIM, 2009, p. 129)<sup>55</sup>. Um desafio que para ser enfrentado demandará maior organização da sociedade civil para novamente disputar o poder decisório sobre a questão da saúde pública e do próprio SUS.

Segundo Pinto (2009 p.186), a incorporação das propostas gerencialistas na administração pública somadas às “especificidades dos processos políticos em cada país”, especificamente, os processos políticos partidários, imprimiram características próprias aos sistemas públicos de saúde. Além disso, no caso brasileiro, acrescentam-se as especificidades do jogo político partidário em cada uma das instâncias subnacionais, nos estados e nos municípios, o que interfere diretamente na gestão da política de saúde e, conseqüentemente, na prestação dos serviços de saúde.

Ainda, segundo Pinto (2009 p.186), “no contexto brasileiro, especificamente, a incorporação dessas propostas de reforma à administração pública inscreve-se no processo histórico de redefinição das relações entre elites dirigentes e burocracias públicas no Brasil”. À vista disso, é preciso reforçar a compreensão que o SUS é uma política de Estado e, como tal, vem sofrendo a oposição dos setores mais conservadores da sociedade, tal como as influências da ideologia neoliberal, com suas propostas de redução das responsabilidades do Estado para com o sistema de proteção social.

Ademais, não se pode deixar enganar, pois o aparelho de Estado não pode prescindir de estrutura administrativa adequada, legislação específica para o setor saúde e quadro técnico capacitado para efetivar o propugnado pela Constituição Federal de 1988. Portanto, não são apenas as alterações administrativas, por mais fundamentais que elas sejam para aperfeiçoar qualquer sistema de saúde, inclusive o combate aos desvios e à corrupção, os únicos modos de enfrentar os problemas do SUS, cujo subfinanciamento e a ideologia neoliberal são seus principais opositores.

Em contrapartida na administração pública, especificamente no Poder Executivo, à época de vigência do CTVS (2010-2016), estavam em andamento propostas e ações de

---

<sup>55</sup> Apesar da questão do financiamento do SUS não ser foco da nossa discussão, faz-se necessário, mesmo que a título de menção, citar a promulgação da Emenda Constitucional nº 95, de 15/12/2016, que altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por 20 exercícios financeiros, impondo limites individualizados para as despesas primárias de cada um dos três Poderes, do Ministério Público da União e da Defensoria Pública da União. Na prática, essa medida representou o congelamento dos gastos públicos com o SUS.

reformas administrativas, com potencial para suplantar, em parte, as fragilidades e disfunções da gestão burocrática, conforme anteriormente discutido no capítulo III. Há também normatização infralegal, por meio das Portarias do Ministério da Saúde, que visam instruir a aplicação das leis e dos regulamentos do SUS. Por outras vias, o Poder Judiciário, o Ministério Público e o Poder Legislativo vêm intervindo no setor saúde<sup>56</sup>.

A denominada judicialização da saúde<sup>57</sup> é um exemplo do conflito entre o cumprimento do princípio da integralidade da assistência do cuidado e os limites orçamentários do sistema público de saúde. No Poder Legislativo, as emendas parlamentares, assim como as alterações nos dispositivos legais vêm também afetando o setor. A sanção de novas leis e decretos, ora representam avanços, ora retrocessos, na efetivação do direito ao acesso integral à saúde. Contradições, que explicitavam a disputa pela hegemonia do projeto de sociedade a ser implementado no Brasil no período de 2010 a 2016.

Em relação às disputas de poder quanto ao papel do Estado frente às responsabilidades orçamentárias instadas pela Constituição Federal de 1988 para a manutenção do sistema público de saúde, acredita-se que somente as forças democráticas reunidas em movimentos sociais, sindicais e políticos partidários poderão aglutinar esforços para rearticular o Movimento Sanitário, para fazer frente às atuais propostas neoliberais de Estado mínimo. Daí a importância da união das instâncias de organização popular, conforme ressalta Paim a seguir:

Acreditamos que é hora de superar o discurso ufanista em defesa do SUS e reconhecer que ele só poderá melhorar, ganhando apoio da população, quando as antigas e novas lideranças do Movimento Sanitário, na sociedade e no governo, se solidarizarem com o(a) cidadão(ã), com necessidades e demandas no cotidiano de suas vidas, e iniciarem um processo de transformação consequente, orientado por dois princípios: a) intransigência e combate a todas as formas de iniquidades: b) centralidade do(a) cidadão(ã) no cuidado e atenção ao usuário(a) do SUS. Ao afirmarmos o caráter civilizatório da Reforma Sanitária estamos entendendo que, por meio desse processo de transformação da sociedade e do Estado brasileiro, seremos capazes de alcançar um patamar civilizatório no qual as relações sociais e as políticas sejam regidas pelo primado da justiça social (PAIM, 2009, p. 139).

---

<sup>56</sup> Entende-se que o setor saúde não aglutina somente instituições públicas, mas também instituições privadas, da sociedade civil, instituições de educação em saúde e de pesquisa em saúde, assim como entidades prestadoras de serviços de água e saneamento. As instituições do setor saúde, em conjunto, conformam um sistema nacional de saúde cuja modalidade organizativa e operativa depende da organização política e administrativa de cada país em particular (ENSP/ Fiocruz). O setor saúde também engloba a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), além do próprio SUS. Fonte: Site da Escola Nacional de Saúde Pública –ENSP, da Fiocruz. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/>

<sup>57</sup> Judicialização da saúde refere-se à busca do Poder Judiciário ou do Ministério Público para obtenção de medicamentos não incluídos na Renome (Relação Nacional de Medicamentos) ou mesmo de tratamentos não ofertados pelo SUS.

Apropriando-nos das recomendações da VIII CNS fica evidente que: “[...] as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional” (BRASIL, 1987, p. 381). Conforme se expôs anteriormente, concordamos plenamente com essa afirmativa, pois é preciso avançar para além das reformas administrativa e financeira, para muitas outras reformas.

Porém, passaram-se mais de trinta anos da VIII CNS. Hoje, o SUS é uma política de Estado. Muitas mudanças para aperfeiçoá-lo já ocorreram e outras ainda são necessárias. Em seu cerne consta um determinado conceito de saúde que tem como fundamento a saúde como direito de cidadania. Entretanto, o movimento histórico é dinâmico e contraditório. Os modos como são idealizadas as políticas públicas e sua correspondente ação institucional sofrem alterações ao longo do passar dos anos devido às circunstâncias políticas, técnicas e sociais.

No entanto, a legislação do setor saúde, de um modo geral, não acompanha as transformações sociais, tampouco pode estar a serviço de interesses corporativistas e conservadores, sejam eles de determinadas categorias profissionais, ou mesmo, dos representantes do *complexo produtivo da saúde*<sup>58</sup>. Faz-se necessário reafirmar que saúde é direito de todos e dever do Estado, conforme inscrito na Constituição Federal de 1988.

De modo conseqüente, a Reforma Sanitária brasileira não pode ser concebida como um processo acabado com a conquista do SUS constitucional. É preciso que novos atores sociais entrem em cena para reforçar o campo democrático-popular, disputando poder contra os interesses de mercantilização da saúde, com suas propostas de redução da participação do Estado nos gastos orçamentários com o sistema de seguridade social, aí incluído o SUS. O mais adequado seria compreender a Reforma Sanitária como um movimento contínuo e dinâmico na defesa da saúde como direito à vida<sup>59</sup>.

---

<sup>58</sup> A expressão *complexo produtivo da saúde* ou *complexo médico-industrial* busca englobar as indústrias farmacêuticas, de produtos e equipamentos médico-hospitalares, que, apesar de não fazerem parte do sistema de saúde, nele diretamente interferem.

<sup>59</sup> Essa conclusão está embasada nos documentos que compõem os Pactos pela Saúde, de 2006. “O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social”. Fonte: Site oficial do Conselho Nacional de Saúde. Disponível: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/>>. Acesso em: 10 nov. 2017.

### 4.3 As vigilâncias do campo da saúde: tradição, evolução e desafios

Esta seção tem por objetivo apresentar as vigilâncias do campo da saúde, destacando alguns dos seus marcos históricos, sua evolução, suas atribuições legais, seus principais conceitos e seus desafios na contemporaneidade. Serão apenas mencionados: os processos de trabalho, a organização administrativa e os sistemas nacionais de vigilância em saúde. Não serão abordadas as tecnologias: métodos, técnicas, processos, instrumentos e os sistemas de informação em vigilância em saúde. Tampouco serão analisadas as diretrizes para os repasses e financiamento das ações e programas, tendo em vista que essas discussões se distanciam em demasia do objetivo deste estudo, que é a análise crítica do currículo do CTVS.

Dentre as inúmeras definições de vigilância em saúde, escolhemos dar destaque à definição do Ministério da Saúde, a qual é utilizada no SUS e que define vigilância em saúde como:

Conjunto de práticas contínuas e articuladas voltadas para o conhecimento, a previsão, a prevenção e o enfrentamento de problemas de saúde da população de um território determinado relativos a fatores de risco, atuais e potenciais, a acidentes, a incapacidades, a doenças e a agravos à saúde (BRASIL, 2012b, p. 34).

Utilizamos a expressão vigilâncias em saúde para designar as vigilâncias: epidemiológica, sanitária, em saúde do trabalhador e em saúde ambiental, bem como o controle de vetores e zoonoses, que, em alguns arranjos administrativos, encontram-se, ora inseridos na vigilância epidemiológica, ora na vigilância em saúde ambiental, ou, como no caso do município de São de Paulo, que constitui uma divisão administrativa autônoma. Propomos apresentar de modo conciso um panorama da complexidade desse campo de saberes e de práticas profissionais. Por isso, vale citar as considerações de Gondim e colaboradores sobre essa expressão a seguir:

Neste texto, o uso do termo ‘vigilâncias do campo da saúde’, ou ‘vigilância(S) em saúde’ respalda-se no reconhecimento de que todas as vigilâncias não se valem de um único método, e sim que elas se valem de métodos e de aportes de diversas disciplinas científicas, e que também fazem um uso diferenciado dos mesmos conceitos. O que não elimina a necessidade de diálogo e de construção de pontes entre as vigilâncias, se o que se quer é a melhoria da qualidade de vida e saúde da população (GONDIM et al., 2011, p. 204).

Esclarece-se, com apoio em Gondim e colaboradores (2011), que as vigilâncias em saúde constituem um campo de saber de natureza interdisciplinar, de desenvolvimento de práticas multidisciplinares, interinstitucionais e transeitoriais. Localiza-se, na subárea da

Epidemiologia, juntamente a Saúde Pública e a Medicina Preventiva, compondo a área da Saúde Coletiva, que, por sua vez, integra a grande área das Ciências da Saúde.

É também campo de pesquisa, de formação acadêmica e profissional, que recebe um afluxo de saberes e práticas de outras áreas do conhecimento além da grande área das Ciências da Saúde, sendo as principais: Ciências Biológicas, Ciências Exatas e da Terra, Engenharias, Ciências e Tecnologias de Alimentos, Ciências Agrárias, Ciências Sociais aplicadas e Ciências Humanas. É uma área técnico-profissional que se estrutura sobre um campo disciplinar: a Epidemiologia.

O desenvolvimento da Epidemiologia, já nas primeiras décadas deste século [séc. XX], registra tentativas de expansão do seu objeto para além das doenças infecto-contagiosas, desenvolvendo-se, nas décadas de 30 e 40, esforços de sistematização teórica do conceito de 'risco'. Só a partir dos anos 60, porém, com o extraordinário desenvolvimento das técnicas de computação de dados, é que esta disciplina adquire a autonomia que a caracteriza atualmente como eixo da produção de conhecimentos sobre problemas de saúde em uma perspectiva coletiva (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, p. 11).

A epidemiologia tem por objetivos: apresentar e informar a situação de saúde das coletividades; investigar os fatores que determinam e condicionam as situações de saúde-doença e auxiliar nos processos de avaliação e impacto dos programas, projetos, ações e serviços de saúde. O método epidemiológico, em uma síntese muito apertada, pode ser resumido nas palavras: informação, decisão e ação (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBOAS, 1998), vale dizer, a importância para produção e uso das informações em saúde para a tomada de decisão e ação para intervir nos fatores determinantes do risco à saúde individual e coletiva.

O fato de o método epidemiológico ser utilizado não só por todas as vigilâncias em saúde, como também na Saúde Coletiva, na Saúde Pública, ou mesmo, na Medicina Preventiva, tal método fornece unidade ao campo, pois imprime um raciocínio à análise da situação de saúde baseando-se na epidemiologia. Além disso, conforme a legislação normativa do SUS, a epidemiologia deve ser utilizada para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática na saúde pública, conforme o art. 7º, inciso VII da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990a).

Após essa brevíssima contextualização do campo das vigilâncias em saúde e do método epidemiológico, iniciamos o resgate dos marcos históricos da construção do campo das vigilâncias em saúde no Brasil. Inicialmente, identificam-se na história da saúde pública

brasileira alguns acontecimentos, os quais alicerçaram e ao mesmo tempo definiram as bases nas quais iriam se constituir a identidade desse campo.

Nos tempos do Brasil Colônia (1500-1815) e mesmo na época do Império do Brasil (1822-1889), é possível localizar práticas de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária no controle dos portos, navios e passageiros. A medida utilizada para o controle dos riscos e prevenção de doenças era o isolamento, prática que data da Idade Média europeia. A chamada *quarentena* era caracterizada por um período de isolamento e observação dos indivíduos, período este em que se acreditava que as principais doenças pestilentas, tais como: varíola, febre amarela, malária, peste bubônica, dentre outras, viriam a se manifestar, ou seja, a quarentena corresponderia ao período de incubação das doenças (SCLIAR, 2005).

Na República Velha (1889-1930), o controle de zoonoses, vetores, hospedeiros e reservatórios ganhou destaque por meio do *modelo sanitaria-campanhista* contra as doenças epidêmicas e endêmicas. É desse período o saneamento do meio, a criação da polícia sanitária, com suas brigadas compostas por *Mata Mosquitos*, da hospitalização compulsória dos acometidos por doenças infectocontagiosas e transtornos mentais. Também foi desse período a tentativa da obrigatoriedade da vacinação antivaríola, que resultou na *Revolta da Vacina*, em 1904 (BERTOLLI FILHO, 2001).

Os acontecimentos anteriormente descritos, por vezes, de cunho higienista e repressivo, marcaram a trajetória das vigilâncias em saúde como práticas impositivas, autoritárias e policialescas, as quais não levavam em consideração a dimensão histórica, nem a produção social do processo saúde-doença-cuidado. A insígnia do autoritarismo confere uma marca profunda ao campo das vigilâncias em saúde.

Naquele cenário, as ações de saúde pública eram planejadas como uma campanha militar: a guerra contra as doenças pestilentas. Para tanto, foram utilizadas estratégias militares que implicavam na elaboração de táticas de guerra, no treinamento da polícia sanitária para as batalhas e na aplicação de uma logística para os combates de campo (PAIM, 2009; BERTOLLI FILHO, 2001). Segundo Waldman,

A Saúde Pública brasileira dessa época [séc. XX], portanto, sustentava-se sobre o tripé representado pelas campanhas, pela polícia sanitária e pela pesquisa. Os resultados obtidos foram amplamente favoráveis, com expressiva queda da mortalidade geral por doenças infecciosas, ainda que a mortalidade infantil se mantivesse em níveis muito elevados. O alto grau de efetividade alcançado pela Saúde no Brasil foi amplamente reconhecido e alguns autores chegam a afirmar que seu desempenho foi comparável ao de países desenvolvidos. O sucesso desse período constitui um marco importante da história da Saúde Pública brasileira (WALDMAN, 2012, p. 365).

Um dos legados do *modelo sanitaria-campanhista*, conhecido também como *campanhista-preventivista*, é a utilização na saúde pública brasileira de conceitos e estratégias de origem militar. “No jargão do sanitaria, palavras como campanha, estratégia, alvo, aparecem sempre [...]. Isolamento, quarentena, cordão sanitário [...], são recursos a que o sanitaria lança mão, em sua ânsia de sanear, de limpar” (SCLIAR, 2005, p. 118). O próprio nome do cargo dos alunos do CTVS: Agente de Combate a Endemias carrega influências reminiscentes desse período histórico da saúde pública.

Outra herança do passado é a que é denominada de *poder de polícia*. Hoje, o uso do poder de polícia administrativa, que é uma das prerrogativas dos profissionais das vigilâncias em saúde, tem como princípio a supremacia da defesa do interesse público sobre o individual, o que pode implicar a restrição ou a supressão dos direitos da pessoa jurídica para garantir o bem da coletividade (GONDIM et al., 2011, p. 210). Em suma, obviamente que o poder de polícia administrativa, dentro dos limites e das regras de uma sociedade democrática com base nos preceitos inscritos na Constituição Federal de 1988, tem que cumprir o que estabelece essa Carta Magna.

De volta ao percurso histórico, na era Vargas (1930-1945) foi criado o Ministério da Educação e da Saúde Pública, origem dos atuais: Ministério da Educação e do Ministério da Saúde. Em 1943, a legislação trabalhista foi reorganizada com a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). São dessa época a instituição da Carteira de Trabalho, a criação do imposto sindical e a implantação do salário mínimo (SCLIAR, 2005, p. 88).

É significativo destacar que foi a contraposição de forças entre os trabalhadores organizados em sindicatos, os patrões e o Estado que levou à criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão, à época, mantidas pelas empresas, e, posteriormente, substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP). Inicialmente, os IAP eram organizados por categorias profissionais e dirigidos por entidades sindicais.

Os institutos de previdência eram responsáveis pela prestação de assistência médico-hospitalar aos funcionários e seus dependentes. A lógica era economicista, pois um trabalhador doente representava mais gastos com seu afastamento do posto de trabalho do que custaria a oferta de assistência médica. Não obstante, era um modelo que mantinha excluídos os trabalhadores informais, rurais, empregados domésticos e funcionários públicos.

Foi, por meio da Lei 3.807, de 26 de agosto de 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social, que todos os institutos previdenciários foram reunidos em um regime único. Porém, essa reorganização ocorreu, de fato, somente em 1966, com a criação do Instituto Nacional de

Previdência Social, o INPS. Assim, o INPS representa a origem da assistência médica previdenciária e do *modelo médico-assistencial*, cujo foco é a assistência hospitalar.

A trajetória das vigilâncias em saúde não é simplesmente uma sucessão de fatos históricos, assim como não o é a história da Saúde Pública, tampouco a do Brasil, avanços e retrocessos balizam a história da sociedade brasileira. É o caso de 1945 a 1964, que, segundo Bertolli Filho (2001), foi um período de democratização, com intensa participação social e politização da questão da saúde pública, mas logo seguido por um golpe militar em março 1964, que se caracterizou pela falta de democracia, supressão dos direitos constitucionais, imposição da Doutrina de Segurança Nacional e da censura<sup>60</sup>.

No período do regime militar (1964-1985), no que se refere à saúde pública e às vigilâncias do campo da saúde, pode-se destacar a promulgação de três importantes leis:

- Lei 6.229/1975, que criou o Sistema Nacional de Saúde. À época, apenas a União e os Estados integravam o sistema. O SNS já foi amplamente discutido neste capítulo;

- Lei 6.259/1975, que dispôs sobre a organização do Sistema de Notificação Compulsória de Doenças e da criação do Programa Nacional de Imunizações. Em certa medida, marco da atual lógica de organização dos sistemas nacionais de vigilância no SUS<sup>61</sup>.

- Lei 6.514/1977, que alterou o capítulo V do Título II da CLT. Capítulo relativo à segurança e medicina do trabalho. Foi uma lei que responsabilizou empresas e empregados pela segurança e cuidado com a saúde no ambiente de trabalho, destacando, principalmente, a questão da prevenção dos acidentes. Identifica-se, nessa lei, não só a formalização do direito a ter um ambiente de trabalho saudável, como também a oficialização da medicina do trabalho e da saúde ocupacional.

No princípio da década de 1970, tivemos dois eventos relevantes: a certificação da erradicação da varíola em território nacional, anos antes de sua certificação global em 1980, sendo um dos mais memoráveis da Saúde no país; e a implantação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), reconhecido como um dos mais bem-sucedidos programas de vacinação em todo o mundo [...]. Já em 1977, é implantado o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, que incluiu a criação de redes estaduais e o início da reorganização de Institutos de Pesquisa, criados no início da República. As medidas tomadas neste período, portanto, foram úteis para as importantes mudanças que se seguiram na organização sanitária brasileira (WALDMAN, 2012, p. 365).

<sup>60</sup> A Doutrina de Segurança Nacional foi oficializada por meio do Decreto-Lei nº. 314, de 13 de março de 1967, que definiu os crimes contra a segurança nacional, a ordem política e social. Por sua vez, a censura foi oficializada, por meio da Lei nº. 5.250, de 9 de fevereiro de 1967, que regulava a liberdade de manifestação do pensamento e de informação.

<sup>61</sup> São três os sistemas nacionais, a saber: Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Sinavisa), o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (SINVSA).

Na continuidade da linha histórica, foi somente nos anos de 1980, com o processo de abertura lenta e gradual, culminando com o fim da ditadura militar que veio à tona a grave crise do sistema público de saúde, com o esgotamento do SNS. O colapso do modelo assistencial também afetou o desenvolvimento das vigilâncias em saúde. Felizmente, em 1988, um marco importante para a saúde pública brasileira foi, sem dúvida, a promulgação da Constituição Federal, com a criação do SUS. Destacamos o art. 200 da Constituição Federal de 1988:

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Há alguns aspectos a serem comentados a respeito do art. 200 da Constituição Federal de 1988. O primeiro é que com exceção dos incisos III que será tratado no próximo capítulo, por referir-se à questão da formação dos profissionais do SUS, e o inciso V. Todos os demais incisos tratam de atividades inerentes ao campo das vigilâncias em saúde; o segundo é a corresponsabilidade dos profissionais do SUS na participação de outras políticas públicas, conforme os incisos IV, VII e VIII, que tratam de responsabilidades de outros setores governamentais para com a saúde pública.

É importante reafirmar que: “as vigilâncias do campo da saúde, no Brasil, não se constituíram de forma linear no sistema de saúde. Seu desenvolvimento foi desigual no tempo em cada momento histórico em relação a cada um dos seus principais componentes” (GONDIM et al., 2011, p. 205). Por exemplo, vejam-se os casos da vigilância em saúde do trabalhador e da vigilância em saúde ambiental.

Quanto à vigilância em saúde do trabalhador pode-se localizar sua gênese na própria história da oficialização do direito a manter a saúde no ambiente de trabalho. Todavia, a incorporação do componente *vigilância* na saúde do trabalhador se deu mais recentemente no processo da Reforma Sanitária, por meio da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a).

Conforme o art. 6º, inciso III da Lei 8.080 /1990, a vigilância em saúde do trabalhador pode ser definida como:

Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990a).

Em alguns arranjos organizacionais, a vigilância em saúde do trabalhador encontra-se administrativamente vinculada à vigilância epidemiológica ou à vigilância sanitária. Porém, no município de São Paulo, encontra-se estruturada de forma autônoma desde 2014, sendo um dos maiores desafios da área a articulação entre os campos da assistência à saúde (assistência individual: acompanhamento ambulatorial) e o da vigilância em saúde (inspeção e fiscalização dos ambientes de trabalho).

Em relação à vigilância em saúde ambiental, segundo Gondim e colaboradores (2011), a institucionalização desse campo na saúde pública deu-se a partir da década de 1990, com a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano (Rio-92). “Essa conferência gerou a Agenda 21, que contém um roteiro de ações com previsão de metas, recursos e responsabilidades definidas para alcançar o desenvolvimento sustentável no século XXI” (GONDIM et al., 2011, p. 206).

No entanto, os marcos iniciais da percepção das interfaces entre saúde e meio ambiente já se encontravam nas primeiras explicações do processo saúde e doença, como na teoria dos miasmas e na História Natural das Doenças<sup>62</sup>. Inegavelmente, com as limitações teóricas e científicas do momento histórico em que foram concebidos esses modelos.

Contudo, é a partir da elaboração do modelo da Promoção da Saúde, a partir de 1986, que as complexas relações entre saúde e meio ambiente estão sendo mais bem apreendidas e desenvolvidas, exigindo dos profissionais da vigilância em saúde ambiental cada vez mais

---

<sup>62</sup> A teoria dos miasmas ou a teoria miasmática das doenças (séc. XVII) é um modo de explicar o adoecimento, bem como o próprio surgimento das doenças como resultado de odores fétidos provenientes de matérias em putrefação, foi superada pela teoria microbiana. A História Natural das Doenças é um modelo de explicação multicausal das doenças, cujos principais sistematizadores foram Leavell e Clark, na década de 1960. Foi a partir desse modelo que se iniciou a compreensão do processo saúde-doença-cuidado enquanto resultado de múltiplos fatores de risco. Originalmente, três elementos fundamentais compunham a denominada *tríade ecológica*: meio ambiente (*natureza*), doença (*agente etiológico*) e hospedeiro (*Homem suscetível*). Nesse modelo, o adoecimento seria o resultado *natural* de um *desequilíbrio* na autorregulação do *sistema*. Na contemporaneidade, são diversas as críticas a esse modelo, sendo as principais sua ênfase na dimensão biológica e a subestimação da dimensão social na explicação do adoecimento. Segundo Almeida Filho (2011, p. 51), “a ‘história natural das doenças’ pode ser histórica, mas de maneira alguma é natural [...]. Portanto, será mais adequado se falar em ‘história social da saúde’”.

abordagens e articulações de cunho interdisciplinar e intersetorial para intervir nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

A atual complexidade das atividades técnico-profissionais das vigilâncias em saúde deve-se a vários fatores, dentre eles: as mudanças nas relações sociais advindas do processo de globalização da economia; as alterações ecológicas no planeta; as mudanças no perfil sociodemográfico e epidemiológico no mundo, com o surgimento de novas e o recrudescimento de velhas doenças, convivendo ao mesmo tempo; o aumento dos deslocamentos e o intenso fluxo migratório; assim como os avanços nos processos produtivos com a incorporação crescente de novas tecnologias, as quais alteram o meio ambiente, os modos de produção, distribuição e consumo de bens e serviços. Fatores que, diretamente, interferem nos DSS.

A seguir, no documento intitulado Diretrizes e Orientações para Formação Técnica em Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, datado de 2011, são apontados os objetivos fundamentais para a eficácia dos profissionais da área da vigilância em saúde:

A vigilância em saúde objetiva a análise permanente da situação de saúde da população e conseqüente organização e execução de ações, medidas, procedimentos oportunos e pertinentes ao controle de determinantes, riscos e danos à saúde da população incluindo abordagens individuais e coletivas dos problemas identificados. Responde pelas ações de promoção da saúde, de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde constituindo-se espaço de articulação de técnicas e conhecimentos de base multidisciplinar, requeridos pelo trabalho: na vigilância epidemiológica; na vigilância da situação de saúde; na vigilância em saúde ambiental; na vigilância da saúde do trabalhador; na vigilância sanitária. Outro aspecto fundamental da vigilância em saúde é o cuidado integral à saúde das pessoas por meio da Promoção da Saúde [...] (BRASIL, 2011b, p. 13).

O campo das vigilâncias em saúde devido ao acúmulo teórico, tecnológico e prático de suas ações ao longo de suas trajetórias, bem como por conta do resultado da amplitude de suas ações e atribuições legais, transformou-se em um campo de confluência de saberes, de tecnologias e de metodologias. Nos estados e municípios não existe um arranjo único, ou melhor, não há um padrão institucionalizado de organização administrativa das vigilâncias em saúde. De certo modo, essa liberdade permite a proposição de disposições administrativas mais adequadas a cada realidade subnacional.

Por outro lado, alguns arranjos administrativos podem facilitar ou até mesmo dificultar o controle social e, portanto, a gestão social. É uma área de atuação profissional que, de tão especializada, acabou tornando-se impermeável à participação da sociedade civil em sua gestão. Porém, não puramente por esse fato, mas, principalmente, por ser um campo de normatização e fiscalização do setor de produtos e serviços regulado pelas leis sanitárias.

Apropriando-nos das reflexões de Paula (2003) quanto aos processos de democratização de uma organização pública, bem como da viabilização da participação social na gestão dos serviços, esclarecemos que: “a questão da democratização organizacional ainda deveria estar em pauta e que a democratização interna não implica necessariamente a permeabilidade dessa organização à participação social” (PAULA, 2003, p 43-4). De fato, um dos desafios da vigilância em saúde é torna-se uma área mais permeável tanto à participação quanto ao controle social.

Segundo Davini (2009, p. 52), “a dinâmica das organizações, sejam serviços de saúde, escolas, ou serviços de ação social, tende a mostrar fortes resistências à incorporação das mudanças criando obstáculos às novas práticas”. A autora exemplifica sua afirmação, no caso específico do SUS, dando como exemplo: “a participação comunitária ou a gestão descentralizada dos serviços”, que, apesar das dificuldades, vêm demonstrando avanços no enfrentamento da burocracia estatal. Porém, apesar de passados trinta anos da implantação do SUS, é preciso reconhecer que ainda existem nichos de resistência à gestão social.

Daí a responsabilidade dos gestores do SUS, dos gerentes dos serviços, dos coordenadores de projetos e dos profissionais de saúde em apoiar as mudanças no modelo de gestão da administração pública, visando garantir e implementar os processos de participação social na gestão das vigilâncias em saúde. Eis aí, com base na reflexão marxiana, a dialética conservação/evolução, no caso da saúde pública, particularmente, na gestão da vigilância em saúde.

Desse modo, participar e atuar no controle social da política pública de saúde não se resume apenas ao cumprimento de um princípio constitucional, pois que, ao envolver “sujeitos dotados de vontade política, o que significa dizer que podem ser não apenas instrumentos de manutenção de uma determinada situação, mas também podem ser instrumentos de mudança e de transformação desta situação” (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, p. 81). De certo, a participação e o controle social representam muito mais do que uma evolução do sistema de saúde, significam uma inovação na gestão da política de saúde pública. De fato, a participação e o controle social representam a própria essência do SUS.

As bases para essa redefinição do modelo assistencial encontram-se expressas nos princípios e nas diretrizes do SUS, no fato de a legislação brasileira ter incorporado o conceito ampliado de saúde, nas práticas com base no princípio da integralidade do cuidado e, principalmente, na inclusão da participação e do controle social nas Leis Orgânicas da Saúde, especificamente, na Lei 8.142, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990b).

A vigilância em saúde também pode ser compreendida como um modelo tecnoassistencial. Segundo Monken e Batistella (2008, p. 475), ela é: “uma via para a construção e a implementação da diretriz da integralidade”, que visa superar a fragmentação dos *modelos sanitaria-campanhista, médico-assistencial e médico-hospitalar* ao incorporar o modelo da Promoção da Saúde. Daí, redefinindo as práticas sanitárias, os sujeitos, os objetos e os processos de trabalho, o que requer a combinação e uso de diferentes tecnologias:

A Vigilância da Saúde corresponderia assim a um modelo assistencial que incorpora e supera os modelos vigentes, implicando a redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária. Nessa perspectiva, aponta na direção da superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) através da incorporação das contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde ao nível local (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998, p. 18).

No que tange à introdução no sistema público de saúde da reorganização dos processos de trabalho sob a perspectiva do *modelo tecnoassistencial proposto pela vigilância em saúde* já vem influenciando no modo como parte significativa dos profissionais de saúde, em especial os próprios trabalhadores das vigilâncias em saúde, estão refletindo e avaliando suas práticas cotidianas de trabalho, o que nos leva a pensar que as inovações no modelo assistencial de atenção à saúde são resultado do efetivo engajamento dos trabalhadores de saúde com as propostas de mudanças do sistema de saúde originárias da Reforma Sanitária brasileira consolidadas na legislação do SUS.

Em certa medida, pode-se dizer que o campo de atuação dos profissionais das vigilâncias em saúde do ponto de vista histórico, social e político-administrativo está envolto em uma correlação de forças entre a burocracia estatal e a gestão social, podendo ser sintetizada na relação dialética conservação/evolução.

Desse modo, com relação à conexão dialética conservação/evolução vemos o seguinte: a vigilância em saúde conserva o modelo burocrático weberiano. Por outro lado, a dimensão evolução é o modelo societal de administração. Burocrática devido a sua função regulatória, normatizadora, controladora e fiscalizadora; gestão social, por conta das novas abordagens, práticas e intervenções, advindas com as concepções que fundamentam os princípios e as diretrizes do SUS.

Um dos atuais desafios da atuação nas vigilâncias em saúde tem sido articular ou mesmo integrar as atividades em sua própria esfera de práticas (GONDIM et al., 2011), pois,

ao longo dos anos, a criação de procedimentos especializados e a utilização de saberes e tecnologias específicas foram subdividindo o campo das vigilância em saúde. Na atualidade, os problemas e as necessidades de saúde, oriundos da complexa realidade social, vêm demandando cada vez mais a necessidade de ações integradas e articuladas.

Por outra via, a da normatização infralegal do SUS, conforme o estabelecido na Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010b), que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que preconiza a integração das áreas da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde, visando ao fortalecimento das redes locais de atenção à saúde a partir dos serviços existentes em cada território. A RAS visa implementar as ações de cuidado à saúde, de integralidade da assistência e de promoção da saúde.

Pode-se afirmar que mais do que um desejo de integração das áreas da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde, é realmente preciso integrar as intervenções que estão sendo desenvolvidas nos diversos territórios. No caso das ações de vigilância em saúde, é prioritário articular o próprio campo das vigilâncias, pois “quando organizadas em bases de conhecimentos e de práticas aparentemente independentes, as ‘vigilâncias’ desperdiçam um extraordinário potencial analítico e de intervenção sobre os condicionantes da produção social de saúde e doença” (MONKEN; BATISTELLA, 2008, p. 476).

Em contrapartida, muitas circunstâncias que envolvem riscos à saúde demandam ação intersetorial e atuação imediata nos problemas. A “interdependência das políticas setoriais se faz notar quando se atua a partir de territórios específicos, pois ele registra o mesmo espaço, as mesmas pessoas, a mesma realidade em questão” (KOGA, 2003, p. 242). Koga (2003) destaca a centralidade do território como eixo estruturante das políticas públicas: “a totalidade do cotidiano vem à tona e exige da ação governamental ações igualmente totalizantes” (KOGA, 2003, p. 242). É nesse sentido que a noção de território no campo da saúde pública assume um papel de fundamental importância para a operacionalização das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Os projetos de intervenção territorial realizados por profissionais do SUS, muitos deles considerados inovadores, demonstram que é mais produtivo integrar as ações de saúde, tanto promovidas pela Atenção Básica, quanto pela Vigilância em Saúde, em suas práticas cotidianas do que no campo teórico-conceitual. Talvez, de fato, seja mais adequado e também mais produtivo que sejam propostas articulações e complementações entre as diversas áreas do conhecimento que constituem o campo da saúde pública nele incluído o das vigilâncias em saúde, ou seja, a construção de uma “unidade na diversidade” (MARX, 1982, p.14), do que se

gastar esforços num debate conceitual e metodológico tentando se construir um modelo único de integração que contemple a multiplicidade das ações desenvolvidas. Mercadante propõe um novo modelo de atenção à saúde baseado nos princípios do SUS. Vejamos sua proposição:

Os contornos do novo modelo de atenção estão configurados nos princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Tais elementos de natureza doutrinária apontam a construção de um sistema de saúde que reverta a lógica de provisão de ações e serviços, reorientando a tendência hegemônica da assistência médico-hospitalar, predominante no modelo anterior, e substituindo-a por um modelo de atenção orientado para a vigilância à saúde (MERCADANTE, 2002, p. 250).

Mercadante (2002), ao comparar os modelos de atenção à saúde: médico-hospitalar e da vigilância em saúde, em certa medida, aponta a amplitude do modelo da vigilância em saúde em relação ao modelo médico-hospitalar, pois muitas circunstâncias que envolvem riscos à saúde individual ou coletiva demandam, além da assistência de urgência e emergência, a atuação direta nos fatores de risco que vão além das ações de cuidado com as pessoas.

As situações complexas, tais como desastres naturais ou os provocados pelos homens, exigem o emprego de intervenções integradas por parte das equipes especializadas, em termos de análise da situação de saúde e em minimização dos riscos, proteção dos indivíduos, das comunidades, da fauna e da flora, o que demonstra a amplitude das ações de vigilância em saúde.

Por outro lado, o modelo tecnoassistencial proposto pela vigilância em saúde demanda mais conhecimento interdisciplinar e trabalho intersetorial como se vem constatando ao longo dos últimos anos, surgindo daí a necessidade da educação permanente dos profissionais de saúde para viabilizar essa nova proposta de atenção individual e coletiva com foco na vigilância em saúde.

Retomando o art. 200 da Constituição Federal de 1988, anteriormente citado, é significativo reafirmar que as intervenções realizadas pelas equipes das vigilâncias em saúde não são apenas direcionadas aos SUS dependentes, mas à totalidade da população (VELTRI, 2011, p. 16). Apenas a título de exemplificação, vejam-se, respectivamente, as responsabilidades que são delegadas aos profissionais das vigilâncias sanitária e epidemiológica.

A vigilância sanitária tem sob sua responsabilidade o controle e a fiscalização do setor regulado de produtos, substâncias, tecnologias: materiais e imateriais, serviços de interesse da saúde, bem como os processos de produção, comercialização e consumo desses produtos.

Conforme Eduardo (1998), é um campo de atuação profissional que envolve dimensões: *política* (gestão de conflitos), *ideológica* (atenção às necessidades de saúde da população), *tecnológica* (avaliação e fiscalização do setor regulado), *jurídica* (uso do poder de polícia administrativa e normatização) e realização de ações educativas e de comunicação social.

Por sua vez, compreende-se por vigilância epidemiológica, conforme a definição estabelecida no art. 3º, inciso II da Lei 8.080/1990:

Um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos (BRASIL, 1990a).

Desse modo, em essência, cabe a vigilância epidemiológica propor e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos à saúde, assim como as ações e os programas de promoção da saúde. No sentido de cumprir suas atribuições vale-se, principalmente, do método epidemiológico e dos sistemas de informação em saúde e vigilância epidemiológica.

Gondim e colaboradores (2011) destacam que uma função comum a todas as vigilâncias em saúde é a chamada regulação dos riscos. É importante destacar que o conceito de risco está presente em todas às vigilâncias, ora em seu aspecto de possibilidade não mensurável, ora como incerteza mensurável por meio dos cálculos estatísticos. Porém, conceituar risco é uma tarefa difícil, pois este é mais um daqueles conceitos polissêmicos, que na contemporaneidade vem adquirindo múltiplos sentidos e significados. Nas palavras de Guillam e Castiel (apud GONDIM et al., 2011, p. 214), risco é um conceito indisciplinado que não se deixa subordinar por nenhuma disciplina.

O mais adequado seria falar em *conceitos de risco*, tendo em vista suas múltiplas definições nas áreas das ciências da saúde, das engenharias, das ciências econômicas e das ciências sociais para citar algumas áreas. Um conceito tão fundamental e ao mesmo tempo tão polêmico em sua definição, com variados usos no setor saúde. Apenas para mencionar alguns usos no campo da saúde pública: *risco à saúde*, *grupo de risco*, *fatores de risco*, *risco absoluto*, *risco ocupacional*, *risco ambiental*, *percepção de risco*, dentre tantos outros riscos do viver humano como o risco de morte, que justificam sua importância.

Segundo Gondim e colaboradores, “risco é um conceito que se refere à possibilidade/probabilidade de ocorrência de eventos que tenham conseqüências negativas à saúde, ou seja, que possam causar algum tipo de agravo ou dano à saúde” (GONDIM et al.,

2011, p. 213). Os autores, também, esclarecem que o conceito de risco pode-se referir a um indivíduo, a um grupo populacional ou ao ambiente. Dessa forma, é um conceito fundante para as vigilâncias em saúde. Isso porque as vigilâncias em saúde atuam diretamente nos determinantes e condicionantes: biológicos, físicos, químicos, mecânicos ou ergonômicos dos riscos à saúde. O objetivo finalístico das vigilâncias em saúde é reduzir, ou mesmo, eliminar os riscos à saúde.

Em termos práticos, foi a necessidade da regulação dos riscos à saúde que determinaram a estruturação de Sistemas Nacionais de Vigilância no SUS, premissa fundamental da organização do *modelo tecnoassistencial da vigilância em saúde*, “tendo em vista o fato de o Brasil ser um Estado Federativo no qual [preconiza-se que] os entes federados devam atuar [solidariamente] em parceria” (VELTRI, 2011, p. 16).

O SUS preconiza a regionalização, a hierarquização e a descentralização das ações, com incentivo à municipalização, conforme o art. 7º, inciso IX da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), anteriormente discutido. Porém, a diretriz da municipalização não exclui a responsabilidade dos estados e da União. Há, de fato, ações no âmbito das vigilâncias em saúde que devem ser de responsabilidade dos municípios. “Obviamente, levando-se em consideração as diferenças e as desigualdades regionais, pois certas situações de maior complexidade técnica devem ter suas ações coordenadas pelos órgãos da vigilância estadual ou mesmo federal” (VELTRI, 2011, p. 16).

A atuação por meio de sistemas nacionais de vigilância em saúde atende à legislação ao mesmo tempo em que respeita a unidade federativa do país, tendo em vista afiançar o direito à saúde de todos os indivíduos e comunidades, assim como os direitos e deveres do setor regulado pelas legislações sanitárias. Isto é importante porque não teria sentido, sequer seria racional e economicamente viável que cada município ou estado realizasse ações que caberiam à União (VELTRI, 2011, p. 17)

Nesse sentido, parte das intervenções em vigilância em saúde “exigem elevados requerimentos técnicos e institucionais, difíceis de serem alcançados por todos os componentes de uma federação marcada pela desigualdade” (GONDIM et al., 2011, p. 243), o que justifica a atuação direta da União, evitando a sobreposição de ações e gastos desnecessários. Caberá ainda ao setor público garantir a comunicação e a informação com relação aos cuidados com a saúde, “assim como desenvolver ações educativas voltadas à promoção da saúde, visando o fortalecimento da cidadania e do poder de escolha consciente de cada cidadão quando na posição de consumidor (VELTRI, 2011, p. 17).

É importante salientar “que as doenças e os agravos à saúde não respeitam os limites territoriais de um município ou mesmo de uma nação” (VELTRI, 2011, p.17). Neste ponto, é oportuno destacar que o Brasil é signatário das Resoluções das Assembleias Mundiais da Saúde, assumindo o compromisso de cumprir e atender ao Regulamento Sanitário Internacional. Por conseguinte, a lógica de atuar em sistemas garante maior eficiência e eficácia às ações das vigilâncias em saúde, visando ao monitoramento, à vigilância e à resposta às emergências de saúde pública de importância nacional e internacional.

Em se tratando de poder público a área da saúde como tantas outras é um espaço de poder e de negociação política. Vejamos Dasso Júnior que esclarece a disputa entre poder político e administrativo:

O campo da Administração Pública, como qualquer outro campo, é um campo de poder, que se concretiza pela ação estatal. Por isso, é impossível entender que a Administração Pública seja dividida em funções administrativas e políticas, tocando as primeiras aos funcionários e as últimas aos políticos e aos gestores. Toda e qualquer atividade administrativa é uma atividade política. Não há atividade administrativa exclusivamente técnica (DASSO JÚNIOR, 2014, p. 21).

Em conformidade com essas palavras de Dasso Júnior, compreendemos que as intervenções desempenhadas pelos profissionais das vigilâncias em saúde são ao mesmo tempo técnico-administrativas e político-sanitárias. Lembrando que profissionais de saúde atuam diretamente com a saúde, a doença e a dor; nos limites entre uma vida saudável e os riscos de adoecimento, agravo e morte, momentos estes de maior vulnerabilidade da vida humana (VELTRI, 2011, p. 17).

A vigilância em saúde por suas características principais de normatização e fiscalização, com base no direito administrativo e no direito sanitário, tende a ser considerada pelos profissionais de saúde como um campo de atuação *legalista*, ou seja, burocrático. Assim, burocracia no seu sentido weberiano. Ou seja, se imprime como característica dos trabalhadores das vigilâncias em saúde uma identidade profissional, tanto de um *vigilante* (base da saúde pública), quanto de uma *autoridade sanitária* (profissional com poder de polícia administrativa).

A proposta desta seção não era a de realizar uma exposição detalhada de cada uma das quatro vigilâncias, e sim apresentar seus principais aspectos. Então, podemos dizer que as vigilâncias do campo da saúde partilham: o monitoramento da situação de saúde, a investigação, a identificação e a atuação nos fatores de risco à saúde humana. Para cumprir esses objetivos, valem-se de múltiplos sistemas de informação para tomada de decisão e ação,

assim como intervêm diretamente nos determinantes que condicionam os perigos, os danos, os agravos e os riscos à saúde.

As principais intervenções em vigilância em saúde se dão por meio da normatização, da fiscalização, da educação em saúde e da comunicação social. Enfim, dos meios e dos recursos necessários para a proteção e a promoção da saúde individual e coletiva. Podemos concluir que é um campo de atuação técnico-administrativo e político-sanitário, que articula práticas em epidemiologia, planejamento em saúde, organização e gestão dos serviços de saúde, visando implementar a integralidade em saúde no SUS. Na próxima seção serão apresentadas as estruturas organizativas que compõem o Sistema Municipal de Vigilância em Saúde (SMVS) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

#### *4.3.1 Organização e gestão do processo de trabalho da vigilância em saúde na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo*

Anteriormente, procuramos apresentar as vigilâncias do campo da saúde, destacando seus elementos comuns. Também se havia afirmado que não existe um padrão no modo de organização administrativa das vigilâncias em saúde nos estados e municípios. Por conseguinte, os objetivos desta seção são apresentar como estavam organizadas as estruturas das vigilâncias em saúde na SMS e os desafios da educação permanente no campo das vigilâncias em saúde no período da elaboração e da execução do currículo do CTVS (2010-2016).

Iniciamos apresentando a Covisa, as Suvis e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) e, na sequência, a composição do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde, o SMVS. Porém, antes de se iniciar, retomamos alguns conceitos a respeito do SUS e do campo das vigilâncias em saúde.

É importante reforçar que o SUS é um sistema, portanto um conjunto organizado de inter-relações que está presente em todo território nacional, envolvendo atividades de baixa, média e alta complexidade, visando garantir a saúde de toda população. Ou seja, apesar desta seção se focar especificamente na análise da organização e das atribuições do SMVS, é preciso esclarecer que no Brasil a vigilância em saúde está estruturada em sistemas, com responsabilidades previamente definidas a serem cumpridas por cada uma das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Destacamos que as vigilâncias em saúde possuem em comum o fato de serem um bem público e como tal se situam dentro das funções indelegáveis do Estado, ou seja, é uma das

funções típicas de Estado, não sendo permitida sua terceirização, ou seja, a publicização de seus serviços, de acordo com a Constituição Federal de 1988. Em decorrência da vigência dessa Constituição, não é constitucional essa terceirização. Determinação esta que se justifica por ser a vigilância em saúde um campo técnico-profissional, com poder de polícia administrativa que é o poder legal de coerção, de mediação e gestão de conflitos de interesses, direitos e deveres, entre o setor produtivo (interesse privado) e o público (interesse da coletividade), com especial repercussão na economia, no meio ambiente, na saúde individual e coletiva (VELTRI, 2011, p. 17).

Outro ponto fundamental a ser destacado é a amplitude das ações desenvolvidas pelos profissionais das vigilâncias do campo da saúde. A Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo considerava, em 2012, que:

Para a Vigilância em Saúde, 100% da população é SUS dependente. No município de São Paulo, este universo é ampliado visto que cerca de 800 mil pessoas entram ou saem diariamente da capital em virtude de atividades profissionais, participação em cursos e eventos. Este contingente deve ser contemplado no planejamento das ações de vigilância, visto que a circulação de doenças e agravos não se restringe às fronteiras do território municipal. Além da grandeza populacional, há de se aliar a qualquer análise as distintas realidades em termos geográficos, demográficos, culturais, sociais e econômicos, determinantes de políticas de saúde complexas e heterogêneas (SÃO PAULO, 2012c, p. 132).

As ações de vigilância em saúde englobam o controle de vetores, promoção da saúde, prevenção de doenças, agravos e riscos, que, independentemente, do fato de se fazer uso dos serviços do sistema público de saúde ou de se possuir um plano de assistência privado, de ser brasileiro ou estrangeiro, todos os indivíduos e empresas, os quais estejam ou atuem no município de São Paulo, serão alcançados pela proteção, controle e fiscalização da vigilância em saúde<sup>63</sup>.

Primeiramente, uma breve visão geral a respeito do município de São Paulo, com base no Plano Municipal de Saúde 2010/2013, elaborado na gestão do prefeito Gilberto Kassab (2009-2012):

São Paulo, a maior Cidade do Brasil desde a década de 60, é hoje o mais poderoso pólo de atividades terciárias do país, com PIB de 320 bilhões de reais em 2007. A população estimada para o ano de 2010 é de 11.057.629 habitantes (SEADE),

---

<sup>63</sup> Conforme o Código Sanitário do Município de São Paulo (Lei nº. 13.725, de 9 de janeiro de 2004) Art. 7º - Os órgãos de vigilância em saúde lançarão mão de um conjunto de ações e serviços para detectar, analisar, conhecer, monitorizar e intervir sobre determinantes do processo saúde-doença, incidentes sobre indivíduos ou sobre a coletividade, sejam eles decorrentes do meio ambiente, da produção e/ou circulação de produtos ou da prestação de serviços de interesse da saúde, com a finalidade de prevenir agravos e promover a saúde da população (SÃO PAULO, 2004, art. 7º).

distribuídos em 1.509 km<sup>2</sup> de território. A cidade está dividida em 96 distritos administrativos e 31 subprefeituras e é o centro da Região Metropolitana de São Paulo, com 39 municípios e cerca de 20 milhões de habitantes, o que a coloca entre as maiores aglomerações urbanas do mundo (SÃO PAULO, 2010a, p. 8).

Além disso, veja-se o quadro epidemiológico à época da proposição do CTVS:

A Cidade de São Paulo apresenta um perfil epidemiológico complexo e multideterminado, no qual convivem as doenças transmissíveis com o crescimento das doenças e agravos crônicos não transmissíveis e concomitância dos agravos produzidos pelo desenvolvimento da vida em sociedades altamente urbanizadas, como a violência, em especial homicídios e acidentes de trânsito, doenças relacionadas ao consumo de drogas (álcool e fumo, entre outras) e as decorrentes da poluição atmosférica. Observa-se uma superposição de agravos de tipos diversos com desafios acumulados para o seu controle. A transição epidemiológica que mostrava redução da importância das doenças transmissíveis e aumento das doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) no perfil de mortalidade se manteve em ritmo mais lento, prolongado e com algumas especificidades destacáveis (SÃO PAULO, 2010a, p. 23).

É no bojo de uma grande megalópole como São Paulo, com um perfil epidemiológico complexo e multideterminado, que foi constituída em 2003 a Covisa. Sua criação é um dos resultados da conquista da Gestão Plena do SUS pelo município de São Paulo. Seu principal objetivo: “é reduzir ou mesmo eliminar as situações de risco e vulnerabilidade, as quais determinam e condicionam as necessidades de saúde da população” (SÃO PAULO, 2014, p. 1). Vejamos a missão, a visão e os valores da Covisa:

**Missão:** proteger a saúde da população e das gerações futuras do município de São Paulo, controlando ou eliminando riscos e prevenindo doenças, por meio de ações de vigilância em saúde. **Visão:** ser legitimado como órgão de referência pelo compromisso com o interesse público e pela excelência e eliminação de riscos à saúde, na prevenção de doenças e nas demais práticas de vigilância. **Valores:** ética, transparência e eficiência (SÃO PAULO, 2014a, p.1).

No sentido de cumprir sua missão, visão e valores, a Covisa tornou-se o órgão central, formulador e planejador das diretrizes e orientações no campo das vigilâncias em saúde para o SMVS. Foram agregadas à sua estrutura administrativa e operacional as vigilâncias: epidemiológica, sanitária, em saúde do trabalhador, em saúde ambiental, em controle de zoonoses e de alimentos; as quais, anteriormente a sua criação, encontravam-se dispersas em outras Unidades Administrativas da SMS, ou mesmo, em outras Secretarias Municipais, como era o caso da vigilância sanitária de alimentos, que estava alocada na Secretaria Municipal de Abastecimento.

A Covisa no período de execução do CTVS estava organizada em Gerências e Núcleos técnicos, a saber: Gerência do Centro de Controle de Doenças; Gerência de Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde (vigilância sanitária); Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental; Gerência do Centro de Controle de Zoonoses; Gerência de Vigilância em Saúde do Trabalhador; Gerência de Gestão de Pessoas; Gerência de Administração e Finanças; Núcleo Técnico de Informação em Vigilância em Saúde; Núcleo Técnico de Comunicação em Vigilância em Saúde e Núcleo Técnico da Rede CIEVS<sup>64</sup>.

Portanto, cabe, nesse passo, apresentar os diversos setores que estruturam a Covisa, conforme segue:

A Coordenação de Vigilância em Saúde (Covisa) da Secretaria Municipal da Saúde reúne diversas estruturas do campo da Vigilância em Saúde, que são divididas em Gerências e Núcleos Técnicos. Essas instâncias coordenam, planejam e desenvolvem projetos, programas e ações de orientação, educação, intervenção e fiscalização pertinentes às suas respectivas áreas de atuação. Assim como desenvolvem investigação de casos ou de surtos e assumem a operação de situações epidemiológicas de doenças de notificação compulsória ou agravos inusitados de saúde. Também elaboram normas técnicas e padrões destinados à garantia da qualidade de saúde da população. O conjunto dessas ações é realizado por diversos profissionais de saúde, especializados em cada esfera de atuação [...] divididos por subgerências e áreas de intervenção (SÃO PAULO, 2014a, p.1).

A Covisa conta, além dos profissionais que estão alocados em sua sede administrativa<sup>65</sup>, com os serviços descentralizados, os quais desenvolvem nos territórios as ações de vigilância em saúde. O organograma com a estrutura da Covisa consta dos anexos (ANEXO B). Em 2010, se contava com 25 Suvis e 5 CRST<sup>66</sup>. As Suvis podem ser definidas como “unidades descentralizadas que proporcionam o aprofundamento do conhecimento territorial da cidade quanto às suas necessidades e possibilidades de assunção ao desenvolvimento integral das ações de saúde” (SÃO PAULO, 2012c, p. 131).

Os CRST têm por objetivo: “a promoção e proteção à saúde do trabalhador, por meio de prestação de assistência integral [...], com ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e avaliação das condições de risco presentes nos ambientes de trabalho” (SÃO PAULO, 2010a, p. 83).

---

<sup>64</sup> CIEVS significa: Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde. O CIEVS compõe a Rede Nacional de Alerta e Respostas às Emergências em Saúde Pública, cujo objetivo é cumprir as especificações do Regulamento Sanitário Internacional. Quanto à opção pelo uso das denominações utilizadas no período de execução do CTVS (2010 – 2016), essa escolha foi justificada na Introdução desta tese.

<sup>65</sup> A Covisa está localizada na Rua Santa Isabel, 181, Vila Buarque, região central do município de São Paulo.

<sup>66</sup> Fonte: Plano Municipal de Saúde: 2010/2013 (SÃO PAULO, 2010a, p. 92).

A Covisa, as Suvis e os CRST são constituídos por servidores públicos com as mais diversas formações e especializações. Compete a esses trabalhadores a responsabilidade pela execução das ações de vigilância em saúde no município de São Paulo, com base na legislação, primordialmente fundamentadas no Código Sanitário Municipal<sup>67</sup>. O Código Sanitário, segundo a Coordenadora da Covisa: “muito contribuiu para a partir de 2005 estruturarmos uma vigilância menos burocrática, mais eficiente e com foco no risco à saúde.” (SÃO PAULO, 2012c, p. 131). Portanto, em síntese, segundo a coordenadora da Covisa, compete aos profissionais do SMVS: superar a burocracia ainda presente na gestão da vigilância em saúde, produzir bons resultados em suas ações, sem perder de vista o foco no controle ou na eliminação dos riscos à saúde.

Todavia, é fundamental destacar que todas as Unidades de Saúde do município de São Paulo compõem o SMVS. Isso significa que os serviços de Atenção Básica e da Rede Hospitalar de Urgência e Emergência possuem corresponsabilidade no desenvolvimento das ações de vigilância em saúde nos limites do seu campo de atuação, colaborando com a prevenção das doenças, o controle dos riscos e dos agravos à saúde individual e coletiva.

No entanto, apesar de existir uma especificidade de trabalho tanto na Atenção Básica como na Rede Hospitalar com relação ao atendimento dos doentes, tanto esta quanto aquela têm responsabilidade também com as ações de vigilância em saúde, de com documento da SMS a seguir:

Todos os serviços de saúde do Município executam ações de vigilância, de forma direta ou indireta. **A integração entre a rede de serviços de assistência e de vigilância é essencial para conhecer e intervir nos fatores determinantes da saúde individual e coletiva.** A intersetorialidade tem sido igualmente uma estratégia de forte impacto nas ações de vigilância, incluindo parcerias desenvolvidas com órgãos municipais, órgãos de outras esferas de governo e sociedade civil (SÃO PAULO, 2010a, p. 92, grifo nosso).

Neste ponto, torna-se importante resgatar a reflexão realizada no capítulo III (seção 3.2), quando afirmamos que o modelo de administração pública empregado na SMS é um modelo heterogêneo de gestão, principalmente, quanto ao fato de o modelo de gestão da municipalidade vir entregando os serviços de Atenção Básica e da Rede Hospitalar de Urgência e Emergência para a administração de diferentes OSS, o que vem, na prática cotidiana dos serviços de saúde do município de São Paulo, dificultando a integração da Atenção Básica, ou seja, da Rede de Serviços de Assistência com a Vigilância em Saúde e,

---

<sup>67</sup> Lei nº 13.725/2004 (SÃO PAULO, 2004).

por conseguinte, impondo dificuldades para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, em especial ao cumprimento do princípio da integralidade em saúde.

Em 2012, apenas como referência do avanço das terceirizações na PMSP, a SMS contava 78.640 trabalhadores, sendo 41.310 servidores públicos e 37.330 funcionários das OSS. Atuavam diretamente na Covisa 1.114 servidores, 42 estagiários e mais um grupo de trabalhadores terceirizados das áreas de tráfego, limpeza e segurança. Nas Suvis e nos CRST trabalhavam 3.609 servidores<sup>68</sup>.

Em 2018, o quantitativo de trabalhadores vinculados as OSS já havia ultrapassado o número de servidores concursados. Dados apresentados em junho de 2018 demonstram que: “os funcionários das **OS aumentaram 174%** desde 2008 e já representam 60% da força de trabalho da SMS. Funcionários efetivos tiveram uma **diminuição de 36%** desde 2008 e, devido ao alto número de aposentadorias, é previsto que continue diminuindo” (SÃO PAULO, 2018, p. 1, grifo no original)

Dentre os inúmeros desafios enfrentados pelos profissionais das vigilâncias em saúde, destacamos, neste estudo, a formação profissional técnica dos ACEs para TVSSs. Os programas de qualificação profissional desenvolvidos no horizonte do SUS devem estar em conformidade com as diretrizes da PNEPS exaradas pelo Ministério da Saúde. Acrescentamos que no município de São Paulo esses programas precisam atender também aos objetivos e às metas da SMS expressas no Plano Municipal de Saúde. Além disso, as qualificações e formações profissionais no campo das vigilâncias em saúde precisam estar em conformidade com as orientações e as prioridades definidas pelas áreas técnicas da Covisa.

Compete, especialmente à equipe da Gerência de Gestão de Pessoas, a GGP/Covisa, assessorar e apoiar as áreas técnicas da Covisa nas questões pertinentes ao desenvolvimento das ações de educação na saúde, assim como aos programas de qualificação profissional, conforme expresso na Portaria Municipal nº. 2.529/2014-SMS.G. Vejamos:

Art. 4º - A Gerência de Gestão de Pessoas tem as seguintes atribuições: I - Executar as atividades relativas à gestão de pessoas, observando a legislação em vigor e as diretrizes da Secretaria Municipal da Saúde (SMS); II - Planejar, coordenar, monitorar e avaliar os programas de qualificação, capacitação e desenvolvimento de competências individuais e institucionais, direcionadas aos servidores da Coordenação de Vigilância em Saúde, em consonância com as diretrizes da SMS; III - Assessorar as áreas técnicas na elaboração de projetos e programas de formação e capacitação de profissionais, assim como na sistematização de experiências e pesquisas em serviço (SÃO PAULO, 2014b, p. 2).

---

<sup>68</sup> Os dados mencionados constam da publicação: *São Paulo construindo o SUS 100%* (SÃO PAULO, 2012c, p. 137 e 204).

A equipe de profissionais da GGP/Covisa é responsável por planejar, coordenar e monitorar programas e projetos de qualificação profissional na área da vigilância em saúde. Esses programas devem ser elaborados em consonância com a missão, a visão e os valores da Covisa. Desse modo, as ações de educação na saúde passam a desempenhar um papel estratégico para o atingimento das metas mais amplas da SMS, assim como dos objetivos específicos da Covisa (VELTRI, 2014, p. 12).

Segundo a coordenadora da Covisa, à época da proposição e da implantação do CTVS, na gestão do prefeito Gilberto Kassab, referindo-se à questão da formação profissional e à complexidade do trabalho no campo das vigilâncias em saúde esclareceu que o maior desafio da área era a integralidade das ações: “o profissional é instigado a aplicar no cotidiano o que aprende, sem descuidar de uma visão de conjunto que vislumbre as possibilidades de interferência nas realidades que apresentam riscos à saúde da população” (SÃO PAULO, 2012c, p. 137).

Ao mesmo tempo, essas ações de educação na saúde mencionadas pela coordenadora da Covisa, da gestão do prefeito Gilberto Kassab, proporcionam aos servidores o desenvolvimento de suas competências pessoal e profissional. Acreditamos que um trabalhador qualificado possa desenvolver suas atividades de modo mais adequado e competente, zelando pelo melhor cumprimento das normas técnicas e de segurança, visando atender de forma eficiente e eficaz às necessidades de saúde da população. Nesse sentido,

A crescente responsabilização dos municípios na organização das ações básicas de ‘vigilância em saúde’, conforme disposto no Pacto de Gestão (BRASIL, 2006), vem indicando ao sistema de saúde a necessidade de formação dos trabalhadores desta área. A constituição e a consolidação próprias de cada uma das estruturas operacionais da ‘vigilância em saúde’ (epidemiológica, sanitária e ambiental) têm como legado a fragmentação institucional das ações e dos processos formativos (MONKEN; BATISTELLA, 2008, p.476).

Um importante aspecto da educação permanente em saúde desenvolvida na Covisa, nas Suvis e nos CRST é justamente buscar superar a oferta de programas educativos fragmentados, pois formar um profissional no campo das vigilâncias em saúde implica garantir que este compreenda e saiba utilizar o método epidemiológico em suas práticas de análise da situação de saúde e de controle dos riscos à saúde. Obviamente, sem desconsiderar as contribuições das outras áreas do conhecimento ao campo das vigilâncias em saúde.

Além disso, espera-se dos trabalhadores da Covisa, das Suvis e dos CRST que eles saibam atuar em equipe multiprofissional com iniciativa e compromisso ético, buscando cada um em sua área de formação específica e na atuação conjunta, a excelência no atendimento ao

cidadão, visando ao cuidado integral de indivíduos e comunidades, eliminando ou controlando os perigos, os riscos e os agravos à saúde, assim como prevenindo as doenças por meio das ações de vigilância em saúde. Foi, a partir da necessidade de formação de trabalhadores com esse perfil profissional, que se propôs a implantação do CTVS na SMS.

#### *4.3.1.1 A proposta de formação profissional dos Agentes de Combate a Endemias para Técnicos em Vigilância em Saúde*

Primeiramente, torna-se significativo esclarecer que os ACEs desenvolvem suas atividades prioritariamente em campo, ou seja, nos diversos territórios da cidade, visando ao controle de doenças. Administrativamente, estão vinculados às Suvis ou ao Centro de Controle de Zoonoses (CCZ). À época da execução do CTVS, havia 25 Suvis distribuídas no município de São Paulo e um CCZ, sendo que o CCZ é também uma das Gerências da Covisa.

Neste momento, retomamos a discussão dos objetivos do CTVS que foi iniciada no primeiro capítulo:

O Curso Técnico de Vigilância em Saúde objetiva preparar profissionais para atuarem junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de planejamento, execução e avaliação do processo de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e de saúde do trabalhador. A atuação deste técnico não se insere na mesma lógica adotada para a regulação do trabalho de outros técnicos da área da saúde. O que vai definir e normalizar o seu trabalho é sua inserção e atuação circunscritas e exclusivas aos serviços públicos do SUS, especialmente definidos pelo Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. O Curso Técnico de Vigilância em Saúde é importante para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo e complementará as capacitações de aprimoramento já realizadas, reconhecendo uma prática que vem sendo construída no cotidiano do Agente de Apoio Segmento de Atividade Saúde – Zoonoses (AAZoo) na especificidade de seu trabalho, ampliando a visão deste profissional nas questões de Vigilância em Saúde (SÃO PAULO, 2010c, p. 18-19).

Esse trecho citado consta do documento intitulado Projeto do Curso Técnico em Vigilância em Saúde (SÃO PAULO, 2010c), elaborado para concorrência pública para utilização da verba do Profaps/2010. Posteriormente, aprovado pelo Ministério da Saúde para ser executado no município de São Paulo. Observa-se que os objetivos expressos no Projeto do Curso visavam à formação de TVVs comprometidos com os princípios do SUS e com o trabalho que já vinha sendo desenvolvido pelas equipes multiprofissionais que constituíam o SMVS.

Ainda, segundo o Projeto do Curso, pretendeu-se com o CTVS dar continuidade e ao mesmo tempo aprofundar o processo de qualificação profissional que já vinha sendo desenvolvido junto ao grupo de ACEs<sup>69</sup>. Neste sentido, constatamos a importância do CTVS ter sido elaborado e implementado em parceria com a ETSUS-SP, pois, conforme discutido anteriormente no capítulo I, a ETSUS-SP é um estabelecimento oficial de ensino e, portanto, ao término do curso foi possível certificar a formação técnica com a respectiva habilitação profissional, o que do ponto de vista do coletivo dos ACEs representou uma conquista para a categoria, ao mesmo tempo em que uma realização pessoal para cada servidor-aluno.

Ainda no que tange ao CTVS, é possível resgatar a indagação feita ao término da seção (1.4.2), quando se questionou qual a motivação de servidores concursados no cargo de ACE, alguns deles possuindo ensino superior completo, terem interesse em participar de um curso de nível técnico. Pode-se verificar, com base no Projeto do Curso, no trecho anteriormente citado, que o CTVS tinha como metas complementar as capacitações já ofertadas para os ACEs e ampliar a visão destes para questões de vigilância em saúde. Logo, pode-se inferir que do ponto de vista objetivo estes seriam dois motivadores para participar do curso, independentemente da titulação obtida ao seu término.

Consta, ainda, no Projeto do Curso, que:

A formação de Técnico de Vigilância em Saúde ampliando a visão do AAZoo, veio ao encontro a um projeto que pretende instalar nas unidades de saúde do Município de São Paulo um núcleo de Vigilância em Saúde (SÃO PAULO, 2010c, p. 19).

A informação acima citada remete a uma proposta que acabou não sendo viabilizada pela equipe gestora da SMS, ou seja, a que se propunha a criar Núcleos de Vigilância em Saúde nas Unidades de Saúde do município de São Paulo. Essa proposta consistia na definição de uma equipe mínima que seria responsável pelas questões de vigilância em saúde em cada uma das Unidades de Saúde, preferencialmente, nas Unidades Básicas de Saúde. Então, seria nessas equipes dos Núcleos de Vigilância em Saúde que os servidores formados TVSS seriam inseridos, o que não ocorreu devido à não viabilização deste projeto.

---

<sup>69</sup> A título de melhor compreensão do processo de educação permanente dos ACE, é preciso mencionar o Programa de Estruturação Local de Ações de Vigilância em Saúde Ambiental (Proesa), cujo objetivo anunciado era: implantar a Vigilância em Saúde Ambiental descentralizada nos diversos territórios do município de São Paulo. Porém, na prática, o Proesa consistiu na transferência dos ACE das Suvis para as Unidades Básicas de Saúde, utilizando-se da mesma lógica da Estratégia de Saúde da Família. O Proesa também previa a oferta de palestras, oficinas e cursos para as equipes da vigilância em saúde ambiental, aí incluídos os ACE (SÃO PAULO, 2010c, p. 19).

Outra questão a ser considerada foi uma proposta formulada ainda antes do início do CTVS na qual os ACEs formados TVVs viriam a assumir a função de supervisores de campo. Essa função, que seria instituída no SMVS, consistia na proposição de que o servidor formado em TVV poderia desempenhar uma função de liderança perante seu grupo de referência, os ACEs. Então, a princípio, se propôs que a cada grupo de 20 ACEs, 1 TVV assumiria o papel de líder do grupo, ou seja, de supervisor de campo<sup>70</sup>. Essa proposta também não se concretizou.

Algumas considerações ainda precisam ser feitas acerca das duas propostas anteriormente apresentadas e não concretizadas, a saber: a implantação dos Núcleos de Vigilância em Saúde e a criação da função de supervisor de campo. Muitos foram os debates, as discussões, as consultas à Assessoria Jurídica, as idas e as voltas de ofícios, memorandos e pareceres técnico-jurídicos. Ou seja, muito foi tentado para viabilizar essas propostas. Porém, em síntese, questões políticas, administrativas e jurídicas, ou melhor, a burocracia estatal impôs limites às inovações.

Apenas para mencionar uma das questões que sempre estiveram presentes nos debates acerca das possibilidades dos ACEs formados pelo CTVS atuarem como TVVs era a legalidade desse exercício profissional na administração pública<sup>71</sup>. É importante destacar que, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, a *transposição de cargo* tornou-se ilegal por ser considerada equivalente ao provimento de cargo público. E como os provimentos de cargos públicos se dão por meio de concurso público, tornou-se inviável a *transformação automática* dos ACEs em TVVs. Daí a justificativa da proposta da criação da função de supervisor de campo que seria operacionalizada por meio da nomeação em cargo em comissão de livre provimento.

Alternativa também pensada e discutida para viabilizar o exercício profissional dos TVVs seria a oferta de concurso público. Porém, aí se esbarrou em outra questão. A necessidade primeira da criação do cargo de TVV, o que demandaria a proposição e a aprovação de um Projeto de Lei na Câmara Municipal de São Paulo, com posterior sanção

---

<sup>70</sup> Informações cedidas por um dos sujeitos de pesquisa em entrevista concedida para este estudo – Depoimento de Imbuia.

<sup>71</sup> A Súmula n. 378 do Supremo Tribunal de Justiça trata dos casos em que servidor público desempenhou função alheia ao cargo para o qual foi originalmente provido, em virtude de desvio funcional. Razão pela qual, faz jus ao pagamento das diferenças salariais correspondentes a esse período: “A remuneração recebida pelo servidor é a contraprestação pelos serviços prestados; não se pode desconsiderar o desvio do mesmo para uma função técnica, distinta da qual foi originalmente investido, e que exige certas atribuições e conhecimentos, devendo ser equilibrado com o pagamento das diferenças salariais [...]” (Resp nº 205.021/RS, Rel. Min. Edson Vidigal, DJ de 28.06.99).

pelo prefeito. Caminho longo, que demandaria muitas articulações, mas principalmente necessitaria daquilo que no setor público é denominado como vontade política.

A questão mais significativa em relação à não viabilização de todas essas propostas acima mencionadas era o fato de que naquele momento o CTVS estava em andamento. Ou seja, havia 392 ACEs em processo de formação e não se sabia exatamente qual seria o lugar que esses servidores ocupariam no SMVS, após se formarem em TVS. Essa preocupação e essa angústia assolavam a todos nós que estávamos envolvidos com o curso. Os coordenadores, os membros do GT do CTVS, assim como os docentes do curso, optaram por não esconder dos alunos o andamento das discussões e as incertezas que pairavam sobre o futuro do TVS.

Por sua vez, os ACEs alunos do CTVS organizaram-se em grupo e foram à luta pelo reconhecimento da função e da carreira de TVS na SMS. Inicialmente, reivindicavam a transposição de cargo e, posteriormente, a oferta de concurso público. Organizaram uma associação da categoria no município; participaram de espaços coletivos, tais como: Conselho Escolar da ETSUS-SP; Comissão de Saúde, Promoção Social, Trabalho e Mulher, da Câmara Municipal de São Paulo; Fóruns de Debate no Sindicato dos Servidores Públicos Municipais de São Paulo, dentre outros; redigiram e enviaram ofícios para as instâncias administrativas da PMSP, da SMS e da Covisa; agendaram conversas com vereadores de diferentes partidos políticos e conseguiram falar diretamente com o prefeito do município de São Paulo, à época, o prefeito Fernando Haddad.

O impasse quanto ao futuro dos TVSs no SMVS impôs algumas marcas ao CTVS, as quais definiram o currículo realizado pelos profissionais de saúde, impondo características que podem ser sintetizadas em: angústia, luta e frustração. Palavras que redefiniram o andamento do currículo em ação.

No próximo capítulo, discutiremos educação, currículo e ensino técnico, onde daremos maior ênfase à educação desenvolvida no ambiente de trabalho, com foco no ensino profissional técnico na área da saúde, procurando inserir a proposta curricular do CTVS no contexto da política de educação profissional técnica de nível médio e na política de educação permanente em saúde do SUS.



## 5 EDUCAÇÃO, CURRÍCULO E ENSINO TÉCNICO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A idéia da saúde como condição de cidadania, que assegura mais e melhores anos à vida, aponta para certas especificidades dos trabalhadores de saúde: os compromissos desses agentes com uma concepção ampliada de saúde transcendem o setorial e diversificam, tendencialmente, os seus campos de prática. O reconhecimento da integralidade como um princípio ou diretriz que contemple as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença mediante a promoção, proteção, recuperação e reabilitação, visando à integralidade do ser humano, deve ser difundido como uma nova cultura da saúde na educação profissional (BRASIL, 2000, p. 13).

Neste capítulo, analisamos algumas das dimensões do currículo do CTVS, a saber: o currículo prescrito e o currículo modelado pelos profissionais de saúde. Iniciamos apresentando as perspectivas teórico-conceituais sobre educação, currículo e ensino técnico em saúde no SUS. Na sequência, problematizamos as diretrizes e as orientações nacionais para formação do técnico em vigilância em saúde. Posteriormente, discutimos os pressupostos ordenadores do currículo do CTVS na ETSUS-SP, no período de 2010 a 2016. Por último, apresentamos o perfil profissional de conclusão do CTVS.

A finalidade deste capítulo é apontar os elementos necessários para responder a um dos objetivos específicos deste estudo, qual seja: descrever as concepções de currículo, educação permanente em saúde, processo de trabalho como princípio educativo, competência profissional, integralidade em saúde e educação profissional técnica em saúde presentes no currículo do CTVS da SMS.

Concluimos o capítulo, esclarecendo que no SUS o processo de trabalho é o eixo estruturante tanto da política de educação permanente em saúde, quanto da educação profissional técnica. Concepção que, juntamente com o princípio da integralidade em saúde e o modelo das competências profissionais, embasou o ordenamento do currículo do CTVS. Até porque os currículos desenvolvidos na SMS têm como orientação: a integração do trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade, conforme Davini (1994, p. 284).

## 5.1 Princípios teórico-conceituais: educação, currículo e ensino técnico em saúde

Primeiramente é importante delimitar o campo teórico e prático que se irá analisar, pois a *História da educação: da Antiguidade aos nossos dias*, parafraseando Manacorda (2010), confunde-se com a própria história da humanidade. Não por acaso, a educação está inserida na grande área do conhecimento das ciências humanas, cujo objeto de estudo é o próprio ser humano em suas criações e relações em sociedade. Iniciamos com uma breve reflexão sobre educação, mais especificamente, a educação desenvolvida no ambiente escolar. Na sequência, discutiremos sobre ideologia e currículo na educação profissional técnica em saúde.

Parte-se do princípio, com base em Marx e Engels (1989), que o homem ao exercer a capacidade de *ser político* assume papéis de autor e produtor de sua própria *condição humana*. Desta feita, reconhece o homem em si próprio o *ser social* que é, e que, liberto dos desígnios naturais ou divinos, pode ter a consciência de estar escrevendo a processualidade de sua história (VELTRI, 2006, p. 38). Obviamente, uma história entrecruzada pelas contradições e determinações do modo de produção da vida material, espiritual, cultural e intelectual, uma vez que, segundo a teoria crítica de Marx e Engels, existe uma contradição fundante numa sociedade de classe entre os interesses do grupo dominante e os da esfera da produção dos bens materiais, ou seja, o mundo do trabalho produtivo.

No percurso da humanidade, pode-se inferir que, inicialmente, se impôs o instinto de sobrevivência; porém, os homens ao se constituírem enquanto humanos “apropriavam-se coletivamente dos meios de produção da existência e nesse processo educavam-se e educavam as novas gerações” (SAVIANI, 2007 p. 154), dando início aos múltiplos processos educativos, com os quais a humanidade vem podendo criar e ressignificar o sentido de ser humano.

Saviani (2007) relata a importância da compreensão do trabalho enquanto uma categoria filosófica. Nesse sentido, este trabalho estaria relacionado ao fato de que o homem ao transformar a natureza nesse processo transforma-se a si próprio. Esclarece, ainda, que esse processo de transformação do homem por meio do trabalho demonstra a intrínseca relação entre a produção do homem e seu processo de formação, ou seja, de sua humanização. Vejamos:

Se a existência humana não é garantida pela natureza, não é uma dádiva natural, mas tem de ser produzida pelos próprios homens, sendo, pois, um produto do trabalho, isso significa que o homem não nasce homem. Ele forma-se homem. Ele não nasce sabendo produzir-se como homem. Ele necessita aprender a ser homem, precisa aprender a produzir sua própria existência. Portanto, *a produção do homem* é, ao

mesmo tempo, *a formação do homem*, isto é, um processo educativo. A origem da educação coincide, então, com a origem do homem mesmo (SAVIANI, 2007 p. 154, grifo nosso).

Foi a partir do trabalho que o homem transformou o mundo e a si próprio. Aqui, trabalho é compreendido em sua dimensão ontológica e dialética, conforme Marx e Engels. E é justamente por compreender o homem como ser prático, social e histórico, produtor de sua realidade, e o trabalho como atividade fundante dessa sociabilidade e autoprodução (MARX; ENGELS, 1989, p. 54) que se reconhece a relevância e a potencialidade do trabalho como princípio educativo e humanizador.

Seria impossível pensar no processo de humanização sem relacioná-lo ao trabalho (produção material, intelectual e espiritual) e ao ato de educar (compreender, comunicar e ensinar) e à capacidade de aprender da espécie humana. Manacorda (2010, p. 17) esclarece que distintos processos educativos contribuíram com a socialização e com as relações em sociedade; sintetiza três desses processos históricos: a inculturação (ou aculturação), a instrução intelectual (ler, escrever e contar) e a aprendizagem do ofício (inicialmente associada à arte da guerra).

Em relação à capacidade de sociabilidade dos seres humanos, ou melhor, de *ser social*, que constrói relações em sociedade, é importante destacar que foi na sociedade burguesa, diferentemente de todas as que a precederam, que o homem alcança as condições necessárias para o estabelecimento da consciência de sua própria condição histórica, percebendo-se como ser prático e social (VELTRI, 2006, p. 38). Ao mesmo tempo, foi a mudança do modo de produção na sociedade capitalista moderna que imprimiu novos sentidos à existência humana, à sociabilidade, ao trabalho e à educação.

Saviani (2007) destaca a Revolução Industrial (séculos XVIII e XIX) como o período em que grandes mudanças no modo de produção material transformaram a vida em sociedade, apresenta como o lócus dessas mudanças individuais e sociais a fábrica e a escola. De acordo com Saviani,

Se a máquina viabilizou a materialização das funções intelectuais no processo produtivo, a via para objetivar-se a generalização das funções intelectuais na sociedade foi a escola. Com o impacto da Revolução Industrial, os principais países assumiram a tarefa de organizar sistemas nacionais de ensino, buscando generalizar a escola básica. Portanto, à Revolução Industrial correspondeu uma Revolução Educacional: aquela colocou a máquina no centro do processo produtivo; esta erigiu a escola em forma principal e dominante de educação (SAVIANI, 2007 p.159).

Saviani (2007) considera a emergência e a centralidade da escola como resultado de uma Revolução Educacional no bojo do processo da Revolução Industrial. Desta feita, compreendemos que a escola nasce com intencionalidade social e política: adaptar o homem à sociedade burguesa. Provavelmente, à época, não se tivesse plena consciência dessa intenção e de seus desdobramentos para os indivíduos e para a sociedade.

Manacorda (2010, p. 17), com base em suas pesquisas sobre a história da educação, argumenta que as bases do discurso pedagógico estão ancoradas nas dimensões social e política. A partir dessa constatação é que podemos compreender melhor o quanto as ações educativas são propositadamente práticas políticas e socialmente intencionais. Na mesma direção, Cambi (1999, p. 382) revela “que toda a pedagogia, por um lado, e a educação, por outro, na época contemporânea, são caracterizadas por forte simbiose com a ideologia”.

Neste caso, compreendemos ideologia como um conjunto de proposições ou um sistema de ideias que são elaboradas e difundidas na sociedade burguesa, cujo objetivo é disseminar uma *falsa consciência*, ou seja, dando-se a falsa impressão de que os interesses da classe dominante representam o interesse coletivo da sociedade. Então, a pergunta que se cabe formular é: de qual projeto político ideológico a educação escolar e a pedagogia estarão a serviço?

Inferimos que não seria possível existir uma escola sem intencionalidade política ou ideologicamente neutra em seus projetos educacionais, pois o surgimento na modernidade do “estado de classe estava intimamente ligado ao ensino de classe. Ainda que não sem tensões, o aparato escolar se convertia em um apêndice da classe dominante” (LOMBARDI, 2011, p. 18). Aqui, compreendemos por educação escolar a prática educativa institucionalizada ou, nas palavras de Michael Apple (2006), a educação desenvolvida nas instituições de ensino.

Silva (2015), comentando as contribuições de Louis Althusser à teoria educacional crítica, assim como à teoria crítica de currículo, com base na obra *A ideologia e os aparelhos ideológicos de Estado*, apresenta a visão do filósofo quanto à relação entre educação e ideologia:

Althusser, nesse ensaio, iria fazer a importante conexão entre educação e ideologia que seria central às subseqüentes teorizações críticas da educação e do currículo baseadas na análise marxista da sociedade. A referência que Althusser faz à educação neste breve ensaio é bastante sumária. Essencialmente, argumenta Althusser, a permanência da sociedade capitalista depende da reprodução de seus componentes propriamente econômicos (força de trabalho, meios de produção) e da reprodução de seus componentes ideológicos. Além da continuidade das condições de sua produção material, a sociedade capitalista não se sustentaria se não houvesse mecanismos e instituições encarregadas de garantir que o *status quo* não fosse contestado (SILVA, 2015, p. 31).

A partir das contribuições de Althusser, apud Silva (2015), é possível inferir que a instituição escolar cumpriria uma função de aparelho ideológico do Estado, enquanto a educação escolar assumiria um papel ideológico de reprodução da ordem social dominante. Nessa perspectiva, a educação escolar atuaria na manutenção de um determinado modo de pensar, ou melhor, atuaria na reprodução da *falsa consciência*, visando à manutenção e à aceitação do modo de produção da sociedade capitalista. Inicialmente a escola propaga a ideologia da classe dominante sobre a comunidade escolar e, posteriormente, parte dos egressos dessa escola assumirão esse papel, tanto o de propagadores da ideologia de classe, quanto o de mão de obra para manutenção dessas mesmas relações sociais.

Assim sendo, podemos inferir que a ideologia presente na escola será própria de cada época histórica. Conforme Marx, as ideias dominantes de uma época correspondem às ideias da classe dominante (MARX; ENGELS, 1982, p. 72). Segundo Saviani (1980, p. 21), “com a consolidação do poder burguês e a conseqüente formulação de sua visão de mundo: o liberalismo. A escola surge, então, como o grande instrumento de realização dos ideais liberais”. Em suma, formação intelectual para as classes dominantes, formação básica e qualificação profissional para a classe trabalhadora, visando à reprodução e a manutenção do *status quo*.

No entanto, ainda apropriando-nos das reflexões de Lombardi (2011), concordamos que a escola “podia converter-se em um dos meios fundamentais de dominação ideológica” (LOMBARDI, 2011, p. 18). Porém, por outra via, a análise dialética, com base na lei da unidade e da luta dos contrários, nos permite distinguir, mesmo ciente do aspecto conservador da escola, que a educação escolar também possui a potência para transformar as pessoas e as comunidades, a partir do desenvolvimento do pensamento crítico e da problematização da realidade.

Ainda em relação à ideologia e sua conexão com a educação, apropriando-nos das reflexões de Apple (2006), que busca sintetizar os significados acerca do problema da ideologia, o pesquisador distingue três de suas principais características: legitimação, conflito de poder e estilo de argumentação. O estudioso nos esclarece como se dão as interconexões dessas três propriedades da ideologia na área do currículo. Vejamos:

Essas características variadas da ideologia têm implicações importantes para a análise tanto da teoria liberal quanto da educação como uma forma hegemônica, pois apresentam razões para ver como a linguagem e a visão de mundo da ciência, da eficiência, da ‘ajuda’ e do indivíduo abstrato desempenham essas funções ideológicas para a área do currículo de maneira limitada. [...] a ideologia não pode ser tratada como um fenômeno simples [...]. Ao contrário, qualquer tratamento sério tem de lidar

com seu alcance e com sua função, com seu papel duplo como conjunto de regras que dão significado e com a potência retórica em discussões sobre poder e recursos (APPLE, 2006, p. 55).

A partir dos esclarecimentos de Apple (2006) quanto ao alcance e os limites da ideologia na área da educação, torna-se possível iniciarmos uma resposta à indagação a respeito de qual projeto político e ideológico a educação escolar e a pedagogia estarão a serviço na contemporaneidade. A princípio, pode-se inferir que será o modo particular com que cada instituição escolar e cada coletivo de educadores assumirem seu compromisso ético-político que será dado o sentido à educação, à pedagogia e ao currículo. Todavia, não é possível menosprezar, nem mesmo minimizar, a importância das dimensões econômica, social e cultural que determinam as relações na sociedade capitalista e, conseqüentemente, são reproduzidas na escola.

Isto porque “A escola não é um espelho passivo, mas uma força *ativa*, que pode também servir para *legitimar* as formas econômicas e sociais e as ideologias tão intimamente conectadas a ela” (APPLE, 2006, p. 76, grifo no original). Portanto, torna-se preciso relativizar o papel individual ou até mesmo coletivo dos educadores, tanto na reprodução quanto no enfrentamento da ideologia dominante dentro da instituição escolar.

Na sociedade contemporânea, a educação escolar pode vir a assumir múltiplos sentidos, que, apertadamente, sintetizamos em dois eixos opostos e dialeticamente articulados, quais sejam: a perspectiva da reprodução das relações sociais desiguais, o que corresponderia a um ensino comprometido com os interesses da classe dominante; e, a de crítica e denúncia das relações sociais de exploração presentes na relação capital X trabalho, o que corresponderia a um ensino comprometido com a justiça social e com os interesses da classe trabalhadora.

Neste ponto da reflexão, chegamos à discussão quanto à educação profissional técnica, uma educação intrinsecamente relacionada ao mundo do trabalho e, portanto, inserida nas contradições da relação capital X trabalho. Vejamos qual a compreensão sobre a relação educação e trabalho constante nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, conforme o Parecer CNE/CEB nº. 16/99:

A educação para o trabalho não tem sido tradicionalmente colocada na pauta da sociedade brasileira como universal. O não entendimento da abrangência da educação profissional na ótica do direito à educação e ao trabalho, associando-a unicamente à “formação de mão-de-obra”, tem reproduzido o dualismo existente na sociedade brasileira entre as “elites condutoras” e a maioria da população, levando, inclusive, a se considerar o ensino normal e a educação superior como não tendo nenhuma relação com educação profissional. A formação profissional, desde as suas origens, sempre

foi reservada às classes menos favorecidas, estabelecendo-se uma nítida distinção entre aqueles que detinham o saber (ensino secundário, normal e superior) e os que executavam tarefas manuais (ensino profissional) (BRASIL, 1999, p.4).

O Parecer CNE/CEB nº. 16/99 esclarece alguns pontos do como a educação para o trabalho vem sendo percebida pela elite da sociedade brasileira. A educação profissional possui longa trajetória no Brasil. Inicialmente, direcionada aos órfãos e aos pobres, compreendida tanto como caridade quanto correção dos comportamentos desviantes ou, ainda, possibilidade de qualificação de adolescentes e jovens, filhos da classe trabalhadora. Em suma, tendo em vista o desprezo pelo *ensino de ofícios* e pelo *ensino profissional*, a educação profissional técnica foi relegada a um plano secundário na história educacional brasileira (CUNHA, 2005a; 2005b; 2005c).

Às *elites condutoras do país* foi reservado o *ensino secundário, o normal e o superior*, ficando para o ensino profissionalizante o objetivo de garantir a formação adequada aos filhos da *classe operária*, aos *desvalidos da sorte* e aos *menos afortunados*, ou seja, aqueles que necessitavam ingressar precocemente no mercado de trabalho. O legado dessa história reforçou a separação entre trabalho intelectual e manual, “entre o ‘teórico’ e o ‘prático’ ou o ‘técnico’” (GIMENO SACRISTÁN, 2000, p. 65).

Portanto, é a essa separação entre o teórico e o prático que o Parecer CNE/CEB nº. 16/99 explica como sendo um dos resultados da reprodução do dualismo existente na sociedade brasileira entre as “elites condutoras” e a “maioria da população”. Na perspectiva crítica, esse parecer apenas reforça o posicionamento quanto à compreensão de que a escola e a educação escolar podem vir a assumir na sociedade contemporânea um papel ideológico de reprodução das relações sociais desiguais, onde apenas um seletivo grupo é preparado para pensar e comandar, enquanto a grande maioria da sociedade é treinada para obedecer e trabalhar para sustentar essa elite de sanguessugas.

Na atualidade, a ideologia de uma educação focada na concepção produtivista, no desenvolvimento de competências profissionais reacende as discussões dos objetivos do ensino técnico, das práticas tecnicistas, das diretrizes e das orientações para elaboração dos currículos dos cursos profissionalizantes, da inserção dos técnicos formados na divisão sociotécnica do trabalho, assim como das relações entre escola e mercado de trabalho.

As relações de poder no campo educacional e, especificamente, no da educação profissional técnica, expressam-se por meio da defesa de diferentes projetos de sociedade que conformam a processualidade sócio-histórica das políticas curriculares nessa área, na qual estão presentes as contradições e as mediações entre os diferentes grupos sociais em disputa,

que, por meio de derrotas, vitórias e consensos imprimem determinadas visões de mundo em torno de questões como: papel do profissional técnico na sociedade, perfil profissional de conclusão dos cursos técnicos e identidade profissional dos técnicos formados. Portanto, relações de poder e visões de mundo que repercutem na formulação e no direcionamento dos currículos dos cursos técnicos.

As escolas técnicas, de um modo geral, vêm assumindo a tarefa da profissionalização a partir do desenvolvimento de competências profissionais e comportamentais para atuação no mercado de trabalho, atuando tanto na formação profissional alinhada com a reprodução social, econômica e cultural da sociedade de mercado quanto na crítica dessas mesmas relações.

Na atualidade, percebemos um movimento antagônico no ensino profissional técnico, ou melhor, identificamos uma contradição, conforme a análise dialética. Por um lado, conforme Freitas (2013, p. 49), a educação atrelada cada vez mais às grandes corporações traz como seu objetivo: “organizar a educação como os negócios são organizados: o que é bom para mercado é bom para a educação”. Ou seja, na contemporaneidade as propostas curriculares desenvolvidas no ensino profissional técnico apontam maior ênfase aos princípios da racionalidade, da eficiência e da produtividade (FREITAS, 2013), centradas na dimensão do *saber fazer*, em conformidade com os princípios do modelo neoliberal, de acordo com os objetivos da sociedade de mercado, quais sejam: produtividade e lucro, pensando-se na iniciativa privada; e, economia de recursos e corte de investimentos no caso da administração pública, quando não, a privatização dos serviços públicos via organizações sociais.

Por outro lado, o ensino técnico quando fundamentado no pressuposto do trabalho como princípio educativo possui a potencialidade de vir a tornar-se práxis (GIMENO SACRISTÁN, 2000, p. 49) ao articular práticas sociais e conhecimentos técnico-científicos, podendo vir a construir uma unicidade no processo de ensino e de aprendizagem. Ademais, com a possibilidade de integração das dimensões do “teórico” e do “prático” seria possível pensar em uma unidade centrada no currículo, com ênfase na superação da fragmentação do conhecimento e da ultrapassagem da dicotomia entre a prática e a teoria, reunificando o *ser*, o *fazer* e o *agir*, cujo foco estaria na formação integral do cidadão-trabalhador, a partir de um currículo integrador, ou melhor, de um currículo integrado.

Acrescentamos, ainda, que no campo da saúde pública as políticas na área de educação profissional em saúde, mais especificamente nesta tese, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), visam também à democratização do acesso à educação profissional.

“Nesse mesmo sentido, a luta pela profissionalização dos trabalhadores da saúde é também a luta por um projeto político da sociedade” (GALVÃO; SOUSA, 2012, p. 26). Portanto, um projeto político de luta pela efetivação dos direitos da cidadania, do acesso e da permanência na escola, assim como por uma educação profissional técnica de qualidade que vise tanto apoiar o desenvolvimento da autonomia intelectual dos trabalhadores quanto o cumprimento dos princípios e das diretrizes do SUS.

Nesse passo, após refletirmos sobre os interesses em disputa quanto aos objetivos da educação escolar, assim como sobre as contradições das finalidades da educação profissional técnica, podemos iniciar a discussão quanto ao currículo escolar. Aqui, currículo compreendido como espaço de relações e disputas por poder sobre qual projeto de sociedade se pretende para o país, portanto que cidadão se pretende formar.

As diferentes teorias do currículo, tradicionais, críticas e pós-críticas seguiram perspectivas diversas em razão das várias determinações decorrentes das mudanças sócio-históricas que se fizeram repercutir na visão de mundo sobre as relações em sociedade, as finalidades da educação, assim como da educação escolar. Aqui, visão de mundo é compreendida enquanto categoria marxista de análise, que explicita as disputas nos campos político e ideológico entre os diferentes grupos sociais, ou melhor, entre as classes sociais em disputa (GOLDMANN, 1979).

Na contemporaneidade, à educação escolar são atribuídos inúmeros objetivos, como, por exemplo, a escolarização para aquisição da educação básica e geral; a formação para o exercício da cidadania e da fruição da produção cultural; o desenvolvimento de competências para o mundo do trabalho e para o exercício profissional. Em decorrência dessa diversidade de objetivos da educação escolar, em alguns momentos as diferentes teorias curriculares se complementam e em outros se antagonizam, o que demonstra cada vez mais que na atualidade o currículo vem se constituindo como um conceito polissêmico e um campo de disputas políticas e ideológicas.

Entretanto, independentemente, da perspectiva epistemológica e social que fundamenta a teoria curricular, acreditamos que pressupostos filosóficos (visão de mundo, de homem e de sociedade), pressupostos pedagógicos e psicológicos a respeito do processo de ensino e de aprendizagem e pressupostos socioculturais (sociedade, cultura e escola) estão presentes explícita ou implicitamente em todas e qualquer teoria curricular, pois as teorias do currículo estão em alguma medida articuladas com as teorias educacionais mais amplas.

Neste estudo, a concepção sobre o currículo foi sendo apresentada e articulada ao longo das temáticas desenvolvidas nos capítulos precedentes. Neste capítulo, iniciamos o

resgate das dimensões do currículo anteriormente apresentadas. O objetivo desta retomada é demarcar e aprofundar nossa perspectiva de análise do currículo do CTVS pelo enfoque crítico do currículo.

Segundo Silva (2015, p. 17), as teorias críticas do currículo enfatizam os conceitos de: “ideologia, reprodução cultural e social, poder, classe social, capitalismo, relações sociais de produção, conscientização, emancipação e libertação, currículo oculto e resistência”. Conceitos que se articulam com os pressupostos teórico-filosóficos do nosso método de investigação, qual seja: o enfoque materialista histórico e a concepção dialética de educação e de currículo.

Anteriormente afirmamos que no âmbito escolar o currículo é um campo de disputas políticas e ideológicas em torno de interesses econômico, social, político e de valores. Contudo, ele é um documento oficial da instituição escolar, tornando-se a expressão material do projeto político pedagógico da escola. Também se concordou com Gimeno Sacristán (2000) que o currículo se constrói no contexto da própria prática pedagógica, no cruzamento de influências entre campos diversos de saber e de práticas sociais, aí incluídas as ações desenvolvidas no mundo do trabalho.

Segundo Silva (2015, p. 14), “a questão central que serve de pano de fundo para qualquer teoria do currículo é a de saber qual conhecimento deve ser ensinado. De uma forma mais sintética a questão central é: o quê? [...] o que eles ou elas devem saber?”. A partir de uma perspectiva crítica do currículo acrescentaríamos outras indagações: para quê, para quem e contra quem a educação escolar estará a serviço? E com base em Apple (2006, p. 50), ainda questionamos: “‘De quem é a cultura?’, ‘A que grupo social pertence esse conhecimento?’ e ‘No interesse de que determinado conhecimento (fatos, habilidades, propensões e inclinações) é ensinado em instituições culturais como as escolas?’”. Logo, as teorias do currículo estão intrinsecamente relacionadas às justificativas e aos porquês da seleção, da inclusão e da exclusão de determinados conhecimentos teóricos ou práticos de uma proposta curricular.

Retomando o pensamento de Hamilton (1992) e de Silva (2015), esboçados na Introdução deste estudo, compreendemos que o sentido de *ser* do currículo seria o de indicar o caminho, apontando a direção e definindo aonde se quer chegar, qual indivíduo e qual o perfil de profissional de saúde se quer para a sociedade presente e futura. Em outras palavras, indagamos qual a identidade profissional e social que se pretende construir por meio de processos educativos intencionais, sejam eles desenvolvidos no ambiente educacional da escola ou no local de trabalho.

O currículo possui a potência para direcionar a construção das identidades pessoal, social, cultural e profissional. Na educação profissional técnica, um exemplo desse direcionamento é a definição prévia dos perfis de conclusão dos cursos que esboçam a intencionalidade de qual perfil profissional se almeja formar. “A este perfil corresponde uma identidade projetada - um modo de perceber e atuar sobre uma realidade específica - que se quer desenvolvida em todos os egressos” (BATISTELLA, 2009, p. 84).

Por outro lado, também se compreende que os sujeitos do currículo dos cursos técnicos se constroem na práxis, ou seja, constroem-se tanto nas atividades pedagógicas ao longo do desenvolvimento do curso, quanto na vivência dos processos sociais mais amplos, aí incluídos o exercício profissional e a luta política coletiva organizada em torno de associações, sindicatos e partidos políticos. Neste estudo, é importante reforçar que os sujeitos do currículo, alunos, docentes, coordenadores e membros do GT do CTVS, são servidores públicos e, portanto, tratam-se de sujeitos adultos, trabalhadores de saúde, inseridos no SUS.

Em relação aos ACEs, que foram os discentes do CTVS, soma-se a construção de suas identidades profissionais, o fato de que, tanto a função de ACE, quanto à função de TVS, são atividades profissionais ainda não regulamentadas como profissão. Além desse fato, agregam-se também as incertezas quanto ao futuro da função de TVS na própria SMS, o que acrescenta outros elementos à construção de suas identidades profissionais.

Na SMS, os servidores do Sistema Municipal de Vigilância em Saúde (SMVS) foram afetados em maior ou menor grau pelas práticas educativas diretamente ligadas ao desenvolvimento do CTVS, assim como por seus desdobramentos nas esferas administrativa e política. Em relação à esfera administrativa, por exemplo, destacamos o fato de as ausências constantes dos profissionais envolvidos com o CTVS terem determinado alterações nas rotinas de trabalho ao longo do curso. Quanto à esfera política, o fato dos ACEs terem se conscientizado quanto à importância do trabalho por eles desenvolvido levaram a uma série de conflitos com outros profissionais, especialmente, com os servidores das carreiras de nível superior, pois os ACEs, principalmente os alunos do CTVS, mas não exclusivamente, não mais aceitavam a posição de subalternidade imposta por alguns dos seus supervisores de “nível superior”.

Na próxima seção, pretendemos analisar as determinações oficiais que incidiram sobre o currículo prescrito do CTVS, assim como alguns dos sentidos que o trabalho, a educação profissional técnica e o currículo podem assumir quando desenvolvidos por uma escola técnica do SUS, como é o caso do CTVS que foi executado pela ETSUS-SP, no período de 2010 a 2016.

## **5.2 Currículo prescrito: Diretrizes e Orientações Nacionais para Formação do Técnico em Vigilância em Saúde**

Primeiramente, é importante reafirmar que, por currículo prescrito neste estudo, compreendemos os documentos oficiais do Estado que conformaram as diretrizes e as orientações para a organização dos currículos dos cursos técnicos na área da saúde. O currículo prescrito do CTVS é composto por legislações que estavam vigentes no período de 2010 a 2011, quando da elaboração e aprovação do seu plano de curso pelo Conselho Municipal de Educação da Prefeitura do Município de São Paulo (Parecer n.º 220/2011. SÃO PAULO, 2011a).

Nas próximas seções (5.2.1 e 5.2.2), pretendemos analisar, especificamente, as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional Técnica, com base no Parecer CNE/CEB n.º. 16/99 e na Resolução CNE/CEB n.º. 04/99; os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico da Área Profissional: Saúde, de 2000; a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, de 2004; o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, de 2008; o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde, de 2010; e, as Diretrizes e Orientações para Formação Técnica em Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, de 2011. Portanto, diretrizes, orientações e princípios, que subsidiaram a elaboração e a execução do currículo do CTVS na SMS no período de 2010 a 2016.

Apesar de não termos mencionado, logo acima, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), de 1996, sancionada pelo ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, nem suas alterações incluídas pela Lei n.º. 11.741, de 16 de julho de 2008, sancionada pelo ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que teve por objetivo redimensionar, institucionalizar e integrar as ações da educação profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da educação profissional e tecnológica, é importante explicitar que o currículo do CTVS atendeu e cumpriu todas as exigências e determinações da LDBEN, assim como a legislação pertinente à educação profissional técnica.

De um modo geral, a legislação na área da educação profissional técnica apresenta orientações que sinalizam perspectivas teórico-metodológicas fundamentadas em diferentes matrizes político-ideológicas. De um lado, é possível identificar as influências do mercado de trabalho e do projeto neoliberal de organização do Estado, visando à formação do trabalhador já para a flexibilização das relações de trabalho, como, por exemplo, a proposição da

modelagem dos currículos por competência profissional (Parecer CNE/CEB nº. 16/99 e Resolução CNE/CEB nº. 04/99), visando à formação de trabalhadores polivalentes, ou seja, de personalidades flexíveis para a adaptação à realidade instável e incerta do mercado neoliberal (CIAVATTA; RAMOS, 2012).

Por outro ângulo, também é possível identificar alguns elementos mais alinhados à luta pela democratização da educação e da autonomia pedagógica das escolas, por exemplo, a possibilidade de escolha, por parte das instituições escolares, de organização dos currículos dos cursos técnicos por eixos tecnológicos (Lei nº. 11.741/2008), o que permitiria maior autonomia na construção de itinerários formativos diversificados, os quais seguindo essa orientação poderiam tornar-se mais alinhados aos interesses dos alunos, assim como da realidade e das necessidades da comunidade escolar, como foi o caso do CTVS.

A partir desses elementos, pretendemos analisar as determinações oficiais que incidiram sobre a elaboração e a execução do currículo do CTVS, assim como alguns dos sentidos que o processo de trabalho na SMS, o modelo de ensino por competências e os princípios e as diretrizes do SUS assumiram na ETSUS-SP.

### *5.2.1 Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*

A proposta desta seção é apresentar e analisar as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio, de 1999, com foco na execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) no SUS<sup>72</sup>. Porém, ao iniciarmos, é importante retomar o inciso III, do art. 200 da Constituição Federal de 1988, qual seja: “Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988)<sup>73</sup>.

Para tanto, vejamos o posicionamento da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde, expresso no documento intitulado

---

<sup>72</sup> “A educação permanente em saúde foi amplamente debatida pela sociedade brasileira organizada em torno da temática da saúde, tendo sido aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) como política específica no interesse do sistema de saúde nacional, o que se pode constatar por meio da Resolução CNS n.º 353/2003 e da Portaria nº 198/2004” (PEREIRA; LIMA, 2008, p. 163).

<sup>73</sup> Este capítulo segue a mesma linha de argumentação de trabalho anteriormente publicado, em Veltri (2011). As citações diretas e indiretas ao texto anteriormente mencionado constam ao longo desta tese, especialmente neste capítulo. Porém, é importante destacar que, por tratar-se de capítulo que se refere à legislação brasileira, a bibliografia e os documentos utilizados para sustentar e fundamentar a argumentação são os mesmos do trabalho anteriormente publicado. Aqui, buscamos tão somente ampliar a pesquisa bibliográfica.

Diretrizes e Orientações para Formação Técnica em Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, datado de 2011:

Para a SGTES, a coordenação da formação de recursos humanos na área da saúde implica a ampliação da formação profissional técnica de nível médio, inclusive, como estratégia de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). 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, 2011b, p. 7).

O inciso III, do art. 200 da Constituição Federal de 1988, explicita que compete ao SUS, além de outras medidas necessárias para sua implementação, a responsabilidade constitucional quanto à ordenação da formação profissional na área da saúde. Portanto, é, nesse sentido, que a SGTES, do Ministério da Saúde, em 2011, apresentou como sua proposta a ampliação da formação técnica no SUS e o estabelecimento de parcerias para proposição dos referenciais e das diretrizes do processo de formação do técnico em vigilância em saúde.

Neste estudo, como dito anteriormente, nosso interesse encontra-se, particularmente, focado na análise crítica do currículo do CTVS que, por sua vez, está inserido no contexto do ensino profissional técnico desenvolvido no SUS. Nos capítulos anteriores, já havíamos concluído que o modelo de administração pública implantado na SMS, no que se refere à gestão do SUS, possui a marca de um modelo heterogêneo, mas que assinala como uma de suas diretivas, apesar de suas contradições, a necessidade tanto do desenvolvimento institucional, quanto da qualificação dos trabalhadores do sistema de saúde.

A PNEPS é a estratégia de efetivação dos processos de educação na saúde no SUS: “a lógica da educação permanente é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar” (BRASIL, 2003, p. 3), e o seu principal objetivo é a educação em serviço, a partir do desenvolvimento institucional, da qualificação e da formação profissional dos trabalhadores de saúde com base nos princípios e diretrizes do SUS.

O ensino profissional técnico desenvolvido no SUS está intimamente relacionado com as propostas expressas na PNEPS, que, por sua vez, visam articular: “gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 51). Esse conjunto de dimensões foi conceituado por Ceccim e Feuerwerker (2004), como sendo o *quadrilátero da formação para a área da saúde*, no qual: “a qualidade da formação passa a resultar da apreciação de critérios de relevância para o desenvolvimento tecnoprofissional, o

ordenamento da rede de atenção e a alteridade com os usuários” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 47).

Portanto, a proposição da PNEPS, segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) resgata e ao mesmo tempo dá um passo à frente ao articular o ensino desenvolvido no SUS ao ideário de universalidade, integralidade e equidade da atenção, princípios, originalmente, idealizados a partir da década de 1970 pelo Movimento da Reforma Sanitária brasileira. Destarte, uma educação profissional desenvolvida em serviço, nos espaços de trabalho e de atendimento do SUS que pretende superar aquelas visões de ensino técnico na área da saúde, fragmentado em disciplinas teóricas e práticas, assim como aquela de educação profissional para o desenvolvimento, exclusivamente, de determinados conjuntos de procedimentos e técnicas, em conformidade com o no modelo biomédico de ensino, tal como desenvolvido sob a égide do antigo modelo do Sistema Nacional de Saúde, que antecedeu o do SUS. Retomaremos a discussão quanto ao modelo biomédico de ensino mais à frente, quando discutirmos a integralidade em saúde como diretriz norteadora da formação para o SUS.

A Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº. 198/2004 que institui a PNEPS (BRASIL, 2004b) visa “implementar os princípios de co-responsabilidade e descentralização locorregionais, mediante estratégias de negociação e pactuação entre as três esferas governamentais, conforme os princípios do projeto ético-político da Reforma Sanitária” (VELTRI, 2011, p. 20). Um projeto que implica uma ética de planejamento e de gestão descentralizada e municipalizada, conforme os princípios instituídos pelo SUS, em especial as diretrizes que estabelecem a integralidade em saúde e o controle social das ações desenvolvidas no SUS.

Logo, a gestão da PNEPS não é privativa ou exclusiva aos gestores e trabalhadores do SUS. Conforme esboçado anteriormente na Introdução desta tese, a gestão da PNEPS congrega também os representantes do segmento da sociedade civil. Isto porque sua proposta é: “potencializar o processo democrático, possibilitando a troca de saberes e práticas, com foco nas necessidades de saúde dos usuários e das comunidades” (VELTRI, 2011, p. 20). É nesse sentido que a educação permanente em saúde é compreendida como aprendizagem no trabalho:

[...] onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm.

Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009, p. 20).

É, exatamente no sentido da construção de uma formação dos trabalhadores do SUS centrada nas necessidades de saúde dos indivíduos e das comunidades, assim como no respeito às singularidades do território, que a educação permanente em saúde vem, na prática cotidiana dos serviços de saúde, possibilitando a criação de novos processos formativos, visando superar as ações de educação em serviço descontextualizadas da realidade profissional dos trabalhadores de saúde e distanciadas dos territórios e das demandas dos usuários do SUS. A PNEPS propõe identificar:

[...] as necessidades de construir estratégias e políticas no campo da formação e do desenvolvimento, sempre buscando melhorar a qualidade da gestão, aperfeiçoar a atenção integral à saúde, popularizar o conceito ampliado de saúde e fortalecer o controle social (BRASIL, 2004b, p. 17).

Além disso, Pereira e Lima (2008) explicitam o sentido filosófico-pedagógico do conceito de educação permanente em saúde:

A educação permanente em saúde [...] é um conceito forte e desafiante para pensar as ligações entre a educação e o trabalho em saúde, colocar em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida, do trabalho, do homem, da saúde, da educação e das relações (PEREIRA; LIMA, 2008, p. 163).

Compreendemos, ao analisar a proposta da PNEPS, o quão desafiantes e profundos são seus princípios político-filosóficos, com base na descentralização do poder administrativo e da formação dos trabalhadores do SUS, centrada nas necessidades de saúde dos cidadãos e no princípio da integralidade em saúde. Trata-se de uma proposição de mudança dos princípios que é fundamental os modelos de gestão burocrático e gerencial para outro paradigma que valorize as dimensões das práticas profissionais humanizadas, a partir da valorização dos trabalhadores e dos usuários do SUS (VELTRI, 2011, p. 20). Portanto, compreendemos que o paradigma da formação profissional no SUS deva ter por pressuposto as necessidades de saúde dos cidadãos, a integralidade do cuidado e a gestão social da administração pública.

Na verdade, “a educação permanente em saúde não expressa, portanto, uma opção didático-pedagógica, expressa uma opção político-pedagógica” para a formação dos trabalhadores de saúde no SUS (PEREIRA; LIMA, 2008, p. 163), tornando-se imprescindível, para viabilizá-la currículos que possam articular as dimensões do trabalho na saúde pública, da gestão, da atenção à saúde, do controle social e do ensino em saúde, a partir de práticas teórico-metodológicas críticas, problematizadoras e transformadoras da realidade.

A PNEPS propõe a superação daquela visão simplista de trabalhador como recurso humano, aproximando-se de uma perspectiva político-filosófica do trabalho enquanto princípio educativo e humanizador, reconhecendo a importância e ao mesmo tempo valorizando o papel e a função do profissional de saúde como um trabalhador que pensa, sente e toma decisões ao executar e viabilizar as políticas sociais do Estado. Desse modo, a PNEPS propõe: “demover os servidores públicos do lugar passivo de cumpridores de ações protocolares, elevando-os a um patamar de maior responsabilidade e compromisso com as necessidades de saúde das pessoas e das comunidades” (VELTRI, 2001, p. 20). Por conseguinte,

Uma condição indispensável para um aluno, trabalhador de saúde, gestor ou usuário do sistema de saúde mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos é o desconforto com a realidade naquilo que ela deixa a desejar de integralidade e de implicação com os usuários. A necessidade de mudança, transformação ou crescimento vem da percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar alguma coisa está insatisfatória ou insuficiente em dar conta dos desafios do trabalho em saúde. Esse desconforto funciona como um estranhamento da realidade, sentindo que algo está em desacordo com as necessidades vividas ou percebidas pessoalmente, coletivamente ou institucionalmente (CECCIM; FERLA, 2008, p. 164).

Na perspectiva político-filosófica contida na PNEPS, o processo de trabalho é o princípio, o meio e o fim da ação educativa, não no sentido da reprodução das tarefas e das ações rotineiras. Muito pelo contrário, pois a PNEPS apresenta como pressuposto que a formação em serviço no SUS só será efetivada à medida que *o desconforto com a realidade naquilo que ela deixa a desejar de integralidade* provoque *a necessidade de mudança*. O ensino profissional técnico desenvolvido no SUS atinge seus objetivos quando provoca nos trabalhadores-alunos *o estranhamento* da realidade cotidiana e a responsabilidade de comprometer-se, ou nas palavras de Ceccim e Ferla (2008), de se implicar com os usuários do sistema de saúde. Ou seja, é uma educação que tem como um dos seus fundamentos humanizar as relações de/no trabalho desenvolvido na área da saúde pública.

Destacamos que “a opção de considerar o processo de trabalho em saúde como eixo estruturante para a formulação de uma proposta de educação profissional de nível técnico [...] exige uma discussão [...] sobre política, tecnologia e ética” (BRASIL, 2000, p. 11). A dimensão do trabalho enquanto princípio educativo e orientador das ações pedagógicas desenvolvidas no SUS estão presentes nas diretrizes da PNEPS como valores que possibilitam potencializar as práticas de educação na saúde, visando contribuir “na melhoria das condições de vida e saúde da população, superando as deficiências resultantes da formação e das práticas tradicionais de saúde” (BRASIL, 2005, p. 19). Na SMS, a educação profissional está organizada da seguinte forma:

[...] compreende a formação inicial ou continuada, a formação técnica de nível médio e a formação tecnológica de pós-graduação, na seguinte conformidade: I – cursos e programas de formação inicial e continuada, incluídos os de capacitação, aperfeiçoamento e atualização, em todos os níveis de escolaridade; **II – cursos e programas de educação profissional técnica de nível médio, organizados de acordo com as diretrizes curriculares nacionais e autorizados pelo Conselho Municipal de Educação**; III – cursos de educação profissional tecnológica de pós-graduação, organizados de acordo com as diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (SÃO PAULO, 2011c, grifo nosso).

A oferta de formação para os trabalhadores de saúde na modalidade de educação profissional técnica de nível médio desenvolvida pelas escolas de formação do SUS deverá obedecer às legislações infraconstitucionais, com especial atenção às diretrizes e às orientações das áreas da educação, da saúde e do trabalho e emprego, bem como as determinações e os regulamentos exarados pelos conselhos de fiscalização profissional, tendo em vista que a área da saúde é muito regulamentada. A seguir, vamos ressaltar as regulamentações da área da saúde, que estabelecem os limites aos currículos dos cursos técnicos da área da saúde.

A área de Saúde ocupa-se da produção de cuidados integrais de saúde no âmbito público e privado do sistema de serviços, por meio de ações de apoio ao diagnóstico, educação para a saúde, proteção e prevenção, recuperação e reabilitação e gestão em saúde desempenhadas por profissionais das diferentes subáreas que a compõem. Outro compromisso da área é a interlocução, interação e pactuação com outros setores da economia e da sociedade que têm relevância no estado de saúde da população, e que influenciam na organização dos respectivos serviços. Depreende-se disso que as ações da área possuem um enfoque setorial e outro intersetorial. **Por tratar-se de área de atuação intensamente legislada, impõe limites e fronteiras à atuação dos técnicos de nível médio, o que não pode ser ignorado pelas escolas de educação profissional. No estabelecimento do rol de competências da habilitação proposta, esta deverá estar atenta a esses balizadores de modo que os desenhos curriculares atendam e respeitem à legislação vigente** (BRASIL, 2000, p. 9, grifo nosso).

Com a implantação anterior e progressiva das políticas neoliberais na América Latina, em especial no Brasil, conforme tratado no capítulo III, a década de 1990 teve como expressão a proposição da redução do papel do Estado e a internacionalização das relações econômicas, provocando alterações na organização e na gestão do mundo do trabalho, entre elas a incorporação do modelo das competências na área da educação profissional técnica. Desse modo, “um novo cenário econômico e produtivo se estabeleceu com o desenvolvimento e emprego de tecnologias complexas agregadas à produção e à prestação de serviços [...]” (BRASIL, 1999b, p. 3-4), influenciando as concepções e os modelos pedagógicos propostos para a educação profissional no país. A seguir, destacamos as exigências do mundo corporativo em relação aos trabalhadores:

As empresas passaram a exigir trabalhadores cada vez mais qualificados. À destreza manual se agregam novas competências relacionadas com a inovação, a criatividade, o trabalho em equipe e a autonomia na tomada de decisões, mediadas por novas tecnologias da informação. A estrutura rígida de ocupações altera-se. Equipamentos e instalações complexas requerem trabalhadores com níveis de educação e qualificação cada vez mais elevados. As mudanças aceleradas no sistema produtivo passam a exigir uma permanente atualização das qualificações e habilitações existentes e a identificação de novos perfis profissionais [...]. A educação profissional 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, 1999b, p. 04).

A educação profissional técnica de nível médio passou a ocupar um lugar de destaque no sistema produtivo como possibilidade de qualificação e requalificação da força de trabalho, em consonância com as demandas do mercado e da sociedade contemporânea, cuja tônica são as rápidas mudanças tecnológicas, a flexibilização das relações trabalhistas e a necessidade dos trabalhadores tornarem-se polivalentes para manterem-se empregáveis (TORRES SANTOMÉ, 2013).

Ao mesmo tempo, o setor saúde tornou-se um ambiente mais complexo, marcado pelos avanços tecnológicos e científicos, com novos procedimentos desenvolvidos e rapidamente incorporados à prática cotidiana: “se não abirmos o olho vamos estar diante de um bocado de alternativas de atendimento e tecnologias disponíveis nos serviços, mas que vão ser mal utilizadas e sucateadas por falta de profissionais qualificados para operá-los” (ALGEBAILLE, 2011, p. 18).

Além disso, as tecnologias da informação e a difusão de conhecimentos por meio da comunicação eletrônica estão provocando rápidas alterações nas rotinas de trabalho, bem como ampliando as possibilidades da oferta e do acesso à qualificação e à formação

profissional. De outra forma, apenas terão acesso a esse admirável mundo novo os trabalhadores que possuem fluência digital.

Os funcionários da administração pública, conforme discutido no capítulo III, onde tratamos dos modelos de gestão pública, não ficaram incólumes às reformas do aparelho do Estado iniciadas no final da década de 1980 e implementadas na década de 1990, bem como às mudanças no mundo do trabalho, notadamente na área da saúde. Ao contrário, deles também tem sido esperado maior qualificação técnica para o desempenho de suas funções e domínio das novas tecnologias. Vejamos o que se espera dos profissionais de nível médio técnico:

Do técnico será exigida tanto uma escolaridade básica sólida, quanto uma educação profissional mais ampla e polivalente. A revolução tecnológica e o processo de reorganização do trabalho demandam uma completa revisão dos currículos, tanto da educação básica quanto da educação profissional, uma vez que é exigido dos trabalhadores, em doses crescentes, maior capacidade de raciocínio, autonomia intelectual, pensamento crítico, iniciativa própria e espírito empreendedor, bem como capacidade de visualização e resolução de problemas (BRASIL, 1999b, p. 14).

Ao articularem-se as diretrizes e orientações da educação profissional técnica aos princípios e objetivos da PNEPS, visando-se à formação de trabalhadores de saúde já inseridos no SUS, compreendemos que será a construção locorregional dos planos de curso o fator que melhor expressará o sentido ético-político dos cursos de educação profissional técnica de nível médio na área de saúde.

Neste ponto, torna-se oportuno novamente reforçar a importância e o significado da descentralização das políticas de educação e de saúde para a construção de currículos mais alinhados às necessidades dos trabalhadores e das organizações públicas que compõem o SUS, obviamente, sem esquecermo-nos do foco nas necessidades de saúde dos usuários do sistema público de saúde e da integralidade da assistência ofertada a esses mesmos cidadãos.

As prerrogativas constitucionais e a legislação infraconstitucional das áreas da educação e da saúde convergem no mesmo sentido, qual seja: políticas, programas e projetos de qualificação e de formação profissional devem ser propostos e organizados por cada esfera subnacional, a partir das demandas locais, considerando suas especificidades regionais e institucionais. É, nesse sentido, que a proposição e a construção de planos de curso elaborados coletivamente nos municípios assumem uma dimensão política e social para além das regionalizações e das divisões administrativas meramente burocráticas.

A oferta de cursos técnicos na área da saúde e, particularmente, aqueles desenvolvidos no SUS, além da necessidade de estar alinhados às demandas locorregionais, devem buscar

atender aos interesses dos trabalhadores-estudantes e às necessidades de saúde dos usuários do SUS. Vejamos o que consta nos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico da Área Profissional: Saúde (BRASIL, 2000):

Em síntese, a Educação Profissional de Técnicos de Nível Médio para a Área de Saúde requer uma revisão de paradigmas e pressupostos dessa área profissional, no sentido de atender às demandas geradas pelo mercado hoje. Para tanto, as escolas de Educação Profissional, para construir suas propostas de profissionalização, necessitam responder a uma série de questionamentos: Quem é o técnico de nível médio na área de Saúde? Que tipo de profissional pretendemos formar? O que o mercado espera desse profissional? Quais as expectativas profissionais dos alunos de cursos técnicos da área de Saúde? Qual o papel desse profissional na sociedade? (BRASIL, 2000, p. 15).

Apesar de terem sido formulados em 2000, os questionamentos constantes dos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico da Área Profissional: Saúde, ainda são atuais para proposição e elaboração de currículos de cursos técnicos na área da saúde. Porém, acrescentaríamos aos questionamentos, no caso específico do CTVS: qual o papel do TVS na sociedade, no SUS e na SMS? Todavia, as questões que melhor sintetizaram o movimento do currículo do CTVS em construção foram: qual o futuro do TVS na SMS, no SUS e na sociedade?

Ao se elaborar o currículo do CTVS, os coordenadores do curso e os membros do GT do CTVS buscaram ir respondendo ao primeiro grupo de questões. Na verdade, as respostas àquelas perguntas constituíram o próprio plano de curso, ou seja, são a própria essência do currículo, respondendo o para quem, o para que e o porquê da realização do curso. Resposta que, neste estudo sobre o currículo do CTVS, já foram, em parte, anteriormente apresentada. Quanto ao segundo rol de indagações que tratam do futuro do profissional formado, tais indagações foram direcionadas aos coordenadores do curso, que são os sujeitos de pesquisa deste estudo, cujas respostas estão mais à frente, no capítulo VI.

Por outro lado, as questões acima citadas, constantes dos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico da Área Profissional: Saúde, precisam ser compreendidas de forma crítica, pois não podemos perder de vista a necessidade de questionar as exigências do atual mercado de trabalho, cuja tônica principal é a precarização do trabalho e a flexibilização das relações trabalhistas, o que também vem afetando a administração pública, em especial, na implementação, ou melhor, na continuidade do SUS.

Em síntese, é possível identificar que incidiram diretamente sobre a elaboração do currículo do CTVS as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio, assim como as orientações da PNEPS do Ministério da Saúde. A seleção e a

organização dos conteúdos do currículo do CTVS tiveram por base atender tanto às demandas de formação profissional dos servidores-alunos da SMS, com foco nas necessidades de saúde do município de São Paulo, quanto aos objetivos institucionais da Covisa e às metas do Plano Municipal de Saúde do município de São Paulo (2010/2013).

Na próxima seção, analisaremos o Programa de Formação Profissional de Nível Médio para a Saúde (Profaps), de 2010, e o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT), de 2008, que incidiram outras recomendações e determinações ao currículo do CTVS.

### *5.2.2 Programa de Formação Profissional de Nível Médio para a Saúde e as recomendações do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos*

O Profaps, é uma das políticas indutoras do Ministério da Saúde para qualificação e formação profissional dos trabalhadores de saúde de níveis fundamental e médio do SUS, cuja finalidade é impulsionar a oferta de cursos técnicos em regiões com escassez de escolas técnicas, bem como em áreas técnico-profissionais insuficientemente atendidas como é o caso das vigilâncias do campo da saúde<sup>74</sup>.

O Profaps ao mesmo tempo em que propicia o apoio técnico, pedagógico e financeiro às ações de formação dos trabalhadores do SUS, também corrobora com a educação permanente daqueles profissionais que exercem as funções de coordenadores e docentes dos programas e dos cursos por ele subsidiados nos estados e municípios. Dessa forma, o texto a seguir explica o porquê da importância dos investimentos em formação no SUS:

O setor da Saúde é responsável pela maior política brasileira de inclusão social. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado para atender a todos os cidadãos, é a mais importante reforma de Estado em curso no País. O fortalecimento do SUS, que é de interesse de todos nós, depende diretamente de pessoas dos diversos segmentos sociais, pessoas que têm a tarefa ética e política de dar continuidade ao processo iniciado pelo Movimento Sanitário. Desde que foi criado, o SUS já provocou profundas mudanças nas práticas de saúde, mas ainda não é o bastante. **Para que novas mudanças ocorram, é preciso haver também profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. Isso significa que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender** (BRASIL, 2005, p. 06, grifo nosso).

---

<sup>74</sup> No site oficial da Escola Joaquim Venâncio consta que: “A meta do Profaps é formar 260 mil trabalhadores até 2011”, conforme informação datada de 19/10/2010. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/profaps>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

Fica explicitado que para o SUS cumprir sua missão de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos cidadãos será necessário alterar os modos de ensinar e aprender a fazer saúde, o que justifica os investimentos nas ações de educação na saúde, ou seja, nos programas e cursos de qualificação e formação profissional. Logo, será preciso sensibilizar os trabalhadores quanto à importância da educação permanente em saúde, com vistas à incorporação de práticas tecnicamente atualizadas, humanizadas e acolhedoras, para uma melhor atuação na relação de cuidado com os cidadãos, usuários do sistema público de saúde (VELTRI, 2011, p. 15).

Aos profissionais que atuam na saúde pública soma-se o compromisso com “a Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito” (BRASIL, 2006, p. 05). Ou seja, é preciso garantir que as ações de educação na saúde tenham por fundamento os princípios e as diretrizes do SUS. Desse modo, formar trabalhadores como profissionais de nível técnico: “é um componente decisivo para a efetivação da política nacional de saúde, capaz de fortalecer e aumentar a qualidade de resposta do setor da saúde às demandas da população” (BRASIL, 2009, p. 25).

Acreditamos que investir na formação técnica pode resultar no desenvolvimento institucional das Unidades de Saúde, elevando a qualidade dos serviços prestados e a segurança dos procedimentos executados, tendo em vista: “o papel dos trabalhadores de nível técnico no desenvolvimento das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2009, p. 25). Isto porque os trabalhadores de níveis fundamental e médio executam muitos procedimentos de cuidado ou de apoio ao diagnóstico, assim como no caso dos ACEs, que realizam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, agravos e riscos, diretamente nos territórios e nas casas dos municípios, visando o controle de doenças.

Acrescentamos que as organizações públicas de saúde que pretendam prestar serviços de qualidade, objetivando atender às necessidades de saúde dos indivíduos e das comunidades com eficiência e eficácia, responsabilidade técnica e social, necessariamente, precisarão fomentar a qualificação dos seus funcionários, assim como de suas equipes, aí incluídos, os trabalhadores de níveis fundamental e médio, visando à prestação de serviços à altura das exigências dos cidadãos (VELTRI, 2011, p. 15).

No SUS, como mencionado anteriormente, as atividades de desenvolvimento de competências profissionais, cursos e programas de capacitação e de educação permanente em saúde estão inseridas numa área técnica que se consolidou denominar de Gestão do Trabalho. É significativo esclarecer que no SUS a política de gestão do trabalho tem, dentre seus objetivos o estabelecimento de garantias aos trabalhadores de saúde, visando à proteção social e às condições de trabalho. Vejamos o que consta nesta política:

Gestão do Trabalho no SUS [é a] Política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. Notas: i) O trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. ii) Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. iii) Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros. iv) A implementação dessa proposta vem sendo difundida a partir de 2003, com a criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde e de seus dois departamentos: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) e Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) (BRASIL, 2009, p. 28).

Portanto, é no contexto das políticas de gestão do trabalho, de educação na saúde e da determinação constitucional que compete ao Ministério da Saúde a ordenação da formação de recursos humanos para a área da saúde, que se procurou construir a proposta do Profaps. Destacamos, como essencial nos projetos educacionais apoiados pelo Profaps, que a construção dos perfis profissionais de conclusão dos cursos atentem para as demandas sociais e as necessidades de saúde locais de cada esfera subnacional.

As origens do Profaps remontam ao ano de 2002. Porém, sua implementação ocorreu por meio da Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº. 3.189, de 18 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009). Seu objetivo principal foi subsidiar a qualificação e a formação profissional para os trabalhadores do SUS que atuam nos serviços públicos de saúde, prioritariamente, daqueles trabalhadores sem formação específica na sua área de atuação. Vejamos alguns detalhes quanto à Portaria de criação do Profaps:

As diretrizes e estratégias para a implementação do Profaps foram definidas em 18 de dezembro de 2009, com a publicação da Portaria nº 3.189. Nela, ficou estabelecido que as Escolas Técnicas de Saúde do SUS, as Escolas de Saúde Pública e os Centros Formadores vinculados aos gestores estaduais e municipais de saúde têm prioridade na formulação e execução técnica e pedagógica dos cursos ‘como um componente para seu fortalecimento’. Por outro lado, o documento deixa a critério da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a pactuação de projetos de outras escolas legalmente reconhecidas e habilitadas quando na região não houver alguma das instituições prioritárias ou mesmo se a sua capacidade for insuficiente para atender à demanda de formação (ESPJV, 2018, s/n).

Os cursos apoiados pelo Profaps têm como locus privilegiado para sua execução as ETSUS, as Escolas de Saúde Pública e os Centros Formadores do SUS. Segundo consta na Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº. 3.189/2009, em seu art. 3º, as áreas técnico-

profissionais estratégicas são: “Radiologia, Patologia Clínica e Citotécnico, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária, **Vigilância em Saúde** e Enfermagem” (BRASIL, 2009, p. s/n, grifo nosso).

A partir da priorização das áreas profissionais estratégicas para o desenvolvimento de cursos técnicos, anteriormente apresentadas, os responsáveis pela gestão da SMS, a saber a coordenadora da gestão de pessoas da SMS, a coordenadora da Covisa, a diretora da EMS, a coordenadora da ETSUS-SP, tomaram a decisão técnica e política de que seria adequado ofertar a formação de TVS para os servidores da carreira de ACE. Consequentemente, foi a partir daquela decisão técnico-política que se deu início ao projeto do CTVS.

O Projeto de Curso, que foi elaborado para concorrência do Profaps/2010, estava em conformidade com as definições da Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº. 1.626, de 24 de junho de 2010, sendo elaborado com base no Anexo III, da Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº. 3.189/2009, que trata das diretrizes e orientações para a elaboração dos projetos de formação técnica de nível médio no âmbito do SUS, que tinha como parâmetro naquela época o Parecer CNE/CEB nº. 16/99 e na Resolução CNE/CEB nº. 04/99, bem como as recomendações expressas no CNCT, em sua primeira versão, datado de 2008 (BRASIL, 2008a).

Neste momento, é importante destacar que o CNCT atua como um instrumento de referência na área da educação profissional técnica, cujo objetivo é relacionar, para cada curso técnico, a descrição das principais atividades desempenhadas pelo técnico, a indicação dos temas a serem abordados ao longo do curso, a infraestrutura recomendada para as escolas, a carga horária mínima da formação ofertada, as possibilidades de atuação e os possíveis locais de trabalho do técnico formado. Porém, o CNCT não é impeditivo do “atendimento às peculiaridades regionais, possibilitando currículos com diferentes linhas formativas” (BRASIL, 2008a, p. 8). Por oportuno, destacam-se as recomendações expressas no CNCT, versão 2008, para o Curso Técnico em Vigilância em Saúde:

**TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE** - 1.200 HORAS. Desenvolve ações de inspeção e fiscalização sanitárias, aplica normatização relacionada a produtos, processos, ambientes, inclusive do trabalho e serviços de interesse da saúde. Investiga, monitora e avalia riscos e os determinantes dos agravos e danos à saúde e ao meio ambiente. Compõe equipes multidisciplinares de planejamento, execução e avaliação do processo de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador. Atua no controle do fluxo de pessoas, animais, plantas e produtos em portos, aeroportos e fronteiras. Desenvolve ações de controle e monitoramento de doenças, endemias e de vetores. **Possibilidades de temas a serem abordados na formação:** Políticas de saúde, epidemiologia, biossegurança, demografia, bioestatística, sistemas de informação em saúde, legislação, ética e bioética. **Possibilidades de atuação:** Instituições de saúde, agências de vigilância, setor

público. **Infra-estrutura recomendada:** biblioteca com acervo específico e atualizado. Laboratório de informática com programas específicos. Laboratório de vigilância em saúde. Laboratório para análises físico-químicas e biológicas (BRASIL, 2008a, p. 38, grifo no original)

Quanto às recomendações do CNCT em relação à formação de TVS é importante destacar, conforme a indicação das Diretrizes e Orientações para Formação Técnica em Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b, p. 23), que o TVS somente atuará no controle do fluxo de pessoas, animais, plantas e produtos quando estiver inserido nos serviços da área da agricultura, pois essas atribuições de controle em portos, aeroportos e fronteiras não competem aos serviços do SUS.

Outro ponto a ser destacado é que a atuação do TVS é regulada diretamente pelo Estado. “É um exercício profissional regulado e fiscalizado diretamente por organismos de Estado, dos quais se destacam o SUS, especificamente, o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (SNVS) e o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (Sinavisa)” (BRASIL, 2011b, p. 23). O TVS é um técnico formado para atuar, prioritariamente, na administração pública.

O CNCT é uma fonte de orientação para a oferta dos cursos técnicos no Brasil. “Desse modo, o Catálogo objetiva, ainda, induzir a oferta de cursos técnicos de nível médio em áreas insuficientemente atendidas”, conforme consta no Parecer CNE/CEB nº. 11/2008. Cabe destacar que o CTVS também representou uma novidade, pois anteriormente à edição do CNCT de 2008 havia algumas poucas ofertas de cursos técnicos voltados, especificamente, para a vigilância sanitária e a vigilância em saúde ambiental.

As recomendações para organização do Curso Técnico em Vigilância em Saúde presentes no CNCT, versão 2008, representam uma *imagem-objetivo*, no sentido da tentativa de fomentar a oferta de uma formação integral na área da vigilância em saúde, ou seja, uma proposta curricular que pudesse vir a formar um técnico capaz de articular os conhecimentos e as práticas desse campo da saúde, resultando em um profissional que pudesse vir a compor qualquer uma das equipes das vigilâncias: sanitária, epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador e controle de vetores e zoonoses.

Por oportuno, vejamos o que constam nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico em relação às recomendações para construção dos currículos dos cursos técnicos:

[...] As diretrizes [Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico] devem possibilitar a definição de metodologias de elaboração de currículos a partir de competências profissionais gerais do técnico por área; e **cada instituição deve poder construir seu currículo pleno de modo a considerar as**

**peculiaridades do desenvolvimento tecnológico com flexibilidade e atender às demandas do cidadão, do mercado de trabalho e da sociedade. Além disso, as diretrizes não devem se esgotar em si mesmas**, mas conduzir ao contínuo processo de formação de técnicos de nível médio, assegurando sempre a construção de currículos que, atendendo a princípios norteadores, propiciem a inserção e reinserção profissional desses técnicos no mercado de trabalho atual e futuro (BRASIL. MEC.CNE/CEB, 19/1999, p. 01, grifo nosso).

Por conseqüente, a partir das recomendações do CNCT e das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico podemos focalizar de modo mais preciso o objeto de pesquisa, pois é exatamente a perspectiva de construção do currículo por parte de cada organização — nesse caso, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo —, bem como a prerrogativa de autonomia na elaboração dos projetos políticos pedagógicos para criar e inovar nos planos de cursos técnicos — neste estudo, a elaboração e a implementação do currículo do curso técnico em vigilância em saúde — que expressa tanto as potencialidades de inovação quanto os limites impostos pelas diretrizes e orientações das políticas nacionais de educação e de saúde na construção de um currículo integrador e inovador. No caso do CTVS, o currículo também procurou atender às necessidades do SMVS, dos ACEs e dos cidadãos, a partir da formação de TVS para o enfrentamento das principais situações de risco à saúde coletiva no município de São Paulo.

Ao destacar a importância de os currículos estarem atrelados à realidade regional, ou mesmo, municipal, referimo-nos à necessidade da formação técnica responder às exigências geradas pelo perfil demográfico, epidemiológico e sanitário de um determinado território ou município, como foi o caso do CTVS. Visto que: “para a área de Saúde isso significa fazer uma educação profissional que contemple as dimensões política, social e produtiva do trabalho humano, aliando formação humanística, essencial e indiscutível, com a formação tecnológica de ótima qualidade” (BRASIL, 2000, p. 17).

Concluimos que as orientações do Profaps e as recomendações do CNCT incidiram sobre os responsáveis pela construção do currículo do CTVS tanto a perspectiva da elaboração de uma proposta curricular inovadora, tendo em vista a novidade desse curso no cenário nacional, quanto à possibilidade da construção de uma proposta curricular integradora no campo das vigilâncias em saúde, pois conforme as recomendações do CNCT, versão 2008, o profissional formado TVS poderá atuar em qualquer uma das áreas temáticas da vigilância em saúde.

Na seqüência, nas próximas seções, nos dedicamos à análise dos pressupostos ordenadores do currículo do CTVS, anteriormente mencionados no capítulo I. Assim serão retomados alguns dos elementos do projeto político pedagógico da Escola Municipal de

Saúde (EMS)/Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo (ETSUS-SP), bem como sua influência e determinação no currículo do CTVS, especialmente, da relação entre o trabalho dos ACEs (alunos do CTVS) e o ensino profissional técnico em vigilância em saúde desenvolvido na SMS.

### **5.3 Pressupostos ordenadores do currículo do curso técnico em vigilância em saúde na ETSUS-SP**

Na seção anterior, o currículo do CTVS foi analisado pela perspectiva das diretrizes e orientações das legislações das áreas da educação profissional técnica e da educação permanente em saúde. Nesta seção, buscaremos contextualizar os pressupostos que foram ordenadores do currículo do CTVS na ETSUS-SP, princípios estes que apoiaram a elaboração do perfil de conclusão do curso. A proposta desta seção não é repetir o que já foi apresentado e problematizado ao longo dos capítulos anteriores; outrossim, propomo-nos a agregar novos elementos explicativos em relação aos porquês dessas escolhas conceituais.

Primeiramente, é importante destacar que as ETSUS, de um modo geral, e a ETSUS-SP, em particular, possuem características bem distintas das escolas técnicas das redes federal e estadual de educação, assim como das escolas técnicas da rede particular de ensino, tendo em vista que as ETSUS possuem como foco principal de sua atuação a qualificação e a formação profissional dos trabalhadores do SUS de níveis fundamental e médio.

O projeto político pedagógico de uma instituição escolar, de um modo geral, é um instrumento cuja finalidade é apresentar a proposta pedagógica da escola, visando registrar os anseios, os objetivos educacionais, as concepções pedagógicas, dentre outros aspectos de uma determinada comunidade escolar (discentes, docentes, gestores, outros profissionais, pais ou responsáveis pelos alunos). Por conseguinte, o projeto político pedagógico define a identidade da escola, seus valores ético-políticos e seu compromisso com a sociedade.

As ETSUS, de um modo geral, possuem projetos políticos pedagógicos e propostas curriculares formuladas para atender, prioritariamente, às necessidades e às expectativas de trabalhadores, cidadãos adultos, que estão inseridos no SUS. No caso da ETSUS-SP, suas atividades formativas têm como objetivo desenvolver as competências técnica, sociopolítica e bioética pertinente à área de formação específica de cada curso técnico, apoiando o desenvolvimento do pensamento crítico, conforme consta em seus documentos oficiais. Vejamos:

[A ETSUS-SP] imbuída da missão de ensinar e aprender propicia por meio de seus cursos uma base teórico-metodológica necessária ao desenvolvimento do indivíduo, favorecendo uma educação com autonomia de pensamento e uma prática crítica, criativa e humanizada. Nesse sentido, **o processo de ensino e aprendizagem é concebido tendo o trabalho como princípio educativo e um processo pelo qual os indivíduos constroem e adquirem novos conhecimentos, desenvolvem competências e mudam comportamentos.** Neste contexto, os conteúdos teóricos são introduzidos progressivamente com o desenvolvimento das unidades didático-pedagógicas para fundamentar a prática e favorecer a apreensão das dimensões técnica, sociopolítica e bioética com vistas a possibilitar a transformação do aluno em um profissional participativo, responsável e cidadão (SÃO PAULO, 2015, p. 13, grifo nosso).

Portanto, a ETSUS-SP é uma escola técnica que tem como pressuposto ético-político possibilitar o desenvolvimento do ensino profissional humanizado que reconhece a importância da formação profissional enquanto possibilidade de desenvolver a consciência cidadã dos trabalhadores de saúde inseridos no SUS. Consta no plano de curso do CTVS, anteriormente apresentado: “formar trabalhadores comprometidos com a consolidação do SUS [...], contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida da população” (SÃO PAULO, 2012b, p. 11). Logo, a formação do TVS na SMS foi voltada para a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

Desse modo, torna-se significativo antes de apresentarmos o perfil de conclusão do CTVS analisarmos os principais pressupostos teórico-filosóficos do curso, os quais subsidiaram os coordenadores, os participantes do Grupo de Trabalho e os docentes do curso na organização e no desenvolvimento do processo de ensino e de aprendizagem no período de 2010 a 2016, a saber: o processo de trabalho como princípio educativo na formação de profissionais de saúde, o modelo das competências profissionais no processo de ensino na área da saúde, a integralidade em saúde como diretriz norteadora da formação para o SUS e o currículo integrado enquanto modalidade de organização curricular.

### 5.3.1 *O processo de trabalho como princípio educativo na formação de profissionais de saúde*

Antes de tudo é preciso explicitar que na contemporaneidade o vocábulo trabalho adquiriu múltiplos significados e determinações. Inicialmente, trabalho representava o sofrimento vivido no *tripalium* (instrumento de tortura), origem latina da palavra trabalho. Posteriormente, foi associado à moral, com base nos valores e no ideário judaico-cristão, expresso, principalmente, nos textos sagrados, como exemplo, o Salmo (128:2), da Bíblia Cristã: *o trabalho dignifica e traz proveito para o homem* (Bíblia Sagrada).

Todavia, foram as críticas às péssimas condições de vida e de trabalho, quando do processo da Revolução Industrial, que desvelaram que nem todo o trabalho dignifica e traz proveito para o homem. O trabalho também danifica o ser humano. Marx e Engels expuseram de forma contundente as expressões da questão social<sup>75</sup> como um dos resultados da exploração do trabalhador no decorrer da sociedade capitalista, atingindo sua maximização de lucro às custas dos mecanismos de exploração da fase neoliberal desse sistema econômico, social e político, que foram tão bem sintetizados na expressão de relação de exploração, no antagonismo da relação “capital X trabalho”.

Na época atual, velhas e novas determinações sociais incidem sobre a relação entre o capital e o trabalho. Porém, neste momento, interessa-nos problematizar a articulação entre trabalho e educação, relação que também está inserida em temáticas mais amplas, tais como: globalização da economia, ideologia neoliberal, sociedade da informação, políticas econômicas e educacionais, divisão sociotécnica do trabalho, assim como os sentidos e os significados de estar empregado, desempregado, ou mesmo, de se viver do subemprego e do trabalho precário e flexibilizado, apenas para citar algumas das complexas dimensões que determinam a relação trabalho e educação na sociedade contemporânea.

Neste ponto, iniciaremos uma primeira aproximação ao conceito de trabalho como princípio educativo. Porém, neste momento, questionando se, de fato, todo e qualquer trabalho pode ser considerado educativo. Para isso, apropriamo-nos das reflexões de Ciavatta (2008) que afirma que, dependendo de como o trabalho é realizado, das condições nas quais ele é desenvolvido, da finalidade à qual se destina, ou mesmo, “de quem se apropria do produto do trabalho e do conhecimento que [ele] gera” (CIAVATTA, 2008, p. 413), o trabalho não poderá ser considerado educativo.

Ciavatta (2008) reafirma a premissa segundo a qual na sociedade capitalista nem todo o trabalho pode ser considerado educativo. Isto nos remete à reflexão quanto aos sentidos e às condições nas quais o trabalho vem sendo realizado na contemporaneidade. Assim, vejamos o que a autora esclarece quanto à relação capital e trabalho na contemporaneidade:

Nas sociedades capitalistas, a transformação do produto do trabalho de valor de uso para valor de troca, apropriado pelo dono dos meios de produção, conduziu à formação de uma classe trabalhadora expropriada dos benefícios da riqueza social e dos saberes que desenvolve. No campo da saúde, como na educação, o que é um direito torna-se uma mercadoria, uma atividade como outra qualquer sujeita ao

---

<sup>75</sup> Com relação à questão social, partilhamos da compreensão que no mundo globalizado essa noção está intrinsecamente relacionada com a “produção e a distribuição de riquezas. Traduz-se pela erosão dos sistemas de proteção social e pelo questionamento da intervenção estatal” (WANDERLEY, L.M.M. e YAZBECK, M.C. 2004, p.7).

mercado. Tendo por base as exigências do sistema capitalista, a educação profissional modelou-se por uma visão que reduz a formação ao treinamento para o trabalho simples ou especializado para os trabalhadores e seus filhos. A introdução do trabalho como princípio educativo na atividade escolar ou na formação de profissionais para a área da saúde, supõe recuperar para todos a dimensão do conhecimento científico-tecnológico da escola unitária e politécnica, introduzir nos currículos a crítica histórico-social do trabalho no sistema capitalista, os direitos do trabalho e o sentido das lutas históricas no trabalho, na saúde e na educação (CIAVATTA, 2008, p. 413).

Em relação à educação profissional, Ciavatta (2008) esclarece que no sistema capitalista essa modalidade de ensino assume uma função instrumental do tipo treinamento, que prepara os trabalhadores para o desempenho de atividades simples ou mesmo técnico-especializadas. A autora, ainda, esclarece que a introdução do conceito de trabalho como princípio educativo representa a possibilidade de resgate dos conhecimentos científico-tecnológicos na educação profissional, assim como a introdução nos currículos da crítica histórico-social da relação entre capital e trabalho. Ou melhor, do acúmulo de capital às custas do trabalho não pago, ou seja, o que Marx chama de mais-valia.

É neste sentido que a expressão trabalho como princípio educativo, segundo Ciavatta (2008), anuncia uma lei, um fundamento teórico, que, por sua vez, está inserido em uma racionalidade, que, neste caso específico, tem por base a relação entre o trabalho e a educação. Vejamos o que a autora esclarece dessa relação:

Princípios são leis ou fundamentos gerais de uma determinada racionalidade, dos quais derivam leis ou questões mais específicas. No caso do trabalho como princípio educativo, a afirmação remete à relação entre o trabalho e a 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, 2008, p. 408).

Na perspectiva marxiana e engelsiana, o trabalho é a base para a transformação dos bens da natureza e da construção do próprio homem, de sua identidade, conforme discutido na primeira seção deste capítulo. Portanto, concordamos com a afirmação de Ciavatta (2008) de que o trabalho possui um caráter formativo e a educação uma ação humanizadora. Porém, na sociedade capitalista, tanto o processo de trabalho, quanto o ensino escolar, especificamente, a educação profissional técnica, também podem assumir outros sentidos e objetivos que não o do desenvolvimento das potencialidades do ser humano. Retomaremos essa questão mais à frente.

A proposição do caráter formativo e humanizador do trabalho, ou seja, de que o trabalho também possui uma dimensão educativa, nos remete aos fundamentos do materialismo histórico e dialético e seus pressupostos quanto à educação e ao ensino escolar.

Marx e Engels não se dedicaram a escrever uma pedagogia ou um sistema de ensino socialista ou comunista, porém, os elementos de uma concepção marxiana e engelsiana de educação estão presentes ao longo de suas produções<sup>76</sup>. Aqui, nos apoiamos especialmente na antologia elaborada pelo Prof. Dr. José Claudinei Lombardi: *Textos sobre educação e ensino* (MARX; ENGELS, 2011).

Identificamos como sendo os fundamentos de uma concepção de educação e ensino marxiana e engelsiana princípios como: educação pública e gratuita; educação compulsória para todas as crianças; combinação de instrução, ginástica e trabalho produtivo; educação tecnológica; oferta de uma educação que assegure o desenvolvimento integral do homem (*omnilateral*), mas, acima de tudo, uma educação alicerçada na prática transformadora, tendo o trabalho como seu princípio educativo (MARX; ENGELS, 1989, 1998).

Segundo Ferge (2012), a concepção de educação marxista não pode ser considerada como uma teoria fechada: “a teoria marxista da educação é, essencialmente, uma *teoria da prática*” (FERGE, 2012, p. 179, grifo no original) e, portanto, aberta aos desafios e às contradições da realidade concreta. Ferge (2012) destaca algumas dessas circunstâncias:

A discussão sobre o papel da escola e da educação na reprodução social e sobre o potencial inovador da escola e da educação face às determinações sociais mais gerais, bem como sobre a importância relativa dos conteúdos, dos métodos, e da estruturação da educação como instrumento da transformação social (FERGE, 2012, p. 179, grifo no original).

Os princípios e a práxis da teoria marxista apresentam dilemas e potencialidades ainda a serem exploradas. As reflexões de Marx e Engels a respeito do problema da educação escolar e do ensino na sociedade socialista ou comunista longe de ser um exercício de futurologia, ou mesmo, uma utopia, foi baseada na crítica à escola burguesa. Uma escola como já salientamos: *de classe*, ideologicamente comprometida com os interesses da classe dominante. Como resultados se obtêm uma escola e um ensino a serviço da reprodução social. “A perspectiva com que Marx e Engels abordam o tema do ensino e da educação é o da classe operária” (LOMBARDI, 2011, p. 12). Marx e Engels em suas críticas à sociedade capitalista desvelaram os limites da escola burguesa quanto ao desenvolvimento integral das capacidades humanas.

---

<sup>76</sup> Apenas para citar algumas obras de Marx e Engels que tratam da questão da educação e do ensino escolar: *A ideologia alemã* (MARX; ENGELS, 1989), *Crítica ao Programa de Gotha* (MARX, 2012) e *Manifesto do Partido Comunista* (MARX; ENGELS, 1998), obras que também são utilizadas como referência nesta tese.

Os fundadores do marxismo identificaram a potencialidade inovadora da educação escolar quando esta se encontra associada ao trabalho produtivo remunerado, à instrução intelectual, aos exercícios físicos e ao treinamento politécnico<sup>77</sup>. “Na abordagem marxista o conceito de politecnia implica a união entre escola e trabalho ou, mais especificamente, entre instrução intelectual e trabalho produtivo” (SAVIANI, 2007, p. 162). Segundo Marx e Engels (2011), essa associação: “elevantá a classe operária acima das classes burguesa e aristocrática” (p. 86).

Nosella (2007) questiona: “se indagássemos sobre qual seria a categoria fundante e estruturante da fórmula pedagógico-escolar marxista, eu creio que deveríamos recorrer à categoria antropológica de liberdade plena para o homem, todos os homens” (p. 148). Isso significa dizer que o marxismo coloca em questionamento a intencionalidade e as ideologias presentes na educação escolar, ou seja, não desqualifica a importância da escola, e sim questiona sua função e seu papel na sociedade burguesa. Nesse sentido, Manacorda (2010) esclarece:

O marxismo não rejeita, mas assume todas as conquistas ideais e práticas da burguesia no campo da instrução, já mencionadas: universalidade, laicidade, estatalidade, gratuidade, renovação cultural, assunção da temática do trabalho, como também a compreensão dos aspectos literário, intelectual, moral, físico, industrial e cívico. O que o marxismo acrescenta de próprio é, além de uma dura crítica à burguesia pela incapacidade de realizar estes seus programas, uma assunção mais radical e conseqüente destas premissas e uma concepção mais orgânica da união instrução-trabalho na perspectiva oweniana [de Robert Owen] de uma formação total de todos os homens (MANACORDA, 2010, p. 357).

Na tradição marxista as diferentes propostas pedagógicas, tais como: o modelo soviético de ensino politécnico, a escola do trabalho e a escola unitária de Gramsci (MANACORDA, 2010) buscaram pôr em prática os fundamentos da concepção marxiana e engelsiana de educação. Entretanto, não nos deteremos em analisar essas experiências, até porque não é esse o foco deste estudo. Interessa-nos, isto sim, problematizar a *concepção mais orgânica da união instrução-trabalho*, conforme as palavras supracitadas de Manacorda (2010), no caso específico da análise do currículo do CTVS.

Foi a partir da proposta pedagógica da ETSUS-SP na qual é explicitado que o processo de ensino e aprendizagem tem por base o trabalho como princípio educativo que fomos

---

<sup>77</sup> Segundo Saviani: “Politecnia significa, especialização como domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas utilizadas na produção moderna. Nessa perspectiva, a educação de nível médio tratará de concentrar-se nas modalidades fundamentais que dão base à multiplicidade de processos e técnicas de produção existentes” (SAVIANI, 2007, p.161). Porém, quanto à contenda em relação ao uso das palavras: *tecnológico* ou *politécnico*, na pedagogia marxista, indica-se a leitura de: Cambi (1999), Manacorda (2010), Nosella (2007) e Saviani (2007).

definindo nosso interesse por analisar a relação entre as dimensões do trabalho dos ACEs, alunos do CTVS, e o processo de formação profissional em vigilância em saúde presentes no currículo do curso, no período de 2010 a 2016. Daí a necessidade de problematizarmos o conceito de trabalho enquanto princípio educativo.

Neste momento, articulando as duas dimensões acerca do trabalho na sociedade capitalista podemos constatar: primeiro, que nem todo o trabalho pode ser considerado educativo; tendo em vista, as condições nas quais é desenvolvido, suas finalidades, bem como quem se apropria dos seus resultados. Segundo, o trabalho possui uma potencialidade de transformação da natureza, da sociedade e do próprio homem, ou seja, possui uma dimensão pedagógica e educativa.

Na sociedade capitalista contemporânea, o trabalho e a educação profissional técnica podem apresentar tanto aspectos positivos quanto negativos. Trabalho/educação, quando compõe uma unidade dialeticamente articulada apresenta uma força dinâmica, que, em suma, pode tanto libertar os seres humanos por meio da práxis, quanto pode dominá-los, aprisionando-os nos meandros da alienação. Explicando melhor: a educação escolar, enquanto reprodutora da ordem social e propagadora da ideologia da classe dominante somada ao trabalho alienante, portanto, respectivamente, alienação e ideologia representam os aspectos negativos da relação educação/trabalho. Por outra via, a conexão entre a dimensão formativa do trabalho, por um lado, e da educação como ação humanizadora, por outro, potencializam ambos os aspectos positivos dessa relação. No caso da análise do currículo do CTVS, é essa dialética do processo de trabalho articulado ao ensino técnico que se pretende pesquisar. Na seção subsequente, problematizaremos o modelo das competências na formação profissional em saúde.

### *5.3.2 O modelo das competências profissionais no processo de ensino na área da saúde*

Neste ponto se chega à discussão quanto ao modelo de competências e, conseqüentemente, ao ensino por competências como referencial para a formação profissional técnica na área da saúde. Pretendemos problematizar o conceito de competência profissional, uma vez que essa discussão visa apoiar a apreensão e a explicação da concepção de perfil

profissional<sup>78</sup>, que, por sua vez, embasou e definiu a construção do perfil de conclusão do CTVS, no período de 2010 a 2016.

É importante reafirmar que foi no Brasil, na década de 1990, com a internacionalização das relações econômicas, a denominada globalização da economia, que se iniciaram as alterações na organização e na gestão do mundo do trabalho, com a incorporação de propostas voltadas à flexibilização do trabalho; no campo da educação surgiram recomendações de organismos internacionais para que o processo formativo passasse a ser organizado a partir do modelo das competências, visando formar um profissional polivalente e “flexível” ao mercado.

A adoção de modelos internacionais, especificamente a abordagem por competências, foi impregnando tanto o sistema produtivo quanto o sistema educacional brasileiro. Freitas (2013) questiona o fato de os objetivos da educação nacional passarem a ser submetidos aos interesses, tanto de organismos internacionais como a OCDE, quanto aos interesses das corporações empresariais. Vejamos o que diz o estudioso:

Temos que conscientizar os formuladores da política pública educacional de que não dá para delegar à OCDE a definição de educação de qualidade que queremos para nossa juventude. Muito menos, no debate interno, podemos delegar para as corporações empresariais a definição dos objetivos educacionais na ótica exclusiva das necessidades do mercado de trabalho (FREITAS, 2013, p. 77).

A incorporação do modelo das competências ou, conforme Freitas (2013), da pedagogia neotecnicista no sistema educacional brasileiro, pode ser analisada e compreendida como um exemplo paradigmático da influência de organismos internacionais e do mercado internacional e nacional sobre a legislação educacional brasileira, em especial, a da educação profissional técnica, como veremos mais à frente.

Inicialmente, retomaremos algumas das ideias do processo de globalização da economia, com ênfase nos sistemas públicos de ensino, tendo em vista que o conceito de competência, ou melhor, a adoção do currículo organizado por competências, está inserido em um processo maior de disputa de poder, que tem sua expressão na definição de qual matriz político-ideológica servirá de base para fundamentar o ensino escolar no país.

Chizzotti e Casali (2012) esclarecem que a educação escolar vai assumindo no mundo globalizado e neoliberal, cada vez mais, um novo papel, além da manutenção de suas funções

---

<sup>78</sup> Sabemos que a análise de *perfil de competência profissional* seria mais bem desenvolvida caso se optasse por inseri-la na discussão da *construção das identidades sociais e profissionais*, conforme Dubar (1997), Berger e Luckmann (1985), o que dado os objetivos e os limites desta tese não o será feito.

essenciais referentes à escolarização básica e geral, foram lhe sendo atribuídas uma responsabilidade quanto ao desenvolvimento e a competitividade tanto dos indivíduos quanto dos países. Vejamos o que os autores dizem:

A globalização, paradoxalmente, a despeito das desregulações internas, não aboliu as funções do Estado. Ao contrário, inspirados na concepção anglo-saxônica de extração neoliberal, os Estados revigoraram seu o papel para o exercício de novas funções, como a preservação da identidade nacional, e para a elaboração de novos mecanismos reguladores de enfrentamento da competitividade internacional. Reformularam suas políticas econômicas e sociais para atender à nova ordem mundial. A formação de blocos regionais e de acordos bilaterais, de um lado promoveu a aliança de conjuntos de países na garantia de alguns interesses singulares regionais, ameaçados pelas incertezas das mudanças e pelo poder avassalador da competitividade; de outro lado, permitiu a fixação de normas comuns sobre questões essenciais, como emprego, segurança, saúde e educação. **A educação, particularmente, como ingrediente do desenvolvimento e da competitividade, ingressou decisivamente nas agendas políticas comuns dos países membros dos blocos e uniões internacionais, para cumprir funções econômicas, sociais e políticas** (CHIZZOTTI; CASALI, 2012, p. 2, grifo nosso).

Assim, conforme Chizzotti e Casalli (2012), no processo de globalização e internacionalização do capital, o setor educacional passa a ter um papel essencial, cumprindo funções econômicas, sociais e políticas. A educação pública no Brasil, de um modo geral, encontra-se no centro das contestações das funções e dos objetivos do Estado, o que vem repercutindo nas discussões dos grupos em disputa na sociedade brasileira quanto às reformas do sistema público de ensino em seus diferentes níveis de escolarização, assim como na definição do direcionamento das políticas educacionais e curriculares.

A educação profissional técnica engendra e exacerba os antagonismos presentes nas disputas no campo educacional e no mundo do trabalho, pois ao mesmo tempo em que investir na profissionalização de um povo pode representar desenvolvimento e competitividade de uma nação no sentido simplesmente da via econômica; por outro turno, investir em educação também possui a potência para desenvolver o pensamento crítico e a consciência cidadã no sentido de um “desenvolvimento socioeconômico sustentável do país” (BRASIL, 2008a, p. 7).

É no sentido de explicitar as contradições dos objetivos da educação profissional técnica, acima expostos, que se torna importante contextualizar e compreender as implicações da expansão do enfoque das competências na formação geral e, particularmente, no ensino técnico profissional na área da saúde. Identificamos que uma das controvérsias que envolvem a educação profissional técnica é o conceito de competência, bem como seu entendimento e aplicação nos planos curriculares (PERRENOUD, 1999; CHIZZOTTI, 2012; CHIZZOTTI;

ALÍPIO, 2012; RAMOS, 2010), sendo “possível identificar na literatura três correntes que tratam da abordagem da competência: a da administração estratégica, a da gestão de recursos humanos e a da sociologia da educação e do trabalho” (GUIMARÃES, 2000, p. 131).

Sob outra perspectiva, pesquisadores do campo “trabalho e educação”, Ramos (2008a, 2008b, 2010), Pereira e Ramos (2006), apontam a limitação dessa abordagem. Jiménez (apud RAMOS, 2008b) aponta que há: “duas características que se encontram implícitas em qualquer definição de competência: por um lado, centrar-se no desempenho; por outro, recuperar condições em que este desempenho é relevante” (RAMOS, 2008b, p. 120)

Primeiramente, identificamos que foi no bojo da crise estrutural do capitalismo na década de 1980, que se origina o modelo das competências no mundo do trabalho, sendo difundido no Brasil nos anos de 1990 (DELUIZ, 2014). Na visão de Guimarães, o modelo das competências é justificável, na sua argumentação a seguir:

A abordagem da competência tem sido sugerida como alternativa de direcionamento dos programas de educação e de gestão das relações de trabalho. A aplicação do conceito de competência na educação e no trabalho justifica-se, segundo seus defensores, pela necessidade de se buscarem novas fórmulas que permitam estimular as capacidades de inovação, adaptação e aprendizagem, adequadas aos requisitos do desenvolvimento econômico contemporâneo, caracterizado pelo rápido avanço tecnológico e a constante exigência de incrementar a produtividade [...] (GUIMARÃES, 2000, p. 130-1).

Segundo Veltri (2011), a discussão a respeito de um ensino por competências “paira entre uma capacitação limitada aos interesses do mercado globalizado versus uma formação integral” (VELTRI, 2011, p. 26). Em vista disso, busca-se desenvolver no SUS uma educação profissional técnica que capacite o trabalhador nas dimensões pessoal, social, interpessoal e não apenas na dimensão profissional. Em suma, preconiza-se uma “formação humana dos trabalhadores”, conforme as palavras de Pereira e Ramos (2006).

A partir dessas reflexões é importante destacar que, no caso da educação profissional técnica, não há neutralidade político-ideológica na construção das matrizes curriculares dos cursos técnicos, pois independentemente do local onde serão desenvolvidos seus programas de formação profissional: “sempre estarão em jogo às intencionalidades dessa ação educativa, as quais, por sua vez, estarão expressas no Projeto Político Pedagógico da escola, nos objetivos de aprendizagem, na seleção dos temas, na metodologia, nas técnicas e no sistema de avaliação utilizado” (VELTRI, 2011, p. 26). Daí, a compreensão de que a opção metodológica, ou melhor, a opção teórico-metodológica, agrega estes e outros elementos de uma determinada abordagem epistemológica.

Veltri esclarece que “é importante destacar que a opção teórico-metodológica pela abordagem por competências no currículo do CTVS implica a compreensão, *a priori*, segundo a qual o conceito de competência é polissêmico” (VELTRI, 2011, p. 26), ou seja, é um conceito com múltiplos sentidos. O que se confirma também nas reflexões de Deluiz (2014, p. 9): “Esta polissemia se origina das diferentes visões teóricas que estão ancoradas em matrizes epistemológicas diversas e que expressam interesses, expectativas e aspirações dos diferentes sujeitos coletivos, que possuem propostas e estratégias sociais diferenciadas” (DELUIZ, 2014, p. 9). Ainda, segundo Deluiz, esses sujeitos coletivos estão em disputa e “buscam a hegemonia de seus projetos políticos” (2014, p. 9). Vejamos o que nos esclarece a autora:

A formulação deste modelo [das competências] e sua implementação nos planos e programas de educação profissional têm, entretanto, ocorrido de forma diferenciada em função de vários fatores: da ênfase atribuída ao foco no mercado de trabalho ou no indivíduo; da articulação ou desarticulação entre formação geral e formação profissional; dos distintos modelos epistemológicos que orientam a identificação, definição e construção de competências – condutivista, funcionalista, construtivista ou crítico –; e dos diferentes enfoques conceituais de competências adotados: centrados no indivíduo e na subjetividade do trabalhador ou no coletivo de trabalhadores e no contexto em que se insere o trabalho e o trabalhador. As políticas de educação profissional do Ministério da Educação (MEC), do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e, mais recentemente, do Ministério da Saúde (MS) são exemplos destas diferenciações na concepção e na forma de implementação do modelo das competências para a formação do trabalhador (DELUIZ, 2014, p. 4).

Como se vai constatando o modelo das competências não é unívoco, tendo em vista que o conceito de competências vem se tornando cada vez mais polissêmico na contemporaneidade. Desse modo, podemos inferir que a construção dos perfis de competência profissional, assim como os planos de curso construídos com base nesse modelo, apesar de estarem unidos sob a mesma nomenclatura, não necessariamente, estarão fundamentados sob o mesmo paradigma epistemológico.

Deluiz (2014), supracitada, esclarece que mesmo na instância federal havia diferentes concepções quanto ao modo para se implementar as políticas de educação profissional no Brasil. No SUS, a formação profissional em nível técnico tem sua ancoragem na PNEPS. Segundo Veltri (2011, p. 30), a noção de competência preconizada na construção dos perfis profissionais técnicos e nos currículos dos cursos apoiados pelo Profaps possui foco no trabalhador, na comunidade e nos cidadãos, articulando ensino, gestão, atenção à saúde e controle social, visando ao desenvolvimento de competências: técnica, ética e política; numa perspectiva crítica. Vejamos o que nos diz Deluiz (2014):

A noção de competência é, assim, uma construção social, e por isso alvo de disputas políticas em torno do seu significado social. Torna-se imprescindível enfrentar o desafio de propor alternativas ao modelo de educação profissional vigente, calcado na noção de competências em suas concepções não-críticas, que enfrentem e dêem respostas à dinâmica e às transformações do mundo do trabalho, na perspectiva dos interesses dos protagonistas sociais: os trabalhadores. **A resignificação da noção de competências é, portanto, uma tarefa válida e urgente** (DELUIZ, 2014, p. 9, grifo nosso).

O conceito de competência profissional preconizado *no e para* o SUS busca fundamentação epistemológica nas matrizes críticas da educação. Assim, a opção teórico-metodológica do SUS para a educação profissional técnica na área da saúde pública fundamenta-se em uma perspectiva crítica, que tem sua expressão político-pedagógica na aprendizagem significativa e na problematização da realidade dos serviços de saúde, tendo o processo de trabalho no SUS como princípio educativo e humanizador. Ramos (2008b) acrescenta outros elementos ao conceito de competência. Vejamos:

Ao discutir a elaboração de currículos por competências no ensino profissionalizante, Jiménez (1995) compreende que as competências definidas como referências para o currículo correspondem a unidades para as quais convergiram e se entrecruzariam um conjunto de elementos que as estruturam (conhecimentos, habilidades e valores). Considerar a competência como unidade e ponto de convergência entre conhecimentos, habilidades e valores congrega a idéia de que a competência constitui uma unidade e de que os elementos isolados perdem esse sentido (RAMOS, 2008b, p. 119-20).

Concordamos que a abordagem por competência não se pode limitar ao desenvolvimento de competências exclusivamente de ordem técnica, pois formar um profissional da saúde, conforme já discutido neste estudo, implica a mobilização de recursos cognitivos e socioafetivos. Dimensões que compõem o fundamento do trabalho na área da saúde pública. Consequentemente, torna-se fundamental agregar ao conceito de competência o sentido ético-político que o trabalho deveria assumir quando desenvolvido no SUS, especialmente, no campo das vigilâncias em saúde.

No caso do currículo do CTVS, desenvolvido na SMS, no período de 2010 a 2016, foi essa noção de competência profissional que vai para além do desenvolvimento exclusivo da dimensão técnica, incluindo as dimensões cognitivas e socioafetivas na formação do TVS, que definiu o emprego do conceito de competência como um dos ordenadores do currículo do curso. Na próxima seção discutimos como a formação técnica do CTVS buscou articular o trabalho como princípio educativo e o ensino por competência profissional em defesa dos princípios e das diretrizes do SUS.

### 5.3.3 A integralidade em saúde como diretriz norteadora da formação para o SUS

Nesta seção, daremos maior ênfase ao princípio da integralidade em saúde por dois motivos: primeiro, no SUS esse princípio congrega as ações e os esforços direcionados à materialização da saúde como direito de cidadania e também como serviço assistencial de qualidade; segundo, porque o currículo do CTVS teve como um dos seus objetivos a formação de técnicos para implementar a atenção integral no campo das vigilâncias em saúde.

Podemos declarar que o *ethos* profissional do TVS na SMS, no período de 2010 a 2016, teve como ideário a defesa do SUS, de seus princípios e suas diretrizes. Aqui, compreendemos *ethos* profissional, com base no Parecer CNE/CEB nº. 16/99, qual seja: “cada profissão tem o seu ideário, que é o que a valoriza, imprimindo o respeito, o orgulho genuíno e a dignidade daqueles que a praticam” (BRASIL, 1999b, p. 18). O sentido de *ethos* enquanto ideário de uma profissão se articula tanto com o conceito de identidade profissional, quanto com a definição do perfil de conclusão de curso, perspectivas com as quais trabalhamos neste estudo.

Antes de iniciarmos a reflexão propriamente dita sobre o princípio da integralidade em saúde como diretriz norteadora da formação para o SUS, é preciso esclarecer que esse conceito, inicialmente, foi elaborado como forma de superação da fragmentação da assistência e do cuidado em saúde. Na atualidade, é um conceito que visa superar a fragmentação e a dicotomia entre o campo teórico e prático, primeiramente, voltado à assistência a saúde e, posteriormente, à formação dos trabalhadores, tendo em vista que serão os profissionais de saúde que na prática cotidiana dos serviços de saúde irão viabilizar a integralidade da assistência desenvolvida no SUS.

Inicialmente, constatamos a dificuldade de se conceituar o princípio da integralidade em saúde, pois, segundo Cecílio: “universalidade, integralidade, equidade da atenção constituem um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, com forte poder de expressar [...] o ideário da Reforma Sanitária brasileira” (CECÍLIO, 2001, p. 113). Concordamos com essa proposição de que o princípio da integralidade compõe um conceito tríplice que expressa as características desejáveis para o SUS, expressando que “consignas como cidadania, saúde como direito de todos e a superação das injustiças resultantes da nossa estrutura social estão implícitas no tríplice-conceito-signo” (CECÍLIO, 2001, p. 113), sintetizados no princípio da integralidade em saúde.

Nesta seção, propomo-nos analisar as potencialidades do princípio da integralidade em saúde, primeiramente, na assistência à saúde e, na sequência, na educação profissional técnica

em saúde, no caso específico da formação técnica em vigilância em saúde. Posto isto, esta seção não pretende, nem mesmo seria produtora, problematizar a totalidade dos sentidos da integralidade em saúde<sup>79</sup>. Ao iniciar, é preciso retomar alguns dos aspectos da organização do SUS. Segundo Mattos:

O SUS pode ser visto como um dispositivo institucional criado pelo governo para dar conta do seu dever de garantir o acesso universal e igualitário nos termos da *Constituição*. Ele foi concebido como abrangendo todas as ações e serviços públicos de saúde (assim como alguns serviços privados). Estes deveriam estar organizados como uma rede regionalizada e hierarquizada. A noção de hierarquização pressupõe o estabelecimento de certos níveis de atenção (chamemos assim). Para delimitar esses níveis de atenção, é necessário dispor os diferentes recursos tecnológicos existentes para a promoção, a proteção ou a recuperação da saúde (ou as tecnologias voltadas para a prevenção) nos diversos tipos de serviços de saúde. É desses níveis de atenção que falamos quando defendemos que todos os brasileiros possam ter assegurado seu acesso a todos os níveis (MATTOS, 2004, p. 1.412, grifo no original).

No que tange à organização do SUS, seus princípios definem que as ações de promoção, proteção ou de recuperação da saúde devem ser desenvolvidas de forma articulada e integrada nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária, bem como nos diversos tipos de serviços de saúde<sup>80</sup>. Segundo a Lei Orgânica da Saúde, a integralidade é formulada como um conjunto de ações articuladas entre os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990a).

É importante esclarecer que essa proposição de integrar níveis de atenção e tipos de serviços ganhou mais força em contraposição às insuficiências do antigo modelo assistencial, o Sistema Nacional de Saúde (SNS), antecessor do SUS, cujas práticas estavam focadas nas doenças e não nos sujeitos, conforme discutido no capítulo IV (seção 4.2).

O Texto Constitucional de 1988, em seu art. 198, não utiliza a expressão integralidade em saúde, e sim: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). O atendimento integral agrega as ações destinadas ao indivíduo e à comunidade. É a garantia de acesso integral a todos os tipos e níveis de assistência ofertados pelo sistema público de saúde.

As origens do princípio da integralidade remontam ao Movimento da Reforma Sanitária brasileira, sendo, posteriormente, consagrado tanto na literatura especializada em

---

<sup>79</sup> Sobre esse tema, há a excelente produção teórica dos participantes do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde – LAPPIS. Atualmente, sediado no Instituto de Saúde da Comunidade, da Universidade Federal Fluminense. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

<sup>80</sup> A título de exemplificação, os principais tipos de estabelecimentos de saúde são: Unidade Básica de Saúde, Ambulatório de Especialidades, Pronto Socorro Geral e Hospital Geral. Para maior conhecimento sugerimos acessar a lista de tipos de estabelecimentos do DATASUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

saúde pública (CECÍLIO, 2001; MATTOS, 2006; PINHEIRO, 2008), quanto pelos trabalhadores da área. Mas, afinal, o que é integralidade? Ou mesmo, o que significa integralidade em saúde no SUS?

De acordo com Mattos,

[...] a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2006, p. 45).

Ainda segundo o autor,

Integralidade, no contexto da luta do movimento sanitário, parece ser assim: uma noção amálgama, prene de sentidos. Nessa perspectiva, aquela pergunta inicial – o que é integralidade? – talvez não deva ter resposta unívoca. Talvez não devamos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, posto que desse modo poderíamos abortar alguns dos sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indagações de atores sociais que conosco lutam por uma sociedade mais justa (MATTOS, 2006, p. 46).

Nos trechos, acima citados, concordamos plenamente com Mattos, principalmente, com a ideia de integralidade enquanto uma *noção amálgama, prene de sentidos*, até porque toda *imagem objetivo* possui um conteúdo polissêmico, ou seja, possui vários significados e explicações. O conceito de integralidade em saúde, conforme os ensinamentos de Mattos, não pode ser definido com uma *resposta unívoca*, pois isso representaria *abortar alguns dos seus sentidos*, o que, por isso, poderia significar uma redução do conceito.

A integralidade no SUS vem sendo pensada como direito à assistência integral do cuidado, ou seja, do atendimento da demanda mais simples a mais complexa, dentro dos limites do sistema público de saúde; assim como serviço de atenção integral às necessidades individuais e coletivas, com dignidade e humanização nos atendimentos, pois que “cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade” (BRASIL, 1990c, p. 5). Assim como preconiza a Política Nacional de Humanização, a PNH.

Isto porque a integralidade recusa as explicações reducionistas e fragmentadas em relação aos modos de se adoecer e manter a saúde, afirmando-se como um conceito plural, que reconhece e respeita a diferença, a subjetividade e a singularidade do processo saúde-doença-cuidado. Ao mesmo tempo, mantendo-se aberta para o diálogo com outras realidades presentes nos diversos territórios das cidades e na sociedade como um todo.

Mattos (2006) procurou sistematizar três grandes conjuntos de sentidos do princípio da integralidade: **a)** como traço da boa medicina ou das boas práticas em saúde, ou seja, não apenas as que são desenvolvidas por profissionais médicos, mas práticas que culminam numa boa assistência à saúde; **b)** da organização do trabalho em saúde; e **c)** da organização das políticas e dos programas especiais. Estes últimos destinados às coletividades com necessidades específicas de cuidados em saúde.

De certo modo, Mattos chama a atenção para a complexidade e a amplitude dos sentidos que a integralidade vem adquirindo no setor saúde, não apenas no SUS. “É possível reconhecer alguns traços de semelhança, algumas analogias, alguns fios de ligação que articulam todos esses sentidos” (MATTOS, 2006, p. 65). Mattos (2004, 2006), nas obras consultadas para este estudo, destaca a importância da integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde.

Segundo Mattos (2004, p. 1.414) “Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos”. Por isso, é fundamental que o profissional desenvolva a capacidade de escuta e de acolhimento das necessidades individuais. Porquanto, a importância de um sistema público de saúde integral, formando um todo indivisível na prestação da assistência.

Nesse sentido, é interessante retomar a análise realizada por Pinheiro sobre as experiências bem-sucedidas no SUS, análise esta que já foi apresentada quando da definição do conceito de saúde no capítulo IV. Afinal: “a integralidade das ações consiste na estratégia concreta de um fazer coletivo realizado por indivíduos em defesa da vida” (PINHEIRO, 2008, p. 258).

As práticas com base na integralidade em saúde possuem a potência de articular e reorganizar os sujeitos implicados nos processos organizativos de assistência em torno de objetivos comuns, tais como as necessidades individuais e coletivas de saúde, as quais podem, tanto necessitar de uma intervenção de abrangência local, de base territorial, quanto à construção de um projeto mais amplo seja no plano municipal, ou mesmo, nacional.

Pinheiro (2008, p. 259) busca compreender a integralidade como direito à saúde a partir de três dimensões: “a organização dos serviços, os conhecimentos e práticas de trabalhadores de saúde e as políticas governamentais com participação da população”, visando ao atendimento integral da saúde. A autora articula essas três dimensões numa noção síntese da “integralidade como fim na produção da cidadania do cuidado”. Isso porque o

cuidar integral acontece em ato, nas práticas dos profissionais, nos arranjos político-organizativos no interior do SUS (PINHEIRO, 2008, p. 260). Ou seja:

A construção da integralidade como fim na produção da cidadania do cuidado, implica, necessariamente, a disponibilidade em trabalhar a partir de um plano aberto de possíveis, aspecto que torna essa categoria tão particularmente polissêmica e polifônica. Tal característica, ao contrário de indicar uma limitação ou negatividade, é antes o que nos faz tomar a integralidade como um campo de disputa política e produção de real social menos determinado pelas configurações institucionais e normativas e, portanto, especialmente constituído e materializado através da textura conflituosa dos encontros de diversos sujeitos e instituições. A integralidade é assim concebida como uma construção coletiva, que ganha forma e expressão no espaço de encontro dos diferentes sujeitos implicados na produção do cuidado em saúde (PINHEIRO, 2008, p. 261).

Portanto, realizarão atendimento integral aqueles profissionais, assim como as equipes de saúde que souberem reconhecer e respeitar a autonomia, a diversidade humana, cultural e social dos sujeitos e das comunidades a serem por eles atendidos. Assim, alcançando “maior integralidade possível na abordagem de cada profissional, maior integralidade possível como fruto de um trabalho multiprofissional” (CECÍLIO, 2001, p. 121). Logo, para que os profissionais realizem uma atenção integral a saúde é preciso que essas ações estejam articuladas em torno de um projeto comum que tenha como mote não a doença, mas sim a promoção da saúde.

A conceituação de integralidade como produção da cidadania do cuidado é importante para que esse conceito não se torne tão amplo e ao mesmo tempo tão especializado que se esvazie de significado prático e interventivo, ou mesmo que se distancie da realidade das práticas desenvolvidas no SUS. Ao se associar o princípio da integralidade em saúde ao ensino profissional técnico, como foi o caso do currículo do CTVS, o princípio da integralidade materializou-se, tanto no ensino profissional técnico dos ACEs (alunos do curso), quanto no processo de educação permanente dos docentes do curso.

O princípio da integralidade em saúde quando aplicado à educação profissional técnica, neste estudo, especificamente, ao ensino técnico em vigilância em saúde, visa superar, tanto a “pedagogia neotecnicista” (FREITAS, 2013) quanto o modelo biomédico de ensino nas profissões de saúde, agregando inovação ao processo de ensino técnico na área da saúde.

Na próxima seção, apresentaremos o conceito de currículo integrado. Porém, maior ênfase será dada à concepção de currículo integrado que serviu de fundamentação para a elaboração do currículo do CTVS, a qual visou possibilitar a articulação entre o modelo do

ensino por competência, o trabalho como princípio educativo na formação de profissionais de saúde e o princípio da integralidade em saúde como diretriz da formação para o SUS.

#### 5.3.4 O currículo integrado: estratégia organizadora da ação pedagógica

A expressão currículo integrado possui longa trajetória no campo educacional. Aqui, não se pretende historicizar a conceituação do currículo integrado, tampouco apresentar a multiplicidade de sentidos que veio adquirindo ao longo de sua construção histórica. No entanto, não nos furtaremos a apresentar uma breve caracterização conceitual a seu respeito. De fato, o que nos interessa é sua relação com a prática social concreta, em especial com o mundo do trabalho, ou seja, estamos interessados na concepção do currículo integrado como estratégia de organização das práticas pedagógicas.

Antes de qualquer coisa, é importante destacar que a proposta de integração curricular presente no plano de curso do CTVS deve-se a duas vertentes, com base no Projeto Político Pedagógico da ETSUS-SP: 1ª) no campo da educação, o conceito de currículo integrado, que visou superar a fragmentação da organização por disciplinas escolares; 2ª) no campo da saúde pública, o princípio da integralidade em saúde, cujo objetivo foi substituir o modelo biomédico de ensino, que separa teoria e prática. Essas duas perspectivas, o currículo integrado e a integralidade em saúde, buscaram possibilitar a integração entre as dimensões do trabalho e do ensino, da prática e da teoria e do ensino e comunidade nas ações pedagógicas desenvolvidas ao longo do CTVS.

Iniciaremos nossa explanação sobre o conceito de currículo integrado, tendo como foco a superação da fragmentação do conhecimento quando este é organizado por meio de disciplinas escolares. Na sequência, retomaremos a discussão quanto ao princípio da integralidade na formação de profissionais de saúde em contraposição ao modelo biomédico de organização curricular e, por fim, concluiremos a seção buscando articular todos os pressupostos ordenadores do currículo do CTVS que foram problematizados ao longo deste capítulo.

O conceito de currículo integrado, segundo Ramos (2008a, p. 114), se aproxima da proposta de Basil Bernstein de *código integrado* em contraposição ao *código coleção*. “A integração [curricular] ressaltaria a unidade que deve existir entre as diferentes disciplinas e formas de conhecimento nas instituições escolares” (RAMOS, 2008a, p. 114). Também, segundo Torres Santomé (1998), no livro intitulado *Globalização e interdisciplinaridade: o*

*currículo integrado*, a essência de uma proposta curricular integrada estaria na busca da viabilização de um ensino global com base na integração disciplinar.

Torres Santomé (1998, p. 193) esclarece que há duas modalidades “mais clássicas” de integração curricular: os centros de interesse decrolyanos (de Ovide Decroly) e o método de projetos (de William H. Kilpatrick). Torres Santomé (1998, p. 193) destaca que, apesar da diversidade dos projetos curriculares integrados, seria possível aglutiná-los em quatro grupos: 1) Integração correlacionando diversas disciplinas; 2) Integração através de temas, tópicos ou ideias; 3) Integração em torno de uma questão da vida prática e diária; e, 4) Integração a partir de temas e pesquisas decididos pelos estudantes (TORRES SANTOMÉ, 1998, p. 193).

Apropriando-nos da organização proposta por Torres Santomé (1998), seria possível encaixar a proposta curricular do CTVS, tanto no segundo grupo, tendo em vista sua organização por temas; quanto no terceiro grupo, devido à sua organização curricular em torno de uma questão prática profissional, no caso, a formação técnica em vigilância em saúde, que pode ser sintetizada na temática do processo saúde-doença-cuidado.

A asserção de Torres Santomé (1998), de um modo geral, é demonstrar que os projetos curriculares integrados podem superar tanto a descontextualização cultural e a fragmentação dos conteúdos organizados em disciplinas, quanto podem romper com a divisão e o isolamento das tradicionais disciplinas escolares. O autor propõe uma reorganização das propostas curriculares, afirmando que a interdisciplinaridade pode oferecer significado aos saberes escolares, facilitando aos alunos a apreensão dos nexos existentes nos conteúdos culturais, facilitando assim o processo de ensino e aprendizagem.

As propostas com base no currículo integrado demarcariam um posicionamento político-pedagógico da equipe gestora e ao mesmo tempo uma posição teórico-metodológica do corpo docente, uma posição na qual gestores e educadores decidem alterar a tradicional organização hierárquica da divisão do saber em disciplinas, cientes de que “a opção por um currículo disciplinar ou integrado também afeta notavelmente as funções dos diferentes professores e professoras que trabalham em uma mesma instituição escolar, bem como as interações entre eles” (TORRES SANTOMÉ, 1998, p. 126). Portanto, a adoção de um projeto curricular integrado implica a alteração da própria organização escolar.

A partir dos ensinamentos de Torres Santomé (1998), torna-se possível compreender que, apesar da diversidade dos projetos organizados sob a perspectiva de maior integração disciplinar, existe em comum entre esses projetos o objetivo da proposição de alternativas para o enfrentamento da fragmentação do conhecimento. Desse modo, uma das características

dos projetos curriculares integrados seria a busca de uma organização mais global do conhecimento.

Outra característica do currículo integrado que queremos destacar é seu emprego como referência na integração da dimensão teoria e prática. Ramos (2008a), com base na perspectiva marxiana, destaca que o currículo integrado potencializa a integração da formação humana e profissional, da “formação geral, técnica e política, tendo o trabalho como princípio educativo” (RAMOS, 2008a, p. 114). Do ponto de vista dessa estudiosa, o currículo integrado visa integrar níveis diversos do conhecimento, segundo a autora:

Um conceito específico não é abordado de forma técnica e instrumental, mas visando a compreendê-lo como construção histórico-cultural no processo de desenvolvimento da ciência com finalidades produtivas. Em razão disto, no currículo integrado nenhum conhecimento é só geral, posto que estrutura objetivos de produção, nem somente específico, pois nenhum conceito apropriado produtivamente pode ser formulado ou compreendido desarticuladamente das ciências e das linguagens (RAMOS, 2008a, p. 116-17).

Ramos (2008a), a partir da perspectiva marxiana de formação politécnica e omnilateral dos trabalhadores, apresenta uma apreensão crítica em relação às finalidades da educação escolar e da educação profissional, intenções essas que deveriam estar atreladas às necessidades da formação humana, tendo por pressuposto o trabalho como princípio educativo. É nesse sentido, da oferta de uma formação integral para o ser humano, que o currículo integrado busca integrar o conhecimento geral e específico.

Segundo Ramos (2008a), a proposta do currículo integrado representa a possibilidade de enfrentamento da fragmentação do ensino escolar. Dessa maneira, o currículo integrado seria um instrumento para potencializar a integração entre conhecimento geral e específico, visando não fragmentar o conhecimento nem a formação dos trabalhadores entre aqueles que pensam e os que executam.

Por conseguinte, um dos desafios da área da educação profissional técnica em saúde está na construção de currículos que propiciem maior integração entre as esferas do ensino e do exercício profissional. Pereira (2004) reforça esse desafio de maior integração curricular no campo da educação profissional em saúde, agregando outros elementos explicativos do porquê da necessidade de articulação entre as esferas do ensino e do trabalho, vejamos nas palavras da própria autora seus questionamentos e esclarecimentos:

No cenário da educação profissional em saúde, a discussão curricular emerge marcada por fatores como necessidade de adequação à legislação de ensino e demandas de maior articulação entre ensino e serviço. Numa abordagem crítica, trata-se de

explicitar os conhecimentos que possibilitam ao trabalhador a reflexão e a ação na prática em saúde, sempre questionando o porquê da inclusão e da exclusão de determinados conhecimentos (PEREIRA, 2004, p.1).

Nesse passo, retomamos as recomendações dos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico da Área Profissional: Saúde (BRASIL, 2000), no que se refere a duas proposições, a saber: as responsabilidades dos técnicos formados para com a efetivação da saúde enquanto direito da cidadania e a incorporação do princípio da integralidade como uma nova cultura na área da educação profissional em saúde. Vejamos o que consta nesses referenciais:

A idéia da saúde como condição de cidadania, que assegura mais e melhores anos à vida, aponta para certas especificidades dos trabalhadores de saúde: os compromissos desses agentes com uma concepção ampliada de saúde transcendem o setorial e diversificam, tendencialmente, os seus campos de prática. O reconhecimento da integralidade como um princípio ou diretriz que contemple as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo saúde-doença mediante a promoção, proteção, recuperação e reabilitação, visando à integralidade do ser humano, deve ser difundido como uma nova cultura da saúde na educação profissional. [...] a integralidade do cuidado procura ver o cliente/paciente como um todo, resolvendo os seus problemas de forma integral pela equipe de saúde na qual se insere o profissional de nível técnico (BRASIL, 2000, p. 13-14).

O princípio da integralidade, quando aplicado ao ensino na área da saúde pública, visa formar o aluno para uma atuação na qual ele consiga perceber o cidadão, o usuário do SUS, como um todo, ou seja, de forma integral. Portanto, é a partir dessa perspectiva de superação da desintegração das práticas em saúde, ou melhor, da fragmentação do cuidado em saúde, que se propõe à alteração do modelo biomédico de ensino pelo modelo da integralidade em saúde.

Araújo e Miranda e Brasil (2007), apesar de referirem-se, especificamente, à formação de profissionais de saúde em âmbito do ensino de graduação, esclarecem os possíveis resultados e vieses de uma formação profissional centrada no modelo biomédico de ensino:

O modelo biomédico tem influenciado a organização de currículos. Se, numa visão mecanicista, o corpo humano é visto como uma espécie de máquina composta de partes interrelacionadas, e a doença representa um ‘desarranjo’ em uma delas, o conhecimento necessário para lidar com ele se torna necessariamente fragmentado, apresentado sob a forma de disciplinas estanques. Além disso, os conteúdos curriculares dão maior prioridade aos problemas de saúde individuais do que aos coletivos, e desconsideram fatores psíquicos, afetivos, históricos e culturais do adoecer humano. Nesse modelo, valorizam-se aspectos cognitivos em detrimento de elementos de ordem psíquica e histórica dos estudantes, e se enfatizam recepção e memorização em detrimento de outras possibilidades, tal como o desenvolvimento da capacidade de análise, crítica e elaboração pessoal (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007, p. 24-25).

O modelo biomédico de ensino, grosso modo, trata o indivíduo como um conjunto de sistemas orgânicos (sistema circulatório, respiratório, nervoso etc.), com base na anatomia e fisiologia humanas, minimizando, ou até mesmo diminuindo a relevância de outros fatores não biológicos, mas que são determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-cuidado, conforme analisado no capítulo IV, quando discutimos o conceito ampliado de saúde, o modelo da Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Destacamos que o eixo organizativo dos currículos com base no modelo biomédico de ensino estão centrados nos processos patológicos, o que corresponde a uma prática de ensino fragmentada, ou seja, organizada em disciplinas básicas e profissionalizantes; as primeiras, voltadas à *recepção* e à *memorização* dos conteúdos; enquanto as segundas, estariam direcionadas à execução prática das técnicas, seja no laboratório ou no campo profissional, como, por exemplo, nos estágios, resultando no reforço da desarticulação entre teoria e prática no ensino profissional na área da saúde. Logo, a centralidade desses conteúdos disciplinares, assim como da própria formação profissional estariam focadas nas doenças, nos problemas de saúde individuais em detrimento dos problemas de saúde coletivos (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007).

Em relação ao possível perfil de conclusão de cursos com base no modelo biomédico de ensino, podemos inferir que essa formação poderá resultar em um profissional de saúde com pouca ou quase nenhuma competência para lidar com as situações inusitadas do cotidiano do trabalho na saúde pública, em especial no campo das vigilâncias em saúde, onde a tônica do trabalho são as situações inusitadas de risco à saúde individual e coletiva. Dessa forma, podemos concluir que o modelo biomédico de ensino implica uma formação no sentido oposto ao que preconizam os princípios do SUS.

Portanto, foi a necessidade de alterar o sentido da formação técnica na área da saúde pública, visando superar tanto a fragmentação disciplinar presente no modelo biomédico de ensino, quanto o tecnicismo educacional, que se propôs a incorporação do princípio da integralidade em saúde enquanto diretriz norteadora da formação profissional técnica no CTVS. É no sentido da superação da fragmentação do ensino técnico que o projeto curricular do CTVS pode ser considerado um projeto inovador, conforme Jacomette (2014):

Um projeto inovador tem como objetivo contrariar essa lógica da fragmentação dos conteúdos e privilegiar os que realmente são necessários para a formação do aluno. A ideia não é simplesmente apresentar diferentes informações aos alunos, mas significá-las e transformá-las em conhecimentos (JACOMETTE, 2014, p. 97).

Acreditamos que o modelo mais adequado para ressignificar as informações cotidianas, os conteúdos culturais e as práticas desenvolvidas na área da saúde seja o modelo de formação com base na integralidade em saúde. Isto porque a integralidade em saúde “pressupõe práticas de inovação em todos os espaços [...] e práticas de análise crítica de contextos, problematizando saberes e o desenvolvimento profissional no âmbito das competências específicas de cada profissão” (PINHEIRO; CECCIM; MATTOS, p. 78). Por isso, a definição da integralidade em saúde como diretriz norteadora da formação dos ACEs.

Por sua vez, é fundamental não perder de vista nessa proposição de formar trabalhadores para o SUS, tendo por fundamento o princípio da integralidade em saúde, a relevância das conexões entre currículo, trabalho e educação profissional, visando maior articulação entre as dimensões do “trabalho e ensino, prática e teórica, ensino e comunidade” (DAVINI, 1994, p. 284).

Foi com o intuito de viabilizar maior integração e articulação entre as dimensões do trabalho e do ensino, da prática e da teoria e do ensino e da comunidade que a equipe de coordenadores, os membros do Grupo de Trabalho e os docentes do CTVS assumiram a proposição do currículo integrado, ou melhor, buscaram implementar a organização curricular integrada proposta por Davini (1994). Segundo a estudiosa:

As relações entre trabalho e ensino, entre os problemas e suas hipóteses de solução devem ter sempre, como pano de fundo, as características sócio-culturais do meio em que este processo se desenvolve. Este Currículo Integrado é uma opção educativa que permite: uma efetiva integração entre ensino e prática profissional; a real integração entre prática e teoria e o imediato teste da prática; um avanço na construção de teorias a partir do anterior; a busca de soluções específicas e originais para diferentes situações; a integração ensino-trabalho-comunidade, implicando uma imediata contribuição para esta última; a integração professor-aluno na investigação e busca de esclarecimentos e propostas; a adaptação a cada realidade local e aos padrões culturais próprios de uma determinada estrutura social. A proposta de currículo integrado é a que nos parece mais apropriada para atender à necessidade de integrar ensino e trabalho na formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde nas suas diversas categorias (DAVINI, 1994, p. 284).

No CTVS, a definição da organização curricular, com base na modalidade de currículo integrado proposta por Davini (1994), atuou como estratégia para articular e integrar a prática profissional desenvolvida no SUS com a formação técnica em vigilância em saúde, visando formar TVVs capazes de desenvolver o processo de trabalho em equipe multiprofissional, com competência técnica e responsabilidade ética para que pudessem desenvolver o compromisso com a consolidação do SUS na cidade de São de Paulo (SÃO PAULO, 2010b, p. 11).

Foi também o imperativo de formar o profissional técnico para “ser capaz de identificar situações novas, de auto-organizar-se, de tomar decisões, de interferir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe multiprofissional e, finalmente, de resolver problemas que mudam constantemente” (BRASIL, 2000, p. 15) que determinou no currículo do CTVS, ou melhor, no projeto curricular integrado do CTVS, para dar conta desse perfil de técnico formado, as estratégias didático-metodológicas baseadas no trabalho em equipe multiprofissional, na abordagem transversal dos conteúdos, na organização dos conteúdos por temas e na problematização da realidade.

O currículo do CTVS desenvolvido pela ETSUS-SP buscou integrar o trabalho desenvolvido pelos ACEs (alunos do curso) com o processo de formação profissional em vigilância em saúde, visando ofertar um ensino técnico que procurasse incorporar a dimensão humana do trabalho, ou seja, o sentido ético-político do trabalho na área da saúde pública, onde o objetivo do processo de ensino e aprendizagem de competências profissionais não fosse o fim em si mesmo, nem que fosse orientado pelos interesses do mercado de trabalho, mas que pudesse se constituir em um fio condutor do itinerário formativo, oportunizando a discussão e a reflexão dos processos de trabalho desenvolvidos na SMS. Na próxima seção, apresentaremos o perfil de conclusão do CTVS no período de 2010 a 2016.

#### **5.4 Perfil profissional de conclusão do curso técnico em vigilância em saúde**

A construção das competências profissionais do TVS na SMS representaram os esforços dos coordenadores, dos membros do Grupo de Trabalho e dos docentes do CTVS em definir as competências específicas da habilitação profissional em vigilância em saúde, em conformidade com o que preconiza o Art. 7º da Resolução CNE/CEB nº. 04/99, que explicita que compete à escola, nesse caso a ETSUS-SP, o estabelecimento do perfil de conclusão dos cursos por ela ofertados.

Portanto, as competências profissionais listadas logo abaixo que foram retiradas do Plano de Curso do Técnico em Vigilância em Saúde (SÃO PAULO, 2010b) materializam o esforço da equipe responsável pela execução do CTVS em definir o perfil de competências do técnico em vigilância em saúde na SMS:

1. Desenvolver a prática profissional baseada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, na determinação social do processo saúde – doença e nos

- conhecimentos advindos da observação, pesquisa e aquisição de novas tecnologias, contribuindo para a transformação das práticas de saúde;
2. Desenvolver o processo de trabalho em equipe multidisciplinar, intersetorial, de forma integrada e em rede com áreas afins, respeitando a inter-relação e a interdependência de suas tarefas com as demais atividades e os respectivos impactos no todo;
  3. Realizar ações de vigilância em saúde atuando em equipe para conhecer, analisar, monitorar e intervir sobre os determinantes do processo saúde–doença com a finalidade de prevenir e controlar agravos e doenças, além de promover a saúde da população;
  4. Participar do planejamento, execução e avaliação das ações de vigilância em saúde;
  5. Atuar no processo de trabalho com qualidade técnica, compromisso ético e solidário, considerando a singularidade de cada indivíduo na sociedade e a saúde como direito universal;
  6. Participar das ações de educação permanente podendo atuar na qualidade de facilitador, mediante prévia qualificação;
  7. Conhecer e cumprir a legislação vigente da Vigilância em Saúde e outras atinentes à promoção e proteção da saúde;
  8. Orientar a população de modo que ela possa intervir em processos que impliquem em riscos à saúde individual e coletiva (SÃO PAULO, 2010b, p. 11 - 12).

Compreendemos, no caso específico do perfil do TVS na SMS, que foi o conjunto de elementos: princípios teórico-conceituais sobre educação, currículo e ensino técnico no SUS; as diretrizes e as orientações curriculares nacionais para formação do TVS; os pressupostos ordenadores do currículo do CTVS na ETSUS-SP; assim como as concepções de administração pública, de servidor público, de saúde pública, de vigilância em saúde, de educação permanente em saúde, de processo de trabalho como princípio educativo, de competência profissional, de integralidade em saúde e de educação profissional técnica em saúde que determinaram a construção desse perfil de conclusão de curso no período de 2010 a 2016.

Concluimos este capítulo a respeito da educação, do currículo e do ensino técnico no SUS, esclarecendo que foi o ordenamento legal das áreas da educação e da saúde, respectivamente, da educação profissional técnica e da vigilância em saúde, que influíram e determinaram no currículo do CTVS a relação entre o trabalho desenvolvido pelos ACEs (alunos do CTVS) e o ensino profissional técnico em vigilância em saúde. Porém, foram as contradições, as mediações e os consensos entre os sujeitos do currículo que imprimiram como aspectos determinantes nessa relação o processo de trabalho como princípio educativo, o ensino por competências e a integralidade em saúde como diretrizes norteadoras da formação do TVS.

## 6. CURRÍCULO REALIZADO PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: A VOZ DAS COORDENADORAS DO CURSO TÉCNICO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Cada projeto era um sonho ali dentro [da ETSUS-SP], a gente sonhava muito. Como é que a gente construía aquele currículo... o técnico em vigilância em saúde... quando isso foi pras regiões, nossa! Porque eu acho que é um pouco esse sonho de ver a saúde como sendo o Sistema Único de Saúde. Na realidade, a gente estava sempre muito em cima dessa questão do Sistema Único de Saúde, de um SUS para todos e que esse SUS olhasse a realidade mesmo, que não visse só o paciente individualmente e, sim, visse a questão do coletivo, a questão da saúde do lugar, da saúde ambiental, junto com tudo isso... Eu acho que é um sonho! (Depoimento de Aroeira).

A análise do material resultante das entrevistas com os sujeitos de pesquisa tem como pressuposto apreender nas falas das coordenadoras do CTVS, sujeitos deste estudo, os aspectos determinantes na relação entre a prática profissional dos ACEs (alunos do CTVS) e a proposta de formação do CTVS, na SMS. Também é nosso objetivo identificar e analisar as contradições, as inovações e os conflitos presentes na elaboração e na execução do currículo do CTVS. Esclarecemos que, quando utilizarmos a expressão: *coordenadoras do CTVS* estamos nos referindo, especificamente, aos nove sujeitos de pesquisa que foram entrevistados no âmbito deste estudo.

Iniciaremos apresentando os procedimentos de análise e interpretação dos dados, na sequência analisaremos os depoimentos dos sujeitos de pesquisa. As seções deste capítulo estão organizadas do seguinte modo: 6.1) os procedimentos de análise e interpretação dos dados; 6.2) concepção de currículo, objetivos institucionais e educacionais do CTVS; 6.3) inovações, contradições e conflitos presentes no CTVS; 6.3.1) a coordenação do CTVS; 6.3.2) a docência no CTVS; 6.3.3) a formação de TVS na SMS; 6.3.4) o processo de avaliação da aprendizagem dos alunos do CTVS; e, 6.4) os egressos do CTVS: perspectivas para o futuro.

### 6.1 Os procedimentos de análise e interpretação dos dados

Procuramos analisar as nove entrevistas realizadas, a partir da organização proposta pela técnica de análise de conteúdo. A análise de conteúdo, conforme discutido no capítulo II (seção 2.4) serviu de ponto de partida para a necessária relação dos fatos apreendidos com as conjunturas sócio-históricas nas quais o CTVS estava envolto no período de 2010 a 2016. Inicialmente, procuramos definir as unidades de registro, as unidades de contexto e as

categorias de análise do discurso presentes no conteúdo das entrevistas cedidas para este estudo.

Neste ponto, é importante retomarmos algumas preocupações que foram apontadas no capítulo II, quando discutimos os procedimentos técnicos e metodológicos do estudo. Naquela oportunidade, foram assinaladas duas questões que mereceriam ser mais bem cuidadas quando da realização da análise das entrevistas com as coordenadoras do CTVS, tendo em vista a possibilidade de induzirem a algum tipo de viés na análise do material resultante das entrevistas.

Primeiramente, destacamos o fato de tratar-se de um estudo *ex post facto*, portanto uma investigação que trata de uma situação, no caso, o **Projeto do Curso Técnico em Vigilância em Saúde**, que aconteceu num determinado tempo do passado e que no momento da pesquisa de campo já se encontrava encerrado. Nesse momento, a preocupação concentrava-se no fato de que os sujeitos da pesquisa poderiam embaralhar situações de um passado mais recente, em especial, acontecimentos ocorridos na segunda quinzena de dezembro de 2016 e no ano de 2017, com o período da realização do CTVS, de 2010 à primeira quinzena de 2016, o que realmente se constatou nas entrevistas, especificamente, em relação aos apontamentos quanto aos desdobramentos da Emenda Constitucional nº. 95, de 15 de dezembro de 2016, que instituiu novo regime fiscal, limitando por 20 anos os gastos públicos.

A segunda preocupação esboçada no capítulo II foi em relação ao fato do CTVS ter mobilizado uma variedade de afetos nos sujeitos envolvidos com esse projeto, como dito anteriormente, relações de amizade e de inimizade foram construídas ao longo da execução do curso, o que em certa medida pode ter interferido na espontaneidade de algumas respostas as quais remetiam à análise dos resultados do curso. Nesse contexto, torna-se relevante reafirmar que nós exercemos no período de 2011 a 2013 a coordenação do CTVS representando a Covisa, portanto também estamos implicados nessas mesmas relações profissionais e afetivas com os sujeitos deste estudo.

Primeiramente, procuramos cuidar dessas duas questões anteriormente apresentadas, que podem ser sintetizadas como a combinação de informações de épocas distintas com relação à execução do CTVS e à exacerbação de afetos, tanto nas relações profissionais, quanto no contexto desta investigação, por meio do cotejamento das nove entrevistas cedidas para este estudo, verificando se determinada informação também se encontrava presente em

outras narrativas, assim como se possuía respaldo nos documentos do acervo do CTVS, ou mesmo se se tratava de uma percepção individualizada. Desse modo, essas foram as medidas por nós adotadas para tentar minimizar os possíveis vieses na análise do material resultante das entrevistas com as coordenadoras do CTVS.

Optamos por analisar as entrevistas com as coordenadoras do CTVS a partir da construção de unidades de registro, com base na identificação de temas presentes no *corpus* de análise. O caminho para construirmos as categorias de análise pode ser sintetizado: 1º) realizamos a *leitura flutuante* de todo o material, buscando explorar o material e tentando perceber conteúdos que pudessem ser agrupados; 2º) fizemos algumas tentativas de utilização de categorias previamente definidas (categorias teóricas), no sentido de nos apoiar na organização dos temas emergentes da *leitura flutuante*, o que foi pouco efetivo, porém esse procedimento nos auxiliou na percepção de que as nove entrevistas compunham um todo, ou melhor, uma totalidade do universo pesquisado; 3º) a compreensão de que as nove entrevistas compunham um todo, mesmo que parcial a respeito do currículo do CTVS, fez com que retomássemos os objetivos das entrevistas com as coordenadoras do CTVS. Conseqüentemente, foi por meio desse procedimento, qual seja: revisar o roteiro das entrevistas semi-estruturadas (Apêndice B) que conseguimos melhor identificar as unidades de contexto presentes no material resultante das nove entrevistas.

Em suma, podemos agrupar os temas presentes nas entrevistas com as coordenadoras do CTVS em: 1º) concepção de currículo; 2º) contexto que originou o CTVS e seus objetivos institucionais e educacionais; 3º) concepções pedagógicas: princípios teórico-metodológicos, técnico-pedagógicos e ético-político; 4º) estrutura, organização, funcionamento e implementação do currículo do CTVS; 5º) corpo docente: capacitação pedagógica e educação permanente dos docentes; 6º) processos de integração teoria e prática; 7º) processo de avaliação (do aluno); e, 8º) perspectivas para o futuro dos egressos do CTVS. A análise das entrevistas com os sujeitos de pesquisa, como dito na inicial deste capítulo, tem como foco apoiar a elaboração da resposta à pergunta deste estudo que será apresentada nas considerações finais desta tese.

Torna-se oportuno esclarecer que a categoria: coordenadores do CTVS, conforme anteriormente discutido no capítulo II (seção 2.4.1), é constituída por nove servidoras públicas, profissionais de saúde, que, apesar de exercerem suas atividades na mesma Secretaria Municipal, no caso, a Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, atuam em diferentes locais de trabalho, assim como estão inseridas em unidades

administrativas que representam níveis hierárquicos distintos da estrutura organizativa da SMS. Em síntese, a ETSUS sede e a Covisa encontram-se na estrutura do Gabinete da SMS, enquanto as Suvis e as ETSUS Regionais estão localizadas nas Coordenadorias Regionais de Saúde. Desse modo, o que estabelece a unidade da categoria *coordenadores do CTVS* é o fato de as servidoras incluídas nessa categoria terem exercido a função de coordenação do CTVS na estrutura administrativa onde elas trabalhavam.

No entanto, uma limitação deste estudo foi justamente o fato de a pesquisa de campo ter se restringido a entrar em contato exclusivamente com as coordenadoras do CTVS, não se prestando a investigar mais detidamente a opinião de outros sujeitos envolvidos no projeto curricular do curso. Todavia, essa escolha se justifica pelos objetivos deste estudo, especificamente, pelo recorte dado ao problema de pesquisa, discussão esta que se encontra na Introdução deste estudo e também no capítulo II, quando apresentamos os sujeitos de pesquisa.

Acrescentamos a esta análise o resultado de nossas investigações teóricas, assim como nossa própria experiência no desempenho da função de coordenador do CTVS. O objetivo, de fato, não é esgotar as possibilidades de análise das entrevistas com os sujeitos de pesquisa. Muito pelo contrário. Buscamos, isto sim, compreender quais foram as determinações que incidiram no currículo do CTVS da SMS quando de sua elaboração, execução e a avaliação, no período de 2010 a 2016.

## **6.2 Concepção de currículo, objetivos institucionais e educacionais do CTVS**

Nesta seção, a proposta é apresentar uma primeira aproximação à percepção dos sujeitos da pesquisa quanto ao contexto que originou o CTVS, seus objetivos institucionais e educacionais, as concepções de currículo e o papel exercido pelos coordenadores, pelo Grupo de Trabalho e pelos docentes do CTVS. Iniciamos com a percepção dos sujeitos de pesquisa quanto aos objetivos da educação profissional técnica no SUS, na SMS e no CTVS. Vejamos:

“A lógica do SUS é a lógica da formação dentro da lógica de saúde não como mercadoria, mas como um produto das relações sociais, das condições socioeconômicas e políticas... e que se produz coletivamente. Então, nós todos, sujeitos da sociedade, produzimos ou não saúde. Então, dentro dessa lógica, você tem uma concepção de saúde, tem uma concepção de um sistema de saúde, que está entendendo a saúde como um direito, como um bem social... A gente coloca sempre que o nosso eixo pedagógico é o processo de trabalho” (Andiroba).

“A Escola Municipal [a ETSUS-SP], ela entende o quanto é importante a formação desses profissionais, como eles colocavam muito o exemplo da capacitação que teve para técnicos em saúde bucal, o quanto foi importante aquilo. Era uma necessidade para o município, então, acho que teve a demanda, na questão do Ministério, acho que teve uma demanda em relação à escola, de entender que é importante a educação permanente dos profissionais [...] entender, também a necessidade de ampliar as ações de vigilância, porque a gente pensa vigilância não só... eu entendi isso com o curso, a gente ampliou muito desse conceito... na vigilância não só uma coisa técnica, mas é um serviço que a gente tem a compreensão de todo o processo de saúde e doença da comunidade, a gente entendia que os agentes de zoonoses que estavam no território, que seria muito importante eles terem essa dimensão desse conceito de vigilância, pra gente aprimorar o trabalho. Eu acho que teve esses três fatores, essa questão do Ministério [da Saúde], essa questão da escola [da ETSUS-SP] sempre estar proporcionando cursos de capacitação para os servidores e a Covisa entrou no sentido de entender que precisava aprimorar, de alguma forma, o processo de trabalho da vigilância” (Acaicá).

“Era um projeto que casava com anseios de muitos profissionais que estão na área da saúde há anos, assim, a forma de ver a doença... como a doença é produzida... Então, esse era um projeto que [daria] conta do território: ‘que que tem no teu território?’, ‘por que as pessoas estão adoecendo?’. Seria aquilo que faz sentido e aí [a escolha dos] agentes de zoonoses porque [eles estão] muito próximos da população, muito juntos, até com os agentes comunitários [de saúde] porque [eles desenvolvem] vários projetos juntos” (Aroeira).

“Que ganho seria esse para o servidor ao fazer o curso? A probabilidade de se possuir um diploma técnico e prestar concurso em outros municípios que não em São Paulo para exercer a atividade [de TVS, esse era o objetivo do CTVS?]. Esse foi o grande problema da discussão, quer dizer, o ganho seria: primeiro, o conhecimento [e não a carreira de TVS na SMS]” (Garapeira).

As coordenadoras do CTVS, de um modo geral, demarcaram o objetivo da educação profissional técnica no SUS como sendo o de uma formação atrelada ao processo de trabalho na área da saúde pública, o que implicou a compreensão da saúde enquanto um movimento em constante equilíbrio entre a saúde, a doença e o cuidado, mas ao mesmo tempo elas também falaram da saúde como um direito social, não como algo simplesmente “técnico” ou como uma “mercadoria”, mas como um “bem social”. Nessa perspectiva, falaram de uma educação profissional técnica em saúde cujo objetivo seria atender às necessidades de saúde da comunidade.

Daí a importância da formação como TVS para os agentes de zoonoses, atualmente denominados Agentes de Combate a Endemias (ACE). Todavia, no depoimento de Garapeira se explicita uma das principais contradições do CTVS: formar ACEs como TVSs, sem a garantia prévia do cargo ou mesmo da carreira de TVS no município de São Paulo, questão que será retomada mais à frente na próxima seção.

Em relação à conceituação de currículo, vejamos o que pensam as coordenadoras do CTVS:

“Eu acho que *curriculum* traz um pouco a trajetória desse aluno... quais são as atividades que ele trabalhou, o que ele pensa assim... Eu, inicialmente, pegando um *curriculum*... a pessoa... O que ela fez?, o que ela alcançou? Então, assim, a trajetória disso, que eu entendo como esse *curriculum*. Esse *curriculum* que a metodologia proporcionou é uma trajetória participativa, por mais que tenham os conteúdos que a gente trabalhou pensando, aí, na construção desse aprendizado... entendo como isso” (Acaicá).

“A escola técnica do SUS, a nível nacional, sempre teve a diretriz de trabalhar dentro da lógica do currículo integrado e na lógica da metodologia da problematização... O projeto político pedagógico da escola [, da ETSUS-SP,] coloca isso... como o seu eixo de raciocínio, de pensamento, o eixo pedagógico é o processo de trabalho... E essa é a natureza desse currículo, por isso que a gente chama de currículo vivo. Ele se transforma continuamente... Mas a nossa lógica de currículo integrado, ela não é supervalorizada. Ela é mais um item de uma dimensão... Se eu tivesse... estivesse em uma escola tradicional, da educação [da Secretaria da Educação], não saberia como fazer esse currículo. Eu só consigo pensar nesse currículo integrado nessa nossa prática de serviço” (Andiroba).

“O primeiro passo do currículo é você construir o que é que essa pessoa precisa desenvolver. Quais habilidades e competências. Então, meu papel, eu não tinha nenhuma experiência com isso [com a vigilância em saúde]... o meu papel era provocar as pessoas que então tinham essa experiência para que elas pudessem ir revelando... quem é esse profissional, que perfil ele tem que ter. Aí o outro passo era a gente identificar quais ações ele tem que desenvolver em todas as dimensões, não só na dimensão de conhecimento, de coisas que ele precisa saber... para ele desenvolver aquelas habilidades ele tem que saber “x”, “y”, “z”, mas tem as atitudes, atitude ética, política... O conhecimento não só de informação, mas a compreensão conceitual que embasa aqueles conhecimentos” (Andiroba).

“E aí a gente trouxe a metodologia... junto com a metodologia algumas... Ah, eu vou falar um nome, não sei se é certo, mas... algumas estratégias para gente trabalhar, como: visita ao museu... que foi assim, muitos alunos nunca tinham ido para um museu, então a gente vê lá que aquele museu é histórico, que aquele museu tem muito a ver com a nossa história... algumas coisas que a gente trabalhou muito em sala de aula, que a gente preparava... trabalhar a questão de vídeos, trabalhar a questão de músicas, eles fazerem... eles mesmos... a gente proporcionava também os próprios alunos fazerem, elaborarem uma atividade... então, acho que essa metodologia abria espaço também para criatividade, para que não seja uma coisa de cima para baixo, por mais que a gente tinha um planejamento sempre pode mudar na sala de aula, a gente tem que ver conforme o que os alunos querem, é uma pactuação que a gente fazia também, se aquilo não tava legal a gente mudava, mas, assim, sempre pensando nessa metodologia mais libertadora, que a gente... que cada um possa opinar, mas, claro, respeitando a opinião do outro” (Acaicá).

“Tanto que a gente no currículo, nas experiências pedagógicas, no roteiro pedagógico, a gente coloca outras coisas... visitas, cinema, arte, e outras tantas experiências que precisam ser estimuladas no adulto, principalmente, o adulto trabalhador, que está focado, muitas vezes, nas coisas mais da sobrevivência do dia a dia, e a gente tem que despertar... ajudar a criar um ambiente propício para que ele desperte e conheça seus outros potenciais na vida” (Andiroba).

“Quando você acha que vai para um lado, vai para o outro... acho que é esse movimento que tem que ser feito... acho que essa integração, porque a cabeça de ninguém é dividida em caixinha... você vive o dia a dia com milhões de coisas acontecendo... acho que os alunos hoje, tanto do ensino fundamental, como no superior, têm mais exigências... tem um conteúdo que já vem... a gente está brigando com a internet... quer dizer, eles já vem com conteúdo da internet que eles têm a liberdade de pesquisar... isso ameaça um pouco a estrutura da escola porque o aluno começa a perceber, entender coisas que você não trouxe para ele e que ele quer saber e ele tem direito de saber, então, você tem que incluir isso. Por isso que eu acho que o

currículo ideal é um currículo integrado mesmo, não é um currículo estanque, é maleável” (Massaranduba).

Os recortes das entrevistas acima selecionados representam uma ínfima parte da riqueza das narrativas contidas nas entrevistas das coordenadoras do CTVS, o que já vai demonstrando a complexidade envolta na elaboração e na execução do currículo do CTVS, o que também demonstra um pouco das questões que fizeram parte das discussões ao longo dos encontros do GT Currículo da SMS.

Dos recortes anteriormente apresentados a respeito da percepção das coordenadoras do CTVS sobre a conceituação do currículo, queremos dar destaque a um aspecto que consideramos fundante do currículo do CTVS que é o fato de que, apesar das coordenadoras do CTVS estarem se referindo a um curso técnico voltado para adultos trabalhadores, a formação proposta no CTVS visou capacitar indivíduos para o exercício da cidadania, ou seja, para além do desenvolvimento exclusivo das competências profissionais.

É nesse sentido que a metodologia da problematização, nas palavras de Acaicá, uma “metodologia mais libertadora”, procurou possibilitar ao trabalhador entrar em contato com a “nossa história”, a história do povo brasileiro. Segundo Andiroba, as experiências pedagógicas propostas no CTVS, tais como visitas técnicas, idas ao cinema e o contato com o campo das artes, tiveram como objetivo despertar “outros potenciais na vida” dos trabalhadores. Vejamos, ainda, nas palavras de Andiroba, o porquê seria importante despertar outros potenciais na vida dos servidores-alunos:

“A gente procura fazer dessa experiência educativa também isso, uma descoberta... que esse sujeito se descubra na sua completude, enquanto ser humano. [Além da dimensão] só do trabalho... para que ele, para ser um trabalhador, ele precisa resgatar essa totalidade porque é isso que vai fazer dele, um trabalhador diferenciado. É a capacidade criativa dele, é a capacidade crítica, a capacidade de ser um sujeito atuante e não um objeto que responde a ordens... ou segue protocolos. Para ele ser essa pessoa proativa que modifica o ambiente onde ele está, ele precisa então desenvolver essas potencialidades, ele precisa olhar para o trabalho de uma forma diferente e não como um lugar para cumprir a minha carga horária e seguir uma rotina... mas eu estou lá como um sujeito que está num serviço de saúde, que tem uma responsabilidade social, porque o trabalhador da saúde, ele usufrui do que ele produz. Muitas vezes em outras situações de trabalho, não é assim... muitas vezes... nem todo o trabalhador usufrui do seu produto, mas o trabalhador da saúde, ele usufrui do seu produto. Então, significa que a responsabilidade... nem todo mundo percebe isso. A nossa responsabilidade em fazer parte do SUS é em constituir o próprio processo de produção de saúde na sociedade. Então, quando nós trabalhadores somos alienados do [que] estamos fazendo, não correspondemos a esse sujeito proativo, nós estamos contribuindo para a manutenção das coisas, na doença, e não na produção da saúde. [É] esse recado que a gente procura fazer... talvez isso seja sim inovador... porque acho que historicamente o desenho que se faz para se pensar em cursos é muito de responder ao mercado. E o mercado entende como produto [e] não como produção de saúde como a gente está falando, produção de saúde no sentido da promoção [da saúde], [o mercado entende como] o produto assistencial no sentido de mercadoria” (Andiroba).

“O sujeito do qual nós estamos falando não é um sujeito só trabalhador, não é... é esse sujeito cidadão... inserido numa sociedade, num determinado tempo histórico. Então, porque às vezes quando a gente fala que é um currículo voltado para o processo de trabalho pode ficar muito mecanicista... com aquela ideia de que é para você formatar o trabalhador e não é assim, porque nós estamos falando desse sujeito trabalhador, um sujeito crítico, capaz de transformar a sua realidade e assumir o seu papel na construção de um SUS, de um Sistema Único de Saúde. Por isso o eixo político, a dimensão que a gente fala, a dimensão ética. Então [não] é só na prática de trabalho que ele desenvolve as suas competências e habilidades, é na sua prática de cidadão também” (Andiroba).

O ponto que queremos destacar no depoimento de Andiroba é seu relato quanto ao modo como se deu o enfrentamento da alienação ao longo do processo de formação no CTVS, ou melhor, como foi enfrentada a questão da alienação no trabalho desenvolvido pelos ACEs. Andiroba explica que esse enfrentamento se deu tanto no próprio processo de trabalho dos ACEs, quanto ao longo do CTVS, a partir da explicitação e do reconhecimento do sentido do trabalho desenvolvido no SUS. Sua narrativa desvela que, diferentemente, de outros trabalhadores, os profissionais do SUS possuem a oportunidade de usufruir o fruto do seu próprio trabalho, que é a promoção da saúde coletiva. Portanto, um trabalho que possui uma dimensão social e ao mesmo tempo pessoal.

Andiroba ainda explica que o currículo do CTVS teve por objetivo formar o “sujeito crítico, capaz de transformar sua realidade e assumir seu papel na construção do SUS”, conseqüentemente, um currículo crítico, voltado para a formação do cidadão e não apenas para o desenvolvimento de competências técnicas profissionais na área da vigilância em saúde. Adentremos um pouco mais no depoimento de Andiroba:

“Estamos falando então que esse sujeito tem que ser um sujeito crítico, com potencial de transformação e de mudança para a construção de uma sociedade... mais justa mesmo... e que possa produzir essa coisa da felicidade. [Porque] agora, a Política da Promoção de Saúde fala em felicidade como um de seus valores. Então, são outras relações que estão estabelecidas aí. E eu acho isso extremamente... isso é realmente um grande desafio... O desenho de um currículo tradicional, em uma escola tradicional, não caberia [para o enfrentamento da] questão da alienação. Então, esse [eu] acho que é um eixo importante [que é a] gente estar entendendo ao pensar no método com o qual a gente trabalha, a gente está buscando um processo de ensino-aprendizagem para a superação da visão ingênua e [da] ‘desalienação’. Então, é com isso que se entende o apropriar-se do conhecimento. Que ele passe então a fazer parte... aquele conhecimento produzido é parte das pessoas, do grupo e dos indivíduos. Então, ele produz realmente novos conhecimentos, tomando consciência do impacto que aquele conhecimento, aquela prática vão produzindo na realidade” (Andiroba).

“Os problemas, as questões que, muitas vezes estão... devidamente encaixotadas e escondidas... mas fazemos isso de uma forma... não assim... porra louca... não assim... põe para fora, não no sentido de criar conflitos, confrontos e tal... não... mas põe para fora no sentido de problematizar... no sentido de buscar explicações para aquela realidade... e se identifica problemas... buscar soluções para aquilo. Então, é isso que a gente está chamando de ‘teoria e prática integrada’... é isso que a gente está chamando de trabalho, não o trabalho emprego, mas é trabalho, assim, como aquilo que transforma, aquilo que muda, aquilo que constrói novas coisas... esse ato... trabalho como um ato humano... de fazer o mundo à sua volta... então, são

essas as bases para a gente pensar a prática educativa. Então, toda vez que a gente está no processo educativo, se você está em uma situação que você foge dessas bases, ou seja, quando você percebe que você está reproduzindo coisas, ou você está boicotando... impedindo processos... então você dá uma recuada e fala 'perai' porque a base é justamente o contrário... não é inibir, não é controlar os processos... não é estabelecer os certos e errados, porque isso aí é outra coisa... muitas vezes aquele que está no papel de docente... se vê com a obrigação de deixar muito claro qual é o certo" (Andiroba).

Andiroba, ao explicar sobre o processo de "desalienação", destaca duas dimensões basilares da organização curricular do CTVS: a integração teoria e prática e o processo de trabalho no SUS como princípio educativo. O processo de trabalho é compreendido "como aquilo que transforma", tanto a natureza quanto o próprio ser humano, em total consonância com a perspectiva marxiana e engelsiana de trabalho (MARX; ENGELS, 1989).

A partir das reflexões de Andiroba já se torna possível, nesta primeira aproximação ao conteúdo das entrevistas com as coordenadoras do CTVS, ter explicitado algumas das concepções de currículo, assim como dos objetivos institucionais e educacionais presentes no projeto curricular do CTVS.

Ainda nesta seção inicial, gostaríamos de introduzir mais três aspectos a respeito do currículo do CTVS: a especificidade da formação na área da vigilância em saúde, na opinião de Imbuia; o trabalho desenvolvido no GT Currículo, a partir dos comentários de Andiroba e a superação da fragmentação de conteúdos por meio da integração curricular, nas palavras de Acaicá. Vejamos o que nos dizem as coordenadoras do CTVS:

"Nós tivemos muita dificuldade em relação a ter um profissional de vigilância em saúde, formado em vigilância em saúde, porque nenhum de nós, na verdade [tinha essa formação acadêmica], eu acho que isso foi uma construção... um processo de construção de anos. Nós queríamos que, de fato, tivesse pessoas que pudessem proporcionar essa construção... Possibilitar essa construção de algo que era uma integralidade. Então, nós não tínhamos esse docente preparado, mas nós tínhamos muitas pessoas preparadas de dentro [dos serviços]... nós tínhamos pessoas muito interessadas. Acho que é o fator que me encanta muito na prefeitura, que, mesmo com as dificuldades que nós temos... salariais, dificuldades de infraestrutura, nós sempre tivemos pessoas que estavam abertas pra coisas novas... sempre... eu nunca me deparei com coisas... que as pessoas dissessem: 'não, eu não vou fazer... eu não quero fazer', pelo menos na minha construção toda de vinte e sete anos de prefeitura... Então, o que nós fizemos naquela época: pegamos os saberes das pessoas que tinham disponibilidade [que] tinham essa possibilidade de doar aquilo que era de melhor deles e construímos um arsenal..." (Imbuia).

"Outra coisa que me chamou atenção foi que o grupo que participou disso, os técnicos, tanto da Covisa, quanto de escolas regionais, como algumas pessoas de outras áreas que nos ajudaram, eles foram muito corajosos mesmo... de assumir um trabalho difícil. Era algo novo para eles, e eles arregaçaram as mangas. Havia muitas divergências, diferenças de compreensão de quem era esse profissional [, o TVS]. E aí nós estamos falando do saber, do conhecimento que é da vigilância em saúde que é imenso... então não foi nada fácil chegar a acordos, em consensos... fazer escolhas... quando a gente estava pensando na construção de um tema, por exemplo, que esse tema vai estar mexendo com as dimensões, mexendo com uma determinada realidade, então isso fez com que essas pessoas, esses técnicos, essas pessoas que

estavam se vendo no papel de docente também revissem as suas práticas. Então, houve conflitos, houve uma série de problemas e dificuldades aí, mas as pessoas enfrentaram muito bem tudo isso, foram até o fim na tarefa” (Andiroba).

“Primeiramente, foi esse convite para participação... [no GT do currículo], pensando toda a formação do curso, pensando nas disciplinas, porque para mim... antes eu trabalhava com a questão das disciplinas... isso foi muito interessante, também com essa metodologia aqui da escola [da ETSUS-SP]... para mim, isso foi... realmente entender o que é um processo de aprendizagem porque não é com teorias fragmentadas... e a gente trabalhava de uma forma conjunta, entendendo aquilo na prática. Eu não estou recordando todos os termos, mas assim: o que eu achei muito bacana dessa metodologia... como eu falei... não ser uma fragmentação de conteúdos, você entender que cada conteúdo é interligado a outro, você fazer esse processo de pensar a teoria, levar para prática... depois trazer da prática o que foi discutido... isso foi fundamental. Acho que, assim, o que essa metodologia proporcionou... eu não esqueço, eu mostro para os colegas... o primeiro livro, acho que o primeiro livro, pensando conteúdo... o método foi fantástico, porque, se a gente quer trabalhar a saúde, a gente começou a pensar: o que é o Brasil? O que é ser brasileiro? Pensar toda a história do Brasil. Se a gente quer compreender todo esse processo que acontece em saúde, de doenças que ocorreram, a gente tem que entender um pouco a nossa história, então, a gente trouxe isso, eles até estranharam: “mas é aula de história, não é curso de vigilância?” (risos) (Acaicá).

“E quando você está trabalhando com o docente as coisas se conversam, as unidades se conversam, tudo se conversa, integra. Então, a ideia do currículo integrado ela integra teoria e prática, ele integra as diversas disciplinas que, no nosso caso, podem ser as diversas áreas técnicas, [que são] separadas... então ele vai integrando o que está separado... tem isso também, tem mais essa vantagem” (Andiroba).

Os recortes das entrevistas anteriormente citados tratam de aspectos do CTVS que são foco desta análise e que, por conseguinte, serão detalhadamente desenvolvidos nas próximas seções. Todavia, neste momento, queremos apenas destacar que a ideia, ou melhor, a concepção que melhor sintetiza o currículo do CTVS e, portanto, desta primeira seção de análise das entrevistas dos sujeitos de pesquisa, é a noção de integração curricular presente na organização do currículo do CTVS, a qual foi tão bem sintetizada no depoimento de Andiroba ao relatar que o currículo integrado “vai integrando o que está separado”.

Dessa forma, já podemos ir confirmando nossa premissa de que a concepção de currículo integrado que fundamentou as ações pedagógicas do CTVS visou à superação da fragmentação da organização curricular por disciplinas escolares, assim como da separação entre as áreas do conhecimento e das “diversas áreas técnicas” nas quais estão organizadas as atividades desenvolvidas na saúde pública, em especial no campo das vigilâncias em saúde. Enfim, a proposta de integração curricular empregada no CTVS propôs integrar o que estava anteriormente separado, buscando construir um todo, ou melhor, uma totalidade na formação dos ACEs, alunos do curso.

### 6.3 Inovações, contradições e conflitos presentes no curso técnico em vigilância em saúde

Nesta seção, a partir dos depoimentos dos sujeitos desta pesquisa, iremos buscar identificar as contradições, as inovações e os conflitos presentes na relação entre a prática profissional dos Agentes de Combate a Endemias (alunos do curso) e a proposta de formação do Curso Técnico em Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde.

#### 6.3.1 A coordenação do curso técnico em vigilância em saúde

Aqui buscamos apresentar um aspecto da cultura organizacional da administração pública que é a descontinuidade de projetos devido às mudanças políticas. A proposta é analisar como as coordenadoras do CTVS enfrentaram essa dificuldade ao longo da execução do CTVS. Inicialmente, apresentaremos algumas das impressões dos sujeitos de pesquisa a respeito do processo de coordenação do CTVS, na sequência analisaremos o processo seletivo dos ACEs para compor as turmas do curso e para concluir discutiremos a questão da criação do cargo e da carreira de TVS na SMS.

“O princípio dos cursos técnicos da Escola Técnica do SUS é você trabalhar em conjunto com a área fim, então, você vai ter uma elaboração conjunta com a área técnica, fazia parte também, na época, a coordenação da Covisa, que era a Coordenação de Vigilância em Saúde, então, a gente trabalhava em conjunto a coordenação: a Escola e a Covisa. Existia a coordenação nos dois locais” (Massaranduba).

“Você aborda um ponto que eu fiz parte, eu acho que tem um processo histórico aí, meu, pessoal, que não dá pra separar, não sou uma funcionária pública separada da pessoa, não sou uma pessoa separada desse contexto social, porque eu faço parte desse contexto social, eu faço parte de todo esse processo” (Imbuia).

“Eu achei interessante até para eu conhecer mais a vigilância... realmente foi fundamental [...]. Eu também cheguei a dar aula para o curso [técnico em vigilância em saúde], isso foi fundamental para conhecer mais a vigilância porque a gente fica às vezes naquele setor, com aquela rotina de trabalho, conhecer mais os conceitos, de onde surgiram, como a gente, realmente verifica a teoria na prática e junto com os alunos foi, assim, essencial” (Acaicá).

“[A coordenação foi exercida] com muito apoio, também, lá da escola [, da ETSUS-SP]. Eu acho que [a coordenação exerceu] um papel de facilitadora, eu pegaria mais pela questão de ser facilitadora do processo do que mesmo a coordenação no sentido mais clássico, assim, da palavra, entendeu? Eu acho que mais facilitadora [porque o meu] conhecimento anterior ele me ajudava... eu conseguia poder ouvir as várias falas e ir levando para um caminho mais do consenso. Você sabe o que eu sentia no grupo? Afetividade! Era um grupo afetivo. Até hoje eu tenho relações afetivas, resultantes desse grupo” (Aroeira).

Nos recortes selecionados, as coordenadoras do CTVS explicitam um pouco de suas percepções quanto ao exercício da coordenação do CTVS. Inicialmente, o fato de a

coordenação geral ter sido desenvolvida em parceria, simultaneamente, em dois locais distintos, na ETSUS-SP e na Covisa, o que num primeiro momento poderia causar estranheza, mas que no modelo proposto pela ETSUS-SP era exatamente essa proposta para ser desenvolvida na coordenação do CTVS, pois nesse modelo caberia à área técnica, no caso à equipe da Covisa, definir os objetivos institucionais a serem alcançados com o projeto do CTVS, a definição do perfil de conclusão e a elaboração dos materiais instrucionais do curso, enquanto caberia à equipe da ETSUS-SP o apoio necessário para a elaboração do plano de curso, as relações institucionais com a Secretaria Municipal da Educação, o processo de educação permanente dos docentes, assim como a responsabilidade didático-metodológica pela condução do curso.

Cabe destacar ainda três aspectos presentes nos recortes anteriormente selecionados das entrevistas com as coordenadoras. O exercício da coordenação enquanto um aprendizado, nas palavras de Caicá; a função da coordenação enquanto “facilitadora” dos processos, presente no depoimento de Aroeira e o envolvimento “pessoal” e “afetivo” nas reflexões de Imbuia e Aroeira. De certo modo, é dessa afetividade que falávamos no início deste capítulo, pois o GT do CTVS “era um grupo afetivo”. Nessa mesma linha de raciocínio também concordamos com Imbuia, pois não é possível fragmentar o indivíduo, portanto, o aluno, o docente, ou mesmo as coordenadoras do CTVS precisam ser compreendidos como um todo, ou seja, como sujeitos históricos, sociais, políticos e não apenas como servidores públicos.

Após apresentarmos os principais aspectos do modo como foi organizada a coordenação do CTVS no período de 2010 a 2016, sob a percepção das coordenadoras do CTVS, passaremos a analisar o processo seletivo das primeiras e segundas turmas do CTVS, assim como a percepção dos sujeitos de pesquisa quanto aos interesses dos alunos em relação à formação de TVS.

“Nooossaaa... tinha uma disputa para entrar nesse curso! Teve umas [Coordenadorias de Saúde] que fizeram até sorteio, teve uns que fizeram prova... os que não entraram ficaram revoltados... e ainda mais, assim, é um curso para um cargo, era uma profissão, a pessoa ia ser técnico de vigilância em saúde! E eu acho que isso chamou muito atenção, mas eu acho que se perdeu por conta do tempo e que, depois num houve o cargo... mas eu não acho que isso foi um resultado ruim... a questão de não ter o cargo, acho que o curso em si teve um ganho no aprendizado deles” (Acaicá).

“O primeiro grupo, pelo que eu entendi, a maioria foi escolhido. Isso gerou uma certa ciúmeira na categoria como um todo. Porque o projeto estava, talvez, apontando para um Programa [a formação de Supervisores de Campo] que não era o TVS. Então, eles foram, mais ou menos, escolhidos. Apenas uma região é que não escolheu [os alunos], ela fez, realmente, um processo seletivo. A segunda turma foi [selecionada] por processo seletivo, se inscreveu quem quis, prestou o concurso quem quis e as pessoas foram selecionadas para o curso” (Sucupira).

“Nessa segunda turma não predominou a ideia da carreira. Predominou a ideia do conhecimento. Eles queriam o conhecimento que os outros da primeira turma já tinham... Eles queriam o conhecimento. Então, para eles foi muito frustrante, para essa segunda turma, as duas paradas [do curso] por conta da epidemia da dengue... foi muito frustrante porque eles chegaram a verbalizar que eles não queriam parar o curso. Mas, frente à epidemia [de dengue], a gente é obrigada a trabalhar segundo a administração e o que era necessário... e o risco que a gente estava correndo [com uma epidemia no município de São Paulo]. Tentamos passar [o CTVS] para uma parte em EAD, mas eles não aceitaram. Não é porque era uma dificuldade tecnológica ou porque ‘eu’ não tenho acesso ao computador... não! Eles queriam fazer, exatamente, o curso do outro [da primeira turma]... A primeira turma era assim: presencial, com a discussão na classe, trazendo os problemas de fora para dentro da classe e aí é processo do trabalho, eles traziam o processo do trabalho para dentro da classe... que nem sempre podiam ser geridos pelo docente... ele só podia dar uma ajudinha. Mas é questão de administração. Eu senti que essa segunda turma foi pelo nível de conhecimento. Eles já não estavam preocupados com a questão de carreira. A primeira turma, sim, ela foi movimentada e, vamos dizer assim, o que os manteve incentivados durante o curso, que era bastante longo, foi à carreira [de TVS na SMS]. [A preocupação deles era:] ‘eu não vou conseguir terminar esse curso’, isso era frustrante, ‘não ter o certificado na minha mão’. Essa foi a minha percepção da segunda turma” (Sucupira).

Um aspecto significativo da cultura organizacional do serviço público, que foi amplamente discutido no capítulo III, é a descontinuidade dos projetos em andamento de uma gestão para outra, ou melhor, a cada mudança na condução da administração, no caso, a mudança de prefeito, ou mesmo, a troca de secretários municipais corre-se o risco dos projetos em andamento serem interrompidos ou sofrerem modificações em seus objetivos e suas finalidades.

O CTVS foi um projeto que teve duração de seis anos, a princípio, poder-se-ia pensar que durante sua execução tivesse ocorrido de duas a três mudanças de Secretário Municipal da Saúde, porém, devido ao fato de os prefeitos não cumprirem a totalidade de seus mandatos para poderem concorrer a outros cargos eletivos, somando-se o fato da constante mudança de secretariado, o que, por sua vez, também acarreta alteração dos cargos de confiança, no caso, da coordenação da EMS/ETSUS-SP e da Covisa, o resultado foi que o CTVS, conforme as palavras de Acaicá, “se perdeu por conta do tempo” decorrido entre seu início em 2010 e seu término em 2016.

Por outro lado, Sucupira aponta as diferenças dos interesses dos alunos entre as primeiras e as segundas turmas do CTVS. Segundo seu depoimento, o foco dos ACEs, alunos das primeiras turmas, estaria na carreira de TVS, enquanto nas segundas turmas predominariam “a ideia do conhecimento”, em detrimento do foco no cargo e na carreira de TVS. Porém, é o depoimento de Garaperia, logo abaixo, que desvela de modo mais acurado como se deu a implementação do CTVS e o encaminhamento da discussão da carreira de TVS na SMS. Vejamos:

“Esse assunto [da carreira de TVS na SMS] foi muito discutido quando nós estávamos no início... pensando no curso. Porque nós tínhamos quase certeza que, à medida que você amplia o conhecimento, você forma um técnico de vigilância [em saúde]; é natural que as pessoas queiram, também, aplicar esse conhecimento [...]. [Porém], para ele exercer uma função de nível técnico, ele teria que prestar um concurso para nível técnico. E o grande argumento, na época, era o seguinte: ‘ah, mas como é que eles vão ficar motivados a fazer um curso se eles nunca irão poder sair da atividade que eles estão exercendo?’. Então, o que a gente dizia é que, em São Paulo, não; mas na Grande São Paulo, sim; quer dizer, em qualquer outro estado da federação ele poderia exercer a atividade técnica se ele se formasse aqui... porque, infelizmente, em São Paulo, em função da lei, seria difícil... mas que isso não impediria de exercer essa atividade fora [da Prefeitura do Município de São Paulo]. Essa era a discussão do momento até quando eu me afastei” (Garapeira).

Garapeira acrescenta elementos fundamentais para a compreensão da discussão da carreira de TVS na SMS. Ela nos revela que essa discussão da carreira sempre esteve posta no grupo de coordenação do curso, que esse assunto esteve presente desde o início, ou melhor, desde quando o curso estava sendo gestado na SMS. Portanto, não era nenhuma surpresa os alunos reivindicarem a carreira de TVS.

Todavia, a afirmação de Garapeira, ao dizer que seria “natural” que os alunos do CTVS quisessem aplicar os conhecimentos aprendidos no curso, nos coloca diante de uma questão contraditória, pois para exercer a função de TVS os ACEs formados pela SMS de São Paulo deveriam procurar esse exercício profissional fora do município de São Paulo, por exemplo, na Grande São Paulo, ou mesmo, em outros estados da federação, tendo em vista não existir a carreira de TVS na SMS.

Desse modo, nos cabe refletir se esse posicionamento não representaria uma incoerência: investir na formação profissional dos trabalhadores, mas não oportunizar que esses mesmos servidores pudessem atuar como TVSSs. No capítulo IV, quando discutimos a proposta de formação profissional dos ACEs para TVS, problematizamos alguns dos aspectos jurídicos que impediram que os ACEs, egressos do CTVS, pudessem automaticamente ter seu cargo transposto para de TVS.

Em contraste, a essa questão da criação do cargo e da carreira de TVS na SMS, a proposta pedagógica do CTVS foi justamente a de integração entre a prática e a teoria, o serviço e o ensino, ou seja, de fato, seria mesmo “natural” que os alunos visualizassem poder aplicar em suas práticas profissionais o que foi aprendido ao longo do curso. Conseqüentemente, a indagação que nos cabe ser feita, neste momento, seria perguntar o que a equipe gestora da SMS fez para viabilizar o cargo e a carreira de TVS, pois o que a equipe de coordenação do curso fez nesse sentido nos já sabemos e encontra-se explicitado, como mencionado anteriormente no capítulo IV (seção 4.3.1.1).

A nossa percepção, quanto à criação do cargo e da carreira de TVS na SMS, no que tange a alguém que também exerceu a coordenação do CTVS, é que a implementação do Profaps, que é uma das políticas de educação permanente do Ministério da Saúde, no município de São Paulo, no período de 2010 a 2016, de fato, como disse Acaicá “se perdeu”, especificamente, em seu objetivo principal, no que era o objetivo mais amplo do CTVS: formar ACEs para atuarem como TVSs, que, por sua vez, implicaria a proposição das condições para esse exercício profissional.

Nesse ponto, é importante mencionar que houve um momento, mais precisamente entre os anos de 2010 a 2012, quando as primeiras turmas do CTVS dos estados e municípios, financiadas no âmbito do Profaps, foram se formando, se acreditava que o Ministério da Saúde assumiria esse papel de incentivador para que os estados e os municípios criassem o cargo/função de TVS em seus quadros funcionais, o que não ocorreu, no contexto político de 2010 a 2016.

Dessa maneira, é importante destacar que, embora os ACEs formados TVSs ainda não estivessem atuando na função para a qual foram formados, diga-se de passagem, formados pela própria administração pública, como, por exemplo, no caso do município de São Paulo, como em outros estados da federação onde ACEs, formados TVSs, estão atuando na função de TVS, mas não são oficialmente reconhecidos na função, nem são remunerados como profissionais de nível técnico. Portanto, essa não é uma contradição exclusiva do município de São Paulo, e sim do país.

Em suma, visando ainda compreender os desdobramentos da não viabilização da carreira de TVS para os egressos do CTVS, na visão das coordenadoras do CTVS, vejamos o que Sucupira, ainda, acrescenta a essa discussão:

“É uma coisa que eu acho que é importante nesse curso... é tirar uma coisa... é político não partidário, mas é político... Se tem vontade política em uma Administração, ela manda a coisa acontecer. O que é frustrante são as circunstâncias posteriores: mudou de governo, cai por aqui, cai por ali. Isso é muito complicado... porque, assim, o Projeto [do CTVS] foi excelente, o curso é excelente, você tem duas turmas formadas... É a gente fica... eu fico, particularmente, frustrada porque eles não conseguiram a carreira, mas, por outro lado, eu fico muito orgulhosa, porque eles enfrentaram todas as adversidades; a primeira turma, [a questão da] carreira; a segunda turma, de parar o curso e achar que não iam conseguir terminar” [e se formarem TVSs] (Sucupira).

Sucupira, de forma direta, explicita sua frustração pelo fato de os egressos do CTVS ainda não terem conseguido ocupar o cargo de TVS na SMS. Assim como Acaicá e Garapeira, em depoimentos apresentados anteriormente, Sucupira ressalta tanto a qualidade quanto a importância do conhecimento adquirido pelos ACEs que participaram do CTVS.

Porém, de um modo geral, todas as coordenadoras do CTVS destacaram que, apesar dos alunos ainda não terem conquistado a carreira de TVS, todos os seus esforços valeram a pena para que eles pudessem concluir o curso e ter “seu certificado na mão”. Vejamos, ainda, o desabafo de Massaranduba:

“Teve horas que a gente queria desistir de tudo, jogar tudo para o alto, mas eu enxergava sempre... porque eu estava na sala de aula, sabe, eu via o resultado daquilo, eu sabia que aquilo ia mudar a outra pessoa... então eu precisava continuar fazendo aquilo porque a gente enxerga o aluno de outra forma e ele muda...” (Massaranduba).

Apesar das nove coordenadoras do CTVS expressarem sua tristeza, sua vontade de desistir e sua frustração pelo fato de a carreira de TVS não ter sido viabilizada pela SMS, parte desse mesmo grupo de coordenadoras visualiza algumas “novas” oportunidades de inserção profissional para os egressos do CTVS, como veremos mais à frente na última seção deste capítulo que apresenta as perspectivas para o futuro. De qualquer modo, é importante registrar que esse sentimento de frustração e de inconformidade com o fato de o cargo de TVS não ter sido criado pela SMS foi um sentimento comum a todos aqueles que estiveram envolvidos com o projeto curricular do CTVS.

### **6.3.2** *A docência no curso técnico em vigilância em saúde*

Nesta subseção, selecionamos para analisar alguns recortes das entrevistas com os sujeitos de pesquisa, os quais tratam do exercício da docência no CTVS. A proposta é apresentar um panorama das principais contradições, inovações e conflitos na relação ensino e serviço ao longo da execução do CTVS.

Iniciaremos com o depoimento de Massaranduba que nos explica algumas das especificidades do projeto político-pedagógico da ETSUS-SP em comparação com as escolas do sistema regular de ensino, e, na sequência Maracatiara nos fala um pouco das concepções pedagógicas da ETSUS-SP. Vejamos:

“Não existe uma sala de aula específica... não é uma escola igual à escola formal, não tem aquele prédio... até tem porque a Escola Técnica [do SUS] acabou se estruturando dessa forma... há uma escola em cada região, uma representação dessa escola em cada Coordenadoria Regional, mas essa escola é voltada para o local de trabalho. Na época que a gente começou a formação, lá atrás, no Larga Escala [Projeto Larga Escala]<sup>81</sup>, o curso era na

---

<sup>81</sup> Massaranduba se refere ao Projeto Larga Escala que, segundo Ramos (2010), teve sua origem no “Acordo de Recursos Humanos firmado entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Cultura, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a Organização Pan-Americana de Saúde (RAMOS, 2010, p. 39). O Projeto

UBS [Unidade Básica de Saúde], não era em sala [de aula], era lá na sala de reunião da UBS... era dentro do serviço, dentro do território... esse é o ideal que a gente pensa, por quê? Porque você está dentro... você está formando para aquele serviço, o ideal é que essa formação ocorra mesmo lá” (Massaranduba).

“As concepções pedagógicas da escola, elas norteiam todos os cursos técnicos. Então, já era uma coisa dada e com a qual eu me afino, sempre me afinei. Agora, na hora da elaboração e da execução do curso, eu acho que tem muito nó, porque são concepções. A Misocami [Cláudia Kazumi Misocami] fala isso, que ela passa pela visão de mundo de cada educador, então, na saúde, a formação dos profissionais é uma formação tradicional, uma proposta pedagógica tradicional... então, foi muito difícil essa questão dos professores, que a gente em um primeiro momento do curso contava com os profissionais da saúde, a maioria da Covisa, da vigilância [em saúde] das regiões. Eles têm uma formação tradicional, uma visão pedagógica tradicional, um trabalho com uma visão tradicional, fechada... e a proposta do curso era justamente ao contrário, era trabalhar o coletivo, trabalhar a integralidade, a mistura de saberes, de práticas, então, foi bastante difícil envolver esses profissionais, mas foi um desafio... no final foi gratificante porque eles puderam ter uma outra visão, uma outra concepção de mundo, de indivíduo, das relações de trabalho, dos fazeres... que era a proposta pedagógica do curso. Essa integralidade, era tudo inter, tudo muito coletivo, as coisas se misturavam a todo o momento. Às vezes, para um educador de fora [da SMS] com uma visão tradicional aquilo era assustador... você não tem o controle do processo, a proposta nossa é uma coisa assim: cada dia é um dia, você tem que estar muito aberto para viver os processos... e muitas vezes o conhecimento técnico-teórico, ele falta naquela questão e isso desestabilizava um pouco, mas acho que, no fim, para muitas pessoas que participaram do processo que começaram a compreender essa proposta pedagógica aberta, ampla, inter, ela é cheia de inter, tudo é inter... não tem caixinha de conhecimento” (Maracatiara).

A partir das falas de Massaranduba e de Maracatiara são muitas as questões possíveis de serem discutidas, porém selecionamos um tema para iniciarmos nossa reflexão que é o processo de educação permanente dos docentes. Massaranduba fala da possibilidade da existência de uma escola sem sala de aula, de uma educação que pode acontecer em qualquer lugar, enquanto Maracatiara apresenta uma concepção pedagógica na qual o trabalho é todo organizado de modo coletivo, onde os saberes se misturam e não há “caixinhas de conhecimento”. Contudo, para que essas concepções pedagógicas possam se concretizar na prática, no chão da escola é preciso que passem pela “visão de mundo de cada educador”. Daí a importância do processo de educação permanente dos docentes do CTVS.

Maracatiara nos esclarece que um dos desafios para implantação da proposta pedagógica da ETSUS-SP é o fato de os docentes que são profissionais de saúde terem sido formados “numa pedagogia tradicional”. Acrescentamos nós: formados numa pedagogia tradicional, provavelmente, com base no modelo biomédico de ensino. Ensino tradicional: professor transmite conteúdos, alunos assimilam, depois serão aferidos em provas e trabalhos escritos. Por certo, um dos primeiros desafios na implantação do CTVS foi à formação dos docentes do curso, ou melhor, o processo de educação permanente em saúde, para que os

docentes pudessem compreender a proposta da formação técnica no SUS e, por conseguinte, a proposta pedagógica da ETSUS-SP.

Nesse passo, já adentramos na discussão quanto ao processo de educação permanente dos docentes do CTVS. Vejamos como se deu o processo da capacitação pedagógica e de educação permanente em saúde desenvolvido ao longo do CTVS, nas palavras de Maracatiara e Catuaba:

“A escola sempre fez capacitações pedagógicas, inicialmente, antes de se iniciar qualquer curso, se identificavam as pessoas que se dispunham a ser professores, docentes... e aí eles participavam de um processo de capacitação pedagógica para conhecer a proposta pedagógica da escola... se identificar, compreender todo o processo... Tem uma questão que pegava muito, a questão da avaliação, [o fato de] não ter nota: ‘como que a gente vai controlar?’, ‘como que a gente vai ter certeza?’, ‘a aula vai ser expositiva... vai ser dialogada?’. Então, se começava uma capacitação pedagógica, mostrando as várias vertentes pedagógicas, os autores, os teóricos que a fundamentavam e a linha pedagógica que a escola escolheu, com seus pensadores, com seus fundamentos, com as suas propostas, com as estratégias de avaliação... as propostas dentro de sala de aula e aí em um segundo momento os docentes já estavam afinados... aí a gente partia para cada módulo para uma capacitação técnico-pedagógica. Então, era juntar o técnico, o saber técnico que estava proposto naquele módulo e juntar às questões pedagógicas” (Maracatiara).

“É [você] ficar horas conversando com o professor e tentar entender, explicar para ele, mais ou menos, como é esse processo [da utilização da metodologia da problematização], e tudo o mais... e é engraçado que não é porque o profissional estava na Rede [trabalhador da SMS, que...]. São questões mesmo que eu entendi como pedagógicas. Assim mesmo esses profissionais com toda [sua] experiência, eles também se sentiam inseguros ali... e eles perguntavam: ‘será que eu estou fazendo certo?’, ‘será que está errado?’, ‘então, como eu faço?’” (Catuaba).

Maracatiara nos fala da capacitação pedagógica como um espaço que visou “afinar” o docente em relação ao projeto político-pedagógico da ETSUS-SP. Também esclarece que as Oficinas Técnico-Pedagógicas tinham por objetivo integrar os saberes técnicos e pedagógicos, enfim esses eram os espaços coletivos de aprendizagem e troca de saberes ao longo da execução do CTVS. No entanto, Catuaba nos apresenta outro espaço de formação que vai além dos espaços oficiais de educação permanente dos docentes do CTVS, um espaço mais individualizado, que foi o espaço da conversa informal entre a coordenação pedagógica e os docentes. Outro ponto ainda apresentado por Maracatiara foi a questão do processo de avaliação no CTVS, questão que retomaremos mais à frente.

Ainda em relação ao processo de capacitação pedagógica queremos dar destaque ao depoimento de Massaranduba, tendo em vista sua experiência pessoal, primeiramente, na condição de aluna, depois como docente da capacitação pedagógica e, finalmente, como coordenadora do CTVS:

“E se percebeu o poder que a gente tem... poder no bom sentido, né? [Poder] que essa pedagogia tem sobre o objetivo que você quer, que é a mudança... a melhoria do serviço, porque você promove mesmo uma mudança interna que acaba repercutindo na mudança externa da pessoa, ela passa a enxergar o coletivo com outros olhos, ela sai do individual. Eu acho que isso a gente consegue fazer, a gente passa a enxergar o coletivo. Isso a gente, por ser testemunha disso há muitos anos, por ter passado por essa transformação, porque eu fui uma pessoa que passou por essa transformação... depois que eu fiz a capacitação pedagógica, depois que eu passei a fazer formação... eu mudei como profissional, eu enxergava as coisas de outra forma, então, como aconteceu comigo, pode ter acontecido com muita gente. Eu mudei por conta da concepção pedagógica da Escola Técnica [do SUS]. Então, se a gente traz isso para dentro do curso por mais que a gente tenha tido percalços e problemas, eu só carrego a visão positiva. Já é minha característica (risos), eu detesto ver o lado ruim” (Massaranduba).

A fala de Massaranduba é muito significativa, pois ela vocaliza do lugar da experiência de quem já exerceu a docência nos cursos técnicos ofertados pela ETSUS-SP. Ainda mais, ela fala do seu próprio processo de transformação, testemunhando que ao participar da capacitação pedagógica na condição de aluna e depois como docente ela se transformou como pessoa e como profissional, ampliando seu olhar, avançando de uma dimensão “individual” para uma visão mais coletiva, mais social do mundo e das relações em sociedade. Ela atribui sua “mudança interna” à concepção pedagógica da ETSUS-SP, por isso, apesar de todas as dificuldades na execução do CTVS, ela segue acreditando, com sua visão positiva no poder de transformação advindo da educação.

Neste ponto, iniciaremos a análise sobre o exercício da função docente no CTVS, a partir das reflexões dos sujeitos de pesquisa. Porém, antes de passarmos a palavra às coordenadoras do CTVS, queremos esclarecer que um dos aspectos significativos em relação ao exercício da docência no CTVS foi o fato de contarmos tanto com a presença de docentes da Rede, ou seja, de servidores públicos da SMS, quanto com docentes contratados, exclusivamente, para lecionar no curso. A descrição e a tipificação dos docentes que atuaram do CTVS encontram-se no capítulo I (seção 1.4.1).

Neste momento, queremos apresentar cinco posicionamentos distintos a respeito da diferenciação entre as duas modalidades de docentes do CTVS, a saber: docentes servidores da SMS e docentes contratados. Vejamos o que pensam as coordenadoras Garapeira, Catuaba, Aroeira, Acaicá e Andiroba:

“Existia a possibilidade de contratação de docentes externos. Só que aí era aquela eterna história que sempre acontece dentro da vigilância [em saúde] que [é o fato de que] as pessoas que trabalham na vigilância, eu acho que até certo ponto, elas têm razão, mas não totalmente, elas dizem: ‘essa é uma disciplina que nós dominamos...’, ‘está dentro do nosso domínio’, ‘esse olhar, essa forma de trabalho é nossa’, ‘essa experiência, essa vivência é nossa’. Trazer gente de fora, essas pessoas vão vir com muita teoria e pouco olhar prático, porque a prática é do profissional da vigilância [em saúde], então, essa discussão existia lá dentro, por isso, talvez, não sei se foi dessa forma que aconteceu, mas existia uma tendência a não buscar gente de fora” (Garapeira).

“Um profissional que não é da Rede [da SMS], ele precisa de um suporte maior. E eu falo assim: não é um suporte maior de material ou coisa assim... é de entender esse processo, e, muitas vezes, você tem que estar lá para auxiliar, falo assim: ‘não, mas não é necessariamente dessa forma... é assim que funciona...’” (Catuaba).

“Eu não tenho dúvida. Eu acho que não é porque o profissional é do próprio serviço que ele incorpora a pedagogia libertadora. Eu vejo profissionais que veem a realidade de forma fragmentada. Agora, os próprios profissionais, os docentes para este curso, eu acho que tem uma troca muito grande porque ao mesmo tempo em que ele tem que preparar sua aula... porque o que você tem de material didático, é claro, que você pode segui-lo, mas você também tem a liberdade de mudá-lo, de acrescentar ou de substituir determinados textos... o docente, ele tem essa liberdade. Porém, o material, ele é tão rico que há uma certa aprendizagem para o próprio docente, ele se refaz...” (Aroeira).

“Hoje, eu tenho uma relação de amizade com eles, até hoje, então, assim... encontro eles em qualquer lugar que for... abraço... acho que é uma relação afetiva mesmo, que a gente construiu. Uma relação de amizade, de coleguismo mesmo, assim, ah... precisa de alguma coisa de trabalho, eu mesmo... no mês passado eu fui na CIPA [Comissão Interna de Prevenção de Acidentes] que eles me convidaram... [Daí:] ‘ah, professora’... É uma relação que foi de muito afeto, muito gostoso nesse sentido. O que eu percebo, assim, de avaliação, que foi para [mim] o curso, eu vejo o quanto eu mudei e eu falo para todo mundo... tem uns que ficam meio assim quando eu falo, mas eu entendi o que é vigilância a partir do TVS. Entendi o que é vigilância pelo TVS. Por mais que eu estou lá, no planejamento, pela coordenadoria, com execução pelas Suvis... entendi o que é vigilância pelo TVS, porque foram eles que trouxeram as demandas do território e a gente fez uma discussão sobre o que a vigilância pode atuar sobre isso” (Acaicá).

“A outra experiência foi contratar docentes... essa é sempre mais complicada. A nossa sorte, assim, foi que muitos desses docentes que foram contratados eram ex-funcionários, [servidores públicos] aposentados... Aí, tudo bem, porque ele conhece a máquina, conhece a Secretaria [Municipal da Saúde], inclusive conheciam a vigilância [em saúde], mas aqueles que não... que não tinham... [que] não conheciam a vigilância [em saúde], não conheciam a estrutura municipal... causou muito problema, foi muito ruim... porque ficou muito mais próximo do tradicional, ou seja, aquele negócio de sala de aula... a articulação com o serviço ficou muito frágil... e também mudou bastante o perfil desse aluno... ele ficou muito mais individualista no processo, porque é aquela coisa... aquela coisa coletiva, de construção junto, ficou um pouco perdida nisso. E então ficou meio uma coisa cada um por si... a gente percebe, pelos trabalhos que saíram no final, a diferença dos trabalhos, dos TCC, a turma dois que foi feita com docentes contratados... e a turma um que foi com pessoas da Rede...” (Andiroba).

Primeiramente, cabe esclarecer que as coordenadoras do CTVS: Garapeira, Catuaba, Aroeira, Acaicá e Andiroba vocalizam de lugares distintos da estrutura administrativa da SMS, assim como narram experiências diversas, vividas em tempos históricos diferentes da coordenação do CTVS. Apesar de todas essas diferenciações entre as cinco coordenadoras do CTVS, anteriormente citadas, é possível identificar um posicionamento mais favorável para que a docência no CTVS fosse exercida por servidores públicos da SMS, justificativas como: o fato de o servidor conhecer as práticas em vigilância em saúde (Garapeira), o ganho profissional e pessoal que o servidor adquire ao lecionar nos cursos técnicos ofertados pela ETSUS-SP (Aroeira, Acaicá e Andiroba), assim como o fato de os docentes contratados necessitarem de maior suporte técnico-pedagógico (Catuaba), são fatores que justificaram o

porquê da priorização dos docentes do CTVS terem sido escolhidos entre os servidores da SMS.

Por outro lado, foram apresentadas algumas exceções que podem justificar a presença de docentes contratados no CTVS. Aroeira chama a atenção para o fato que nem sempre o docente que é trabalhador da SMS tem clareza das concepções político-pedagógicas da ETSUS-SP, como exemplo, ela mencionou que nem todo o servidor da SMS “incorpora a pedagogia libertadora”, referindo-se ao educador Paulo Freire, cujos ensinamentos serviram de base para a construção do projeto político-pedagógico da ETSUS-SP. Conseqüentemente, o trabalhar na SMS não significa, necessariamente, afinidade com o projeto político-pedagógico da ETSUS-SP.

Em contraste, Andiroba, apesar de apontar as dificuldades do trabalho com docentes contratados, esclarece que quando esses docentes são servidores públicos aposentados: “aí tudo bem, porque eles conhecem a máquina”, ou melhor, conhecem o funcionamento da SMS, o que, por sua vez, não descarta a necessidade de o docente contratado demonstrar afinidade com o projeto político-pedagógico da ETSUS-SP.

Passemos a outro ponto que, apesar de significativo, não foi tão explorado nas reflexões das coordenadoras do CTVS, que foi a utilização da estratégia da docência compartilhada, muito bem justificada no depoimento de Acaicá. Vejamos:

“Os docentes tiveram uma distribuição um pouco diferente em cada região [...] a gente teve a participação de três docentes representantes da escola e a gente também teve três representantes da vigilância. Foi interessante essa formatação, até porque às vezes estavam as seis, às vezes não estavam as seis, às vezes tinham quatro (risos), mas, assim, nunca era uma só. Sempre tinha, pelo menos, uma dupla [em sala de aula]. O que a gente entende assim... um representante da escola porque [é] uma questão até de uma experiência maior quanto à metodologia, que a gente, enquanto técnico, não tinha, mas a gente dava o suporte naquela questão do conteúdo, então eu enquanto [editado] a gente fazia a divisão, assim, vigilância epidemiológica estava lá [...], ambiental... sempre tinha um conteúdo de tal vigilância... a gente sempre estava presente, pra gente trabalhar, porque tinham umas coisas que, mesmo os próprios docentes da escola falavam que não conheciam... a gente entende porque a gente também não conhecia algumas partes e a gente fazia essas divisões... até a preparação das aulas se pautavam um pouco nisso: no conteúdo e no docente que estaria na sala de aula. Então, às vezes era um conteúdo que nenhuma das seis dominavam (risos), assim, a gente chamava... tinham os [docentes] convidados que a gente convidava, os técnicos das Suvis, a gente passava o conteúdo antes do que ia ser trabalhado... eles estavam em sala de aula... sempre tinha aqueles que já conheciam o curso... que davam um superapoio para o curso, que sempre estavam presentes... tinha uma [servidora] lá da sanitária [sanitária] que sempre estava com a gente, uma que trabalhava a questão da Atenção Básica... que sempre estava com a gente. Então, dependendo do tema, a gente sempre trazia uma pessoa que estava no território, trabalhando com aquilo, porque é importante por ele conhecer um pouco da prática. Era um pouco assim essa dinâmica que a gente tinha em sala de aula, então a preparação da aula se baseava um pouco assim: conteúdo e o docente que estaria junto... mas sempre tinha o da escola porque a gente entendia que a questão, principalmente no início do curso, o entendimento da forma da atividade que vai ser trabalhada com os alunos, a gente, às vezes tinha um pouco de dificuldade e a pessoa da escola estava lá apoiando...” (Acaicá).

Acaicá nos esclarece que o objetivo da docência compartilhada no CTVS visou garantir a qualidade do desenvolvimento dos conteúdos prático-teóricos ao longo do curso, tanto do ponto de vista da qualidade técnica, quanto didática. É necessário lembrar que o CTVS não foi organizado por disciplinas, e sim por temas, portanto os docentes regentes (fixos com as turmas), os docentes especialistas, ou mesmo, os docentes convidados, atuaram conjuntamente de modo a garantir maior integração entre os conteúdos discutidos em sala de aula e as práticas profissionais desenvolvidas, tanto nas unidades da SMS, quanto no trabalho de campo.

Outra questão que Acaicá nos faz refletir é o investimento e a importância que o CTVS teve na SMS em um dado momento histórico, pois em seu relato ela nos diz que no mínimo sempre havia uma dupla de professores e que em determinadas situações havia até seis docentes em sala de aula. Por outro lado, somos sabedores que algumas aulas do CTVS, tendo em vista o grau de especificidade dos temas discutidos, tornaram-se uma oportunidade de formação também para os docentes do curso, que, como já foi comentado anteriormente, em sua maioria, eram profissionais de saúde inseridos no Sistema Municipal de Vigilância em Saúde (SMVS) e que, portanto, tinham interesse em aprofundar seus conhecimentos no campo das vigilâncias em saúde.

Um último aspecto que queremos analisar a respeito do exercício da docência no CTVS foi o fato de que alguns docentes exerciam um duplo papel junto aos ACEs, alunos do curso, qual seja: ao mesmo tempo em que eram professores também eram chefes dos seus alunos. Portanto, esse foi mais um dos desafios do exercício da docência no CTVS, conseguir estabelecer uma relação de professor-aluno com aquele servidor que também ocupava uma posição de subordinado no local de trabalho. Neste ponto, apresentamos parte das reflexões de Andiroba que nos ajudam a compreender os desafios dessa delicada relação entre professor-aluno e chefe-funcionário. Vejamos:

“No processo de trabalho, a gente enfrenta outros desafios... que é o desafio da relação mesmo... desse aluno ou desse docente no trabalho e a relação dele em sala de aula. Tem alguns... algumas contradições que surgem aí... o que vai tá fazendo papel de docente é alguém que tem um poder de mando sobre aquele aluno na estrutura de trabalho. Então, o enfermeiro que é chefe do auxiliar de enfermagem, o biólogo que é chefe do agente de zoonoses e, ao mesmo tempo, você está lá com a relação professor-aluno. Então, eu acho que é assim um desafio... não uma dificuldade... é um desafio importante de ser superado. Porque na hora que esse desafio é superado, acontece uma mágica bonita. Porque a relação de trabalho, uma relação de mando, que pode ser sufocante... que está pautada na autoridade... na relação de ensino, dentro de uma metodologia problematizadora, a relação é de sujeitos... na horizontalidade. E o docente pra trabalhar com essa metodologia, ele tem que olhar para o aluno como uma pessoa com potencial, com capacidade, um sujeito adulto com saber próprio. Então, ele vai entrar em contato com essas duas coisas: ‘ele, o meu funcionário, que, às vezes, já tenho uma ideia preconcebida, ah, ele chega atrasado, ele faz o que ele bem entende, ele

num sei quê...’, pode ser um monte de ideias, e depois ‘eu vou ver... ele, aluno, e a minha relação’. Então, isso cria uma situação que precisa ser enfrentada. O enfrentamento dela pode causar mudanças excelentes na relação de trabalho porque potencializa no sentido de qualificar aquela relação de trabalho pra além da questão da autoridade... quando os dois começam a se ver sujeitos responsáveis pelo trabalho, não mais relação chefe e funcionário só...” (Andiroba).

O depoimento de Andiroba nos coloca diante de uma questão muito preciosa na área da educação que é a relação professor e aluno, que, no caso do CTVS, estava envolta em outra dimensão que é a relação chefe e subordinado, a qual precede a relação professor e aluno. A questão da relação chefe e subordinado é amplamente discutida na área da administração de empresas, ou mesmo, na administração pública, quando se analisa os modelos de gestão. Neste estudo, essa discussão foi realizada no capítulo III quando nos detivemos na análise dos modelos de administração pública e dos perfis de competência profissional dos servidores públicos, conforme os principais modelos de gestão.

Ao término do capítulo III, concluímos que no serviço público brasileiro, de um modo geral, e na SMS, em particular, apresenta-se um modelo heterogêneo de gestão no qual há uma disputa entre os modelos patrimonial, burocrático, gerencial e social, em síntese, existe no setor público uma disputa entre o “novo e o velho” (PIRES; MACÊDO, 2006, p. 83), disputa que pode ser mais bem compreendida enquanto uma relação dialética de conservação-evolução de valores, costumes e práticas profissionais.

É nesse sentido da disputa entre modelos de gestão, os quais preconizam relações menos hierarquizadas, que podemos melhor compreender a fala de Andiroba quando ela nos diz de um desafio a ser superado na relação professores e alunos e entre chefes e funcionários, portanto um desafio que não está limitado ao espaço da sala de aula, mas amplia-se para as demais relações profissionais na SMS, que é superar as relações “de mando” exercidas, ainda, com resquícios dos modelos patrimonial e burocrático.

Andiroba descreve que é a metodologia da problematização que apoia esse processo de transformação nas relações profissionais, transformando-as em relações mais horizontais e menos autoritárias. Em certa medida, Andiroba nos apresenta outro ganho para o serviço público quando a docência dos cursos técnicos da ETSUS-SP é exercida por profissional da SMS, chegando a descrevê-la como uma “mágica bonita”, que é a alteração das relações autoritárias de trabalho por relações mais democráticas, aonde ambos, chefes e funcionários, tornam-se “sujeitos responsáveis pelo trabalho”. De fato, uma bonita mágica.

### 6.3.3 A formação de técnico em vigilância em saúde na Secretaria Municipal da Saúde

Nesta subseção, a partir do posicionamento dos sujeitos desta pesquisa frente à formação de TVS na SMS, foram agrupados três temas a serem analisados que correspondem aos pressupostos ordenadores do currículo do CTVS na ETSUS-SP, são eles: a integralidade em saúde como diretriz norteadora da formação para o SUS; o processo de trabalho como princípio educativo na formação de profissionais de saúde; e, o modelo das competências profissionais no processo de ensino na área da saúde. Quanto ao quarto pressuposto ordenador do CTVS, que é o currículo integrado enquanto estratégia da ação pedagógica, ele será analisado conjuntamente com os outros três pressupostos.

A proposta desta subseção é identificar alguns pontos que demarcaram as principais contradições, inovações e conflitos presentes no currículo em ação do CTVS da SMS, no período de 2010 a 2016. Iniciaremos analisando alguns recortes das entrevistas com os sujeitos de pesquisa, os quais tratam mais detalhadamente da dimensão da integralidade em saúde como diretriz norteadora da formação para o SUS. Passemos para os depoimentos das coordenadoras do CTVS:

“Foi um grupo de pessoas, o GT, que era um Grupo de Trabalho, que é assim que ele foi chamado, com pessoas das mais diversas áreas sentando juntas pra pensar um curso técnico para o trabalhador. Então, tinha gente do RH da Secretaria, da própria Covisa, tinha do RH, tinha da Direção e das Regiões [, pois] foram chamadas [representantes de] todas as regiões de São Paulo, do Município, e todos contribuíram, todos participaram, contribuíram trazendo as suas realidades, as suas dificuldades, as suas expectativas... e todo mundo discutindo a proposta do curso e depois, também, todos tiveram voz, participação na construção do currículo” (Maracatiara).

“Se parte do pressuposto que você tem algo e que você vai dar algo. Então, pra mim, o currículo, ele tem que ser integrado pra que não se distancie da prática. Eu acho que é uma possibilidade de você montar, realmente, uma vigilância mais integrada com a Assistência [, ou seja, com a Atenção Básica]” (Imbuia).

“A nossa concepção sempre foi tendo por parâmetro o processo de trabalho, e é claro que nós estamos falando em profissão, profissão técnica. Nós estamos pensando numa formação de nível médio, que forma para uma profissão que já está meio que estabelecida legalmente. E nós temos um trabalho concreto onde aquele profissional se insere. Então a construção do currículo tem que ser integrada com esse processo de trabalho. Então, não é simplesmente uma lógica escolar descolada da lógica de trabalho e nem mesmo uma lógica assim de... eu estou na escola e de vez em quando eu vou fazer estágio lá no trabalho para algumas coisas. Então, a construção desse currículo é... O nosso sonho... é que ele seja um caminho que o aluno, que os docentes percorrem, pra ir construindo conhecimentos e transformando aquele local de trabalho, desenvolvendo habilidades e competências que possam fazer com que esses sujeitos modifiquem, qualifiquem, avancem no nosso trabalho, que no caso é produção de saúde. Essa que é a ideia, e é assim que a gente sempre pensou o currículo. Então ele tem que ser, eles têm que estar meio que... vou usar a palavra que eu costumo usar mesmo... a gente tem que romper com algumas coisas tradicionais. Essas amarras com carga horária, com formas de avaliação classificatória, conteúdos fechados igualzinho pra todo mundo. Então, não é esse o desenho,

não é essa a proposta. Acho que é isso que torna as coisas um pouco mais difíceis. Então, o currículo como caminho mesmo” (Andiroba).

Inicialmente, nos depoimentos de Maracatiara, Imbuia e Andiroba já se torna possível destacar a multiplicidade de sentidos que o princípio da integralidade em saúde adquiriu na execução do projeto curricular do CTVS. Maracatiara fala do Grupo de Trabalho, ou melhor, do GT do CTVS, como um espaço de construção coletiva que buscou integrar profissionais de diferentes setores da estrutura administrativa da SMS, cujo objetivo era “pensar um curso técnico para o trabalhador”, no caso, para os ACEs. Imbuia destaca a importância da integração entre as áreas técnicas da saúde pública, em especial, enfatiza a integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Básica. Por sua vez, Andiroba esclarece que a formação técnica desenvolvida no CTVS tinha como pressuposto integrar o processo de trabalho desenvolvido pelos ACEs.

Em certa medida é desse potencial integrador que falávamos quando discutimos, no capítulo V (seção 5.3.3), o princípio da integralidade em saúde como diretriz norteadora da formação para o SUS. Também é dessa potencialidade que trata Pinheiro (2008, p. 256), ao analisar algumas das experiências inovadoras na organização e na gestão do SUS, sob a égide do princípio da integralidade em saúde.

Andiroba também chama nossa atenção ao explicar que no CTVS o ensino de competências e habilidades visou modificar e qualificar o trabalho desenvolvido no SUS, cujo objetivo seria, conforme suas palavras, a “produção de saúde”. Nesse ponto, Andiroba apresenta a diferenciação da proposta do ensino de competências no CTVS em relação à perspectiva mais tecnicista do modelo das competências ou, nas palavras de Freitas (2013), da pedagogia neotecnicista, que visa, majoritariamente, o ensino de competências atreladas às demandas do mercado.

Na sequência, apresentaremos um trecho da entrevista com Garapeira. Trata-se de um trecho longo, mas que optamos em não editá-lo, tendo em vista que Garapeira descreve com riqueza de detalhes como se deu a construção na proposta curricular do CTVS do processo de integração entre as áreas temáticas que compõem a vigilância em saúde. Por sua vez, a vigilância em saúde pode ser compreendida como a integração da vigilância epidemiológica, da vigilância sanitária, da vigilância em saúde ambiental, da vigilância em saúde do trabalhador e da área de controle de vetores e zoonoses.

Na fala de Garapeira, ela não menciona a vigilância em saúde do trabalhador, nem a área de controle de vetores e zoonoses. Isto porque, na época em que Garapeira trabalhava na SMS, estas áreas temáticas estavam sob a coordenação da gerência de vigilância em saúde

ambiental, portanto estavam englobadas no campo de atuação da vigilância em saúde ambiental. Esses detalhes quanto à organização administrativa das vigilâncias em saúde no município de São Paulo, assim como da estrutura organizacional da Covisa constam do capítulo IV (seção 4.3.1). Passemos a narrativa de Garapeira:

“Estávamos todos [reunidos], os técnicos que trabalhavam na vigilância, vários técnicos, de várias áreas, porque esse era o objetivo: trazer gente de diversas áreas pra compor a vigilância, pra compor o currículo... e as pessoas não conseguiam entender como é que isso ia ser. Então, assim: ‘vamos pensar como é que nós pensamos em trabalhar um determinado assunto’, e vinha, era recorrente dizer: ‘não, vamos fazer um curso, vamos falar só de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental’, e vinham aquelas coisas da vigilância como algo, assim, muito separado, muito claramente separado, como na realidade era estruturado dentro da própria vigilância... a vigilância, ela é estruturada assim... e, ao mesmo tempo em que ela é estruturada assim, existe um discurso que há necessidade de integração e as pessoas não conseguem se integrar, é muito engraçado que essa construção desse currículo ela refletiu um pouco o que acontece na realidade, o pessoal da ambiental acha que mais importante é a ambiental; o pessoal da epidemiológica [acha que o] mais importante [é] a epidemiológica; a sanitária... e não existe ali uma integração dessas áreas pra formar aquilo que é chamado de vigilância em saúde. Quer dizer, o objetivo da vigilância em saúde é bem maior do que os objetivos individuais [das áreas temáticas], mas existe essa... – num sei como que está hoje, mas, na época, existia essa grande discussão e essa grande disputa entre as áreas, que... bom, eu não vou ficar falando sobre esse assunto, senão eu vou ficar falando de vigilância até amanhã – mas você me perguntou do currículo... e aí, todo mundo diz: ‘bom, mas se eu não posso falar de sanitária, se eu não posso falar de... como é que nós vamos trabalhar esses assuntos?’. Bom, e aí é assim, no início foi proposto que a gente trabalhasse um pouco a questão da saúde propriamente dita, do SUS, num sei que, enfim, trabalhar esses aspectos mais gerais da saúde. E aí foi fácil das pessoas aceitarem, de fazer esse assunto mais amplo, tal, tal, tal... Quando entrou nas vigilâncias propriamente dita é que a coisa pegou porque as pessoas não entendiam como é que ia fazer esse casamento, até porque isso era um reflexo da própria vida diária deles e... bom... até que a Andiroba – não sei se foi a Andiroba, não quero ser injusta – mas alguém da escola (risos) propôs da gente fazer uma atividade ‘x’, e dentro dessa atividade... a atividade seria fazer um levantamento dentro de um determinado território... e nesse levantamento a gente inclui um olhar, que é esse olhar mais holístico, onde a gente estaria incluindo tudo: vigilância sanitária, ambiental, epidemiológica... nesse grande questionário que nós faríamos daquela região, a gente conseguiria colher dados importantes de cada uma das vigilâncias. Aí a coisa começou a ficar mais clara, de como a gente integrava essas vigilâncias no dia a dia, dentro de um projeto de curso. Então, assim... eu me lembro que eu... parei aí... eu achei a ideia maravilhosa, a gente estava construindo um roteiro para que o aluno pudesse fazer o levantamento de uma determinada área – que não precisava ser uma área enorme, podia ser uma área pequena – aonde ele pudesse ter esse olhar maior, aonde ele olhasse a questão das doenças, a questão dos equipamentos de saúde, a questão do comércio geral, enfim, dos serviços oferecidos na região, na área da saúde... e aí a gente começou a ter um pouco... os técnicos começaram a ficar mais calmos porque aí entenderam como é que integrava. Então, acho que foi por aí” (Garapeira).

Inicialmente, Garapeira descreve os acontecimentos que ocorreram em uma das oficinas para construção do currículo do CTVS, datada de 1/4/2011 ou 8/4/2011. Contudo, mais importante do que os detalhes técnico-metodológicos daquelas oficinas foram os conteúdos constantes da fala de Garapeira, em especial, ao desvelar que “aquilo que é chamado de vigilância em saúde”, na prática concreta do dia a dia na SMS, ainda não existe, pois, de fato, o que existe é uma vigilância estruturada de forma “muito separada”. Esse ponto

é fundamental na compreensão do desafio que foi propor no currículo do CTVS a implementação de um conceito que não tem respaldo na prática concreta da SMS.

Neste ponto, retomamos a discussão realizada no capítulo IV (seção 4.3), quando discutimos a história da organização do campo das vigilâncias em saúde. Naquela oportunidade, enfatizamos que a separação das áreas temáticas que compõem a vigilância em saúde se deve ao modo como esse campo do conhecimento, de pesquisa e de trabalho foi se estruturando e especializando no Brasil, ao longo dos últimos séculos.

Então, é nesse sentido que a afirmação de Garapeira nos auxilia na compreensão de que a vigilância em saúde é uma *imagem-objeto* (MATTOS, 2004, p. 1.411), em suas próprias palavras é: “um discurso [da] necessidade de integração”, integração das diversas áreas temáticas da vigilância, mas que, na prática, “as pessoas não conseguem se integrar”. Daí a importância da análise sócio-histórica para compreendermos o porquê de ser tão difícil integrar os conhecimentos e as práticas do campo das vigilâncias em saúde.

Garapeira ainda nos relata que a construção do currículo do CTVS fez com que os profissionais da Covisa começassem a pensar estratégias de como integrar os conhecimentos e as práticas das áreas temáticas da vigilância em saúde. No princípio, a proposta era desenvolver os conteúdos do curso organizados pela lógica da divisão entre as áreas temáticas: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância ambiental, muito semelhante à separação entre as disciplinas escolares, com suas divisões por áreas do conhecimento.

No entanto, foram os profissionais da ETSUS-SP, com sua expertise na ação pedagógica organizada com base no currículo integrado que propuseram outro caminho para a articulação dos conteúdos no CTVS, que foi a organização dos conteúdos por temas, ou seja, cada um dos três módulos do CTVS e, por conseguinte cada Unidade Didático-Pedagógica do curso seria organizada em torno de um “assunto mais amplo”. Segundo Garapeira, essa foi uma “ideia maravilhosa”.

A operacionalização dessa “ideia maravilhosa” na qual seria possível integrar as diversas áreas temáticas da vigilância em saúde dependia diretamente de uma prática metodológica que também estivesse voltada a facilitar a integração entre ensino e serviço, ou melhor, entre prática e teoria. Com efeito, essa foi uma das justificativas de o porquê da definição teórico-metodológica pelo trabalho como princípio educativo na formação dos ACEs para TVSSs.

Outrossim, vejamos o que as coordenadoras do CTVS nos esclarecem a respeito das opções teórico-metodológicas utilizadas no cotidiano do CTVS, em especial, ao emprego da metodologia da problematização. Vejamos:

“Eu acho assim, pra mim, o principal [é] a gente tá formando no trabalho, para o trabalho... e a escola... a proposta em todos os cursos [da ETSUS-SP] é sempre o aluno fazer uma reflexão da sua prática e ele propor novas práticas, novos pensar no trabalho, acho que isso, pra mim, é o grande diferencial... que ele está no trabalho e um dos objetivos é que ele transforme o seu trabalho, ele tem essa liberdade de pensar e repensar e interferir de novo no seu trabalho... desenvolver um outro trabalho, mais qualificado” (Maracatiara).

“A questão da ética e da parte metodológica não tenho nenhuma dúvida que foi muito bom, porque, assim, eles conviveram melhor, a convivência entre eles como equipe, melhorou muito... foram reconhecidos pelos bons técnicos [que são aqueles profissionais] de nível superior... eles foram reconhecidos! No passado, todos que não gostavam do curso [, do CTVS], hoje usam o curso como exemplo... então, tudo é circunstancial no Brasil” (Sucupira).

“Porque eles [os alunos do CTVS] eram preocupados com o mundo lá fora, com a realidade, com a questão social, com a questão de trabalho, com a questão da saúde deles... [O curso] também despertou na cabeça deles [a preocupação com] a própria saúde deles, que eles estavam ignorando. Por isso que eu digo: o conhecimento, ele faz coisas miraculosas. Eu não preciso nem colocar a coisa da política nessa questão. [O conhecimento] ele faz mesmo, a partir [das discussões a respeito da] saúde do trabalhador, de quando eles começaram a se enxergar como trabalhadores [da área da saúde], o risco [ocupacional] que eles tinham, o que era importante pra eles, o que eles não tinham... eu não precisava falar de política, eles já sabiam que eles tinham que cobrar da instituição. Então, assim, o conhecimento dado e compreendido, ele abre qualquer porta, ele derruba qualquer muro, a única coisa, realmente, que a gente tem que pôr pra eles é conhecimento” (Sucupira).

“Está aí, na cara de todo mundo que eles são ótimos, todo mundo gosta [dos egressos do CTVS], inclusive, como pessoas eles melhoraram. Até por conta das dinâmicas [que foram utilizadas no curso], e aí você pode falar da metodologia em classe, a dificuldade que eles tiveram para costurar esse curso, que era uma metodologia que eles não conheciam, a metodologia ativa, de ir e vir, de ver como é na prática, depois colocar isso na teoria... isso foi muito difícil pra eles, mas fez deles excelentes profissionais” (Sucupira).

“Estou falando o que eu senti e o que eu acho que é uma verdade: ‘Eu num quero aprender por aprender, eu quero aprender a fazer e entender porque que eu tô fazendo isso’. Entendeu? Não aquela coisa de tecnicista: ‘eu vou aprender a fazer isso... tudo bem, é necessário, mas...’. Durante o [curso] TVS a fala que ficou gravada na minha cabeça foi de um rapaz, [que disse:] ‘hoje eu entendo o que é um casa a casa’, ele odiava o que ele fazia, ele não queria, ele estava sem estímulo para fazer o serviço dele, a partir do momento que ele começou a ver outras coisas, no [programa de prevenção da dengue, no] ‘casa a casa’, porque a atribuição dele continuou a mesma, ele conseguiu, pelo menos, ser mais feliz! Eu acho que o ser humano se realiza trabalhando... e aprendendo” (Sucupira).

“Um dos elementos que eu já até um pouco falei dele foi essa forma de construção de três áreas a participação de três áreas, que nós não tínhamos essa característica dentro do município de São Paulo de construir um trabalho único, vamos dizer, de vigilância [em saúde]... um trabalho único com participação das três grandes gerências, as três grandes áreas: sanitária, ambiental e epidemiológica, não se tinha um trabalho nosso nesse sentido. E construir um material metodológico que nós também não tínhamos isso. Uma das características desse projeto, que eu acho superimportante, foi essa construção teórica, pro município de São Paulo, com essa característica toda que eu te falei já, anteriormente, já com uma... reestruturação de três áreas. Então, esse eu acho que foi um grande diferencial desse curso” (Imbuia).

As coordenadoras do CTVS, anteriormente citadas, Maracatiara, Sucupira e Imbuia nos apresentaram alguns dos resultados do uso da metodologia da problematização no CTVS, descrita por Sucupira como uma metodologia ativa, com idas e vindas, “de ver como é na prática, depois colocar isso na teoria”, ou seja, num movimento de problematização da realidade, com base no Método do arco, de Charles Magueres (apud Bordenave e Pereira, 1991), detalhadamente descrito no capítulo I (seção 1.2).

Ainda neste ponto queremos dar destaque, com base nos trechos antes citados, a alguns dos resultados da utilização da metodologia da problematização no CTVS: 1º) a formação de trabalhadores críticos, que interferem e transformam seu ambiente de trabalho (Maracatiara e Sucupira); 2º) o desenvolvimento de competências pessoal e social para um convívio mais harmônico e produtivo (Sucupira); e, 3º) o “se enxergar” enquanto trabalhador da área da saúde e, conseqüentemente, o “despertar” para a necessidade do autocuidado. Isto porque os ACEs também desenvolvem atividades que os expõem a riscos ocupacionais (Sucupira), conforme apresentado no capítulo I (seção 1.4.2).

Uma questão, antes citada, mas não discutida foi a “atividade X”, mencionada por Garapeira como uma “ideia maravilhosa” ao se referir ao desenvolvimento de um levantamento de dados territoriais a ser realizado pelos ACEs, alunos do CTVS. Essa atividade foi descrita e detalhada na entrevista com Acaicá. Vejamos seu relato:

“Uma atividade que eu acho que foi fantástica... foi bem importante é o levantamento epidemiológico do território, não sei se é no primeiro módulo... no final do primeiro módulo, eles tinham uma escolha de algum setor, que eles falam setores na vigilância, no local de trabalho lá na Suvis, a gente dividia os alunos pelas Suvis... a gente tinha um roteiro que a gente chegou a construir [no GT Currículo], mas os alunos também aprimoraram... tiraram algumas coisas que eles achavam que não eram interessantes... eles foram para o território fazer esse levantamento, eu falo dessa atividade porque essa atividade gerou muito, muito trabalho, teve muita discussão... era uma atividade de conhecer mesmo o território... e aí foi interessante porque eles faziam o levantamento do território só baseado na vigilância ambiental... verificar se a casa tem local de infecção... local provável de infecção da dengue, então... eles foram avaliar tudo, questão de habitação, questão social, se tem equipamentos públicos no território... foi muito legal que eles fizeram esse levantamento da atividade, depois fizeram uma relação com o trabalho, eles falaram: ‘nossa, eu nunca tinha observado isso, eu nunca tinha visto isso...’ e aí, depois, a gente trouxe isso para sala de aula, fazendo uma discussão, e eles levantavam cada coisa, um falava: ‘não, mas eu quero falar de uma coisa que eu vi lá na casa da pessoa...’, e aí a gente trazia várias discussões, então foi muito rica essa atividade, essa atividade aconteceu nas duas turmas e todas tiveram esse mesmo resultado, ótimo resultado, assim, conhecimento do território, ‘que que a gente tem que olhar pra esse território?’, ‘que que tem que olhar pra essas pessoas?’. ‘conversar com essas pessoas...’. Porque se a gente pensar na formação desses trabalhadores que estão aí no território, com todas essas demandas, hoje, não há como um profissional de saúde, seja onde ele estiver, falar que a demanda dele é específica... não existe, [isso] não existe... [mais]. Então, essa é a importância da Escola Técnica do SUS, se a gente fala que o SUS, esse Sistema de Saúde... e a gente pensar Saúde, que é uma forma muito mais ampla, não dá para trabalhar [de] forma específica... Então, não dá para formar o profissional, também, de forma específica...” (Acaicá).

Acaicá fala do desenvolvimento de uma atividade prático-pedagógica que, segundo seu depoimento, “foi fantástica”. Apesar de ter dado muito trabalho em sua realização, os alunos do CTVS gostaram muito dessa atividade. Porém, mais do que fazer sentido para os alunos do curso, o levantamento territorial foi uma atividade que, de fato, problematizou o trabalho que os ACEs já vinham realizando nos territórios. Mais ainda, ampliou a perspectiva de trabalho deles, “porque eles faziam o levantamento do território só baseado na vigilância ambiental” e a atividade proposta no CTVS ampliava o levantamento para as outras áreas da vigilância em saúde: vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. Portanto, foi uma atividade que visou integrar na prática cotidiana de trabalho dos ACEs todas as áreas temáticas da vigilância em saúde.

Na sequência, queremos analisar o modelo das competências profissionais desenvolvido no CTVS, mais especificamente, queremos analisar o desenvolvimento das “competências profissionais nas dimensões: técnica, ética, política e comunicativa (SÃO PAULO, 2012b, p. 8), as quais podem ser agrupadas em torno do tema da educação para cidadania. Vejamos o que nos relatam as coordenadoras do CTVS:

“[A ETSUS-SP] tem uma visão de mundo onde o sujeito é capaz de transformar sua prática, sua própria vida, ele é o protagonista no processo pedagógico. Então, ela tem uma visão humanista, ela tem uma visão social, ela enxerga um impacto social que ela quer atingir com aquela sua ação pedagógica. É nesse sentido... eu acho que, assim, quando a gente pensa que o aluno é o protagonista, então, você foge um pouco do que era o tradicional, que é o aluno... ele era simplesmente um depositário ‘do meu saber’, ‘do meu conhecimento’. Então: ‘Eu desprezo tudo que ele sabe?’, ‘Toda experiência que ele tem? Porque a gente tá falando de formação no trabalho para o trabalho. Na escola, a gente sempre priorizou o conhecimento que essa pessoa, que esse aluno tinha... sua experiência de vida e [experiência] no trabalho. A proposta é valorizar isso do aluno. Então, é uma proposta pedagógica libertária, progressista, ela transforma todos os lados, todos os envolvidos” (Maracatiara).

“Uma coisa que eu acho interessante eu vejo, às vezes, esses alunos na rua [os egressos do CTVS] e são pessoas extremamente felizes, entendeu? Não é o título que faz a pessoa, o conhecimento, sim! Então, assim, eu vejo muito, talvez em outras [profissões]... não aqui na prefeitura, mas no mundo... coletor de lixo: tão sempre soltando piada, dançando na rua, conversando com as pessoas... Então, eu não entendo como que ainda tem gente que tem esse nível de ‘se achar’... talvez seja exatamente isso, a gente vive em um país colonial, a política que está lá em cima diz isto. Infelizmente é isso” (Sucupira).

“O currículo, eu acho que tem que ser maleável o suficiente para eu ficar... ir colocando coisas que apareçam... de repente tem lá um problema que acontece, uma coisa, sei lá, essa tragédia que aconteceu na Somália, não sei aonde... isso tem que entrar [no currículo]... porque faz parte do dia a dia do aluno, ele tem que entender o que está acontecendo, ele tem que entender porque que a Coréia quer soltar uma bomba nos Estados Unidos (risos)” (Massaranduba).

“[Os alunos], eles foram ficando tão empoderados (risos) que, assim, por vezes, eles reivindicavam coisas durante o processo do curso, eles reivindicavam, eles se organizaram, e reivindicavam coisas como vale transporte, vale refeição, dispensa [de ponto], participação ‘do meu chefe [para ele saber o que estávamos discutindo no curso]’, ‘acesso às informações do

serviço para realizar as atividades propostas'. Então, eles se reuniam e pediam, reivindicavam essas questões... isso é importante. Eles aprenderam a se organizar enquanto grupo e ter coerência em suas reivindicações... na fala, na postura e, fora que se criou um grupo, na época, estavam muito engajados pela briga da questão da transformação [do cargo de ACE], no final do curso, para técnico em vigilância em saúde. Então, assim, foi uma... acho que o grupo docente incentivava isso, essa mobilização, essa articulação deles. Teve grupos que avançaram mais e foram... acho que chegaram a ir para Brasília. Foi um curso de bastante impacto" (Maracatiara).

"Eu quero que esse profissional que trabalha na vigilância [em saúde] ou como agente, não importa, ele faça a diferença no trabalho. Mas quando você observa esse profissional e vê que ele não fez só a diferença no trabalho, mas na vida dele, você vê que ele entendeu... e o saber não está vinculado a um ou ao outro... está no todo, porque é aquela questão da reflexão sobre o que acontece... ele pode até falar: 'não concordo com nada disso', mas não é uma reflexão sobre o que acontece?" (Catuaba).

O depoimento das coordenadoras Maracatiara, Sucupira, Massaranduba e Catuaba explicitam com riqueza de detalhes como o processo de formação, ou melhor, como o currículo proposto no CTVS possibilitou aos ACEs, alunos do curso, que eles pudessem desenvolver competências para além da dimensão técnico-profissional. Segundo Maracatiara, isso se deve à proposta pedagógica do curso, pois "ela transforma todos os lados", ou seja, ela transforma o indivíduo em todas as suas dimensões.

Maracatiara, em seu depoimento, enfatiza o desenvolvimento da competência ética e política, o que nas palavras de Sucupira, anteriormente citada, foi identificado como um "despertar na cabeça deles", o que denominamos nós, como tomada de consciência. Além disso, o fato de os alunos do CTVS passarem a reivindicar seus direitos, seja na condição de estudantes, seja de trabalhadores, demonstra que eles, segundo as palavras de Maracatiara, "foram ficando empoderados", tanto como indivíduos quanto categoria profissional.

Essa dimensão política, de tomada de consciência, por parte dos alunos do CTVS foi acompanhada do desenvolvimento da competência comunicativa, ainda, segundo Maracatiara, os ACEs aprenderam a "ter coerência em suas reivindicações, [assim como] na fala e na postura". Em síntese, conforme os depoimentos de Catuaba e Sucupira, o CTVS "não fez só a diferença no trabalho, mas na vida deles".

Além disso, Sucupira chegou a nos dizer que os alunos egressos do CTVS são "pessoas extremamente felizes". Nós temos algumas ressalvas ao uso do advérbio "extremamente" utilizado por Sucupira ao referir-se ao grau de felicidade dos egressos do CTVS. Todavia, concordamos com as coordenadoras do CTVS que os egressos do curso se tornaram outros sujeitos, tanto como trabalhadores como pessoas.

No sentido de melhor exemplificar essa transformação dos alunos do CTVS, recorreremos ao depoimento de Acaicá, que, apesar de longo segue na íntegra, tendo em vista a

importância de sua narrativa ao descrever em detalhes como se deu a mudança de postura dos alunos do CTVS frente ao trabalho cotidiano no desempenho da função de ACE. Passemos a palavra a Acaicá:

“Outro ponto que eu vejo que foi muito positivo foi a questão da percepção deles... tem duas coisas que eu lembro muito, assim, teve um aluno que chegou, estava apresentando, apresentação sobre aranha, uma coisa dele e tal... aí ele parou, assim, a apresentação e falou assim: ‘não, mas eu vou ter que falar uma coisa que me chamou muito a atenção, eu cheguei lá, fui ver a aranha que tava na casa da pessoa, meus amigos tavam indo embora e eu vi a criança cheia de manchinhas vermelhas no corpo. Aí eu falei: ‘não, peráí...’. Aí ele chamou os amigos, falou: ‘essa criança tá com catapora!’; a mãe: ‘não...’, ‘sua criança já tomou vacina?’, ‘ah, eu num sei...’, ‘não, vamos ver...’. Então, ele falou... foi lá ver o posto [de saúde] pra ela, foi acompanhá-la no posto, porque a criança, realmente, estava com catapora. Então, assim, ele não foi ver só [ver] a aranha... ele foi ver outra demanda ali... de ver a criança... eu achei aquilo, assim...fantástico... É isso! E aí um outro aluno que eu não me esqueço, assim, era da segunda turma, ele me chamou a atenção porque, assim... foi uma vez que a gente trabalhou a questão social, falando de... a gente trouxe um pouco da música de funk, para trabalhar... e aí ele veio falando assim para mim: ‘ah, eu num gosto de funk. Isso aí é música de quem não quer nada com nada...’, e aí ele foi trazendo todos os preconceitos dele, e falou assim: ‘é, porque... que nem... essas meninas que engravidam aí, professora... engravidada porque quer! Aí depois fica reclamando, fica saindo com roupinha assim...’. Isso no começo do curso... e eu falei: ‘vamos pensar melhor sobre isso...’. Aí foi engraçado que, no final [do curso], ele pegou e falou assim: ‘sabe que eu não esqueço da nossa conversa, Acaicá?’ Eu falei: ‘sério?’, ‘antes, eu tinha uns conceitos... que eu tinha... eu já colocava aquilo, determinava aquilo... que ele era assim... e hoje eu penso assim...’, ele falou: ‘um dia eu vi uma menina grávida. Uma adolescente. E aí eu conversei com ela: por que você chegou a engravidar? E a menina contou toda a vida dela’ e ele falou: ‘putz, porque eu falava que a menina mereceu... porque ela queria?’. Sabe? Então, assim, ele trouxe aquilo... porque ele trouxe para vida dele... acho que isso para mim foi marcante... por que aquilo ele não trouxe só para o trabalho, trouxe para vida dele... e ele falou: ‘eu, com meus filhos, eu falo a mesma coisa. Meus filhos... chego e falo: não, por que você tá falando isso? Vamos entender o porquê...’. Isso para mim, assim... eu falei... pronto (risos)... aí ele falou assim: ‘ai, eu tenho que agradecer’. Não, não tem que agradecer... eu que estou aprendendo com você... Você perceber isso... porque, assim, eu vejo, hoje, a situação que tá, né... dessa questão... está muito complicado... desses preconceitos exacerbados que eu vejo... se a gente conseguir mudar esse trabalhador que está lá com a população, pelo menos ele refletir sobre isso... para mim é fantástico! O técnico, o conteúdo técnico, a gente trabalha depois. Mas, se ele entender o papel dele enquanto servidor, que ele está ali... a serviço da população, e também [que] ele é um cidadão diferente... pra mim, acho que... esse curso fez (risos)... o seu papel! Eu acho que o curso proporciona isso. Sem a metodologia, não ia proporcionar isso, porque ele não teria esse espaço de conversar e debater sobre isso. [...] a gente tem que formar, além de trabalhadores, cidadãos, né? E pensar não em formar porque ele não era ‘um nada’, mas a gente compreender, entender o nosso papel enquanto cidadão aqui... acho que isso é importantíssimo, porque eles são pais, são filhos, são irmãos... e aquilo pode se estender, esse conhecimento é o que a gente espera” (Acaicá).

Acaicá, a partir de sua vivência como docente do CTVS, nos apresenta dois exemplos de como os ACEs, alunos do CTVS, ampliaram seu olhar e modificaram suas práticas profissionais. Contudo, ela relata que a transformação dos alunos não se restringiu à dimensão profissional, mas ampliou-se para as relações cotidianas e familiares. Assim, nas palavras de Acaicá, o CTVS proporcionou que o aluno compreendesse seu papel enquanto servidor público e enquanto cidadão.

O último tema que queremos analisar, antes de finalizarmos esta subseção, está relacionado ao que foi descrito por Imbuia como o “movimento contrário” ao CTVS, movimento que pretendia parar o andamento do curso. Vejamos o que nos relata Imbuia:

“Não vou dizer que tudo foi tão bom assim... que não teve movimento contrário, que queriam que parasse, tinha muita gente que se sentia extremamente perseguida com [o CTVS] porque era você formar alguém que não era universitário [trabalhando na] vigilância em saúde: “como nós não temos essa formação e o agente de zoonoses vai ter uma formação em vigilância em saúde?” [A questão era o] poder, [como] dar conhecimento para alguém que você avalia que não é igual a você... não estou nem dizendo ‘de humano’, não é isso, não tem o mesmo conhecimento que você. Então, teve isso, mas isso não impediu que o curso ocorresse” (Imbuia).

Imbuia está se referindo ao fato de que parte dos profissionais de nível superior do SMVS ficou ressentido devido ao fato de não ter sido ofertado, por parte da SMS, um curso com o conteúdo e a qualidade igual ou semelhante ao CTVS. Apesar de Imbuia não detalhar qual era exatamente o conflito em “dar conhecimento para alguém que [...] não é igual a você”, cabe-nos contextualizar sua fala para evitar dúvidas interpretações.

Na medida em que os ACEs foram avançando nos módulos do CTVS, eles foram se tornando cada vez mais empoderados devido aos conhecimentos e as competências adquiridas, o que acabou resultando em algumas situações nas quais alguns alunos do CTVS passaram a questionar tecnicamente as ordens dadas por seus supervisores, ocupantes de cargo de nível superior, o que foi compreendido por alguns desses chefes como afronta, ou mesmo, insubordinação. Então, é nesse contexto que deve ser compreendida a frase de Imbuia ao dizer que os alunos do CTVS não são “alguém igual a você”, ou seja, não são profissionais da carreira de nível superior na SMS.

Os problemas oriundos da situação criada a partir do CTVS na qual alguns ACEs passaram a ter conhecimento de todas as áreas temáticas da vigilância em saúde, enquanto seus chefes tinham apenas um conhecimento parcial de um ou dois campos da vigilância em saúde, só começaram a ser equacionados a partir de 2015 quando um curso de qualificação profissional de 186 horas foi ofertado para os profissionais de nível superior do SMVS. Porém, isso já é outra história.

#### *6.3.4 O processo de avaliação da aprendizagem dos alunos do curso técnico em vigilância em saúde*

Nesta subseção, apresentaremos as reflexões dos sujeitos de pesquisa quanto ao processo de avaliação da aprendizagem dos alunos do CTVS. O posicionamento das

coordenadoras do CTVS foi agrupado em quatro categorias de análise: 1) avaliação sem nota; 2) atividades avaliativas; 3) relação dialógica; e, 4) o desafio de avaliar.

Iniciaremos com os depoimentos de Maracatiara e Acaicá, os quais visam apresentar os princípios que compõem o processo de avaliação dos alunos do CTVS. Vejamos:

“A [equipe da] DRE (Diretoria Regional de Ensino) sempre questionou a questão da avaliação: ‘como vocês fazem a avaliação?’, ‘é só a frequência no módulo?’, ‘como vocês promovem o aluno para o outro [módulo]?’. Então, eu sempre falava: ‘não, a gente tem um seminário de encerramento de módulo’, e aí, novamente, a [Supervisora de Ensino da] DRE dava um nó: ‘mas, tem nota?’, ‘não, não tem nota no encerramento do módulo’. Para nós, a gente está avaliando o que foi captado daquela proposta, daqueles objetivos, para aquele módulo: ‘ele atendeu às necessidades do módulo?’. Então, tinha também esse movimento, essa ponte que a gente tinha que fazer. Ah! Os seminários foram tão bons quanto os TCC” (Maracatiara).

“[Quero] reforçar essa questão que a gente não faz uma avaliação em uma prova teórica, uma coisa muito de memorização... a gente avalia as habilidades. A gente vê se naquele ponto ele atingiu... e não só pensando em conteúdo... a questão da responsabilidade dele em todo o processo também a gente avaliava... e ele mesmo, o próprio aluno, fazia essa discussão junto com o docente, se ele estava apto, vamos pensar essa palavra: apto, ou preparado para próxima etapa. Então, a gente tinha essa discussão que eu acho que na tradicional não tem... não tem porque tem um tempo limitado... tudo bem que a gente também tinha um tempo limitado, mas a gente tinha como recuperar isso, a gente poderia fazer atividades paralelas e recuperar, mas jamais deixar o aluno para trás e os outros avançarem, acho que ele ia acompanhar os alunos, mas também trabalhando as deficiências que ele teve” (Acaicá).

Maracatiara, em sua narrativa, nos esclarece que as supervisoras de ensino da DRE, Diretoria Regional de Ensino, da Secretaria Municipal de Educação do Município de São Paulo, que é a instância responsável por fiscalizar as atividades da ETSUS-SP, “dava um nó”, tentando compreender como era realizado o processo de avaliação dos alunos do CTVS, justamente, devido ao fato de o projeto político-pedagógico da ETSUS-SP não prever a avaliação classificatória. Apesar de Maracatiara explicar que a proposta pedagógica da ETSUS-SP busca avaliar se o aluno-trabalhador “atendeu às necessidades do módulo”, ou seja, se atingiu os objetivos educacionais propostos para aquela fase do curso, mesmo assim, persistiam os estranhamentos da supervisora de ensino da DRE: “como vocês fazem avaliação?”

Acaicá esclarece que a proposta da ETSUS-SP não prevê a realização de provas, e sim a avaliação da aquisição de habilidades, se o aluno está apto ou não para prosseguir para o próximo módulo do curso. Mais ainda, Acaicá ressalta que não há reprovação no CTVS, acrescentamos nós, que tampouco nos cursos ofertados pela ETSUS-SP, pois como nos informa Acaicá, na ETSUS-SP, “jamais [se] deixa o aluno para trás”, enquanto os outros avançam.

Assim, passemos para a análise das atividades propostas e desenvolvidas ao longo do CTVS, atividades essas que possuíam o objetivo de avaliar a aquisição de competências e habilidades dos alunos. Duas atividades merecem destaque, conforme já mencionou Maracatiara, os seminários regionais organizados pelos alunos ao final de cada módulo do curso e o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Vejamos:

“No TVS foi uma proposta que o GT [Currículo], a equipe toda propôs: ‘vamos ver o que acontece, né?’, e, realmente, assim, cada região montou o seu seminário de encerramento de módulo... nós da escola, com a Covisa também, a gente dava apoio, assessoria às regiões na elaboração desse seminário porque tinha que ter uma sensibilização da Coordenadoria Regional, da Coordenadoria das Supervisões Técnicas, depois, das Suvis e dos serviços envolvidos, porque já se tentava trabalhar a intersetorialidade dentro da própria Secretaria [Municipal da Saúde]. Acho que a última apostila daquele módulo [o módulo II], a gente já estava mobilizando o município inteiro porque ia ter aquele seminário, encerramento daquele módulo [do CTVS]. Então tinham os convidados e tinha toda uma mobilização que se fazia e a escola junto, apoiando e assim os seminários saíram coisas assim, também, fantásticas... Os seminários também serviram como um instrumento de avaliação” (Maracatiara).

“As discussões que eles [os alunos do CTVS] trouxeram durante os seminários de encerramento de módulos, o nível do TCC deles... tudo bem que é orientado pelo nível superior, mas era uma coisa que eles viram lá fora e que eles queriam trazer... até questões que não eram da atribuição deles e eles quiseram fazer a integralidade na saúde.... na realidade, é isso... não tem integralidade na saúde, não é por conta do nível do pessoal que trabalha no campo, é por conta das circunstâncias políticas que a gente viu. Por eles, era tudo integrado” (Sucupira).

“A gente não tinha a dimensão ou podia imaginar que aqueles trabalhos poderiam sair da cabeça daqueles alunos... para mim o TCC [Trabalho de Conclusão de Curso], todo mundo torce o nariz: ‘TCC, não vou fazer TCC’, ‘não sei fazer TCC’, ‘para quê?’, ‘não vou falar lá na frente’, ‘e não sei quê’... Enfim, todas as dificuldades que o aluno apresenta para não fazer o TCC. A gente teve que lidar com todas elas e junto com os docentes que também não acreditavam na possibilidade da capacidade deles para concluírem o TCC. O TCC, para mim, foi inovador e seria um momento que é uma avaliação também” (Maracatiara).

“Lembrei de uma coisa interessante que aconteceu na construção do TCC, no Trabalho de Conclusão de Curso, que acho que vale a pena destacar porque foi uma novidade também. Lembra que a gente abriu espaço para que cada turma definisse como ia fazer o seu TCC? Se ia ser individual, se ia ser em grupo, se iam apresentar com banca, se iam fazer seminários, se iam apresentar para o grupo ou não, e nós colocamos isso no regimento [escolar], na normatização do TCC para ser aprovado no Conselho Escolar. E foi uma coisa superlegal porque foi superaberto, democrático, cada grupo com autonomia para escolher sua forma de fazer... Então, acho que isso foi uma novidade, uma super novidade, né? Não foram os docentes que normatizaram o TCC, mas foram os alunos junto com os docentes” (Andiroba).

Maracatiara relata que os seminários regionais de encerramento dos módulos do CTVS foram “coisas fantásticas”. Essa proposta de os alunos organizarem esses seminários ao término de cada um dos três módulos do curso foi uma proposta que se originou no GT Currículo, cujos objetivos desses seminários, conforme as palavras de Maracatiara, eram promover a intersetorialidade dentro da própria SMS; obviamente, que seu objetivo primeiro

era possibilitar ao aluno do CTVS que pudesse pôr em prática as competências pessoais e profissionais adquiridas ao longo do curso.

Quanto ao TCC, Maracatiara explicou que os alunos do CTVS, num primeiro momento, apresentaram muitas resistências em relação a essa tarefa. Surpreendentemente, ela também nos informa que os docentes do CTVS duvidaram da capacidade de os alunos conseguirem concluir seus TCCs. Isto porque o TCC do CTVS foi proposto como plano de ação, ou seja, um projeto de intervenção e, não apenas, como um trabalho teórico. Porém, concordamos com Maracatiara que nenhum de nós, coordenadores do CTVS, “poderia imaginar os trabalhos que poderiam sair da cabeça daqueles alunos”, ainda que orientados pelos profissionais de nível superior, como relatou Sucupira.

Sucupira, de certo modo, esclarece que os projetos de intervenção concebidos pelos alunos do CTVS, sistematizados em seus TCCs, representaram uma amostra de como os ACEs, alunos do CTVS, em suas práticas profissionais cotidianas concretizam a integralidade em saúde. Outrossim, ainda denuncia que a “integralidade na saúde” não se concretiza na prática do SUS não por causa dos agentes de campo, mas por conta das “circunstâncias políticas”, como abordamos ao longo deste estudo. Em suma, o resultado dos TCCs foi muito bom.

Apesar de não estar se referindo especificamente ao TCC enquanto uma atividade avaliativa, ou mesmo, como uma prática-interventiva, Andiroba esclarece como foi construída a proposta do TCC no CTVS, explicando que foram os alunos, de modo democrático, que definiram a “forma”, ou melhor, o modo de organização do TCC, o que se torna relevante, tendo em vista todas as dificuldades para não se querer fazê-lo apontadas, anteriormente, por Maracatiara.

Passemos agora para descrição e análise da relação dialogada no processo de avaliação do CTVS, nas palavras de Acaicá:

“A avaliação era a gente pensar no que eles precisam atingir nas habilidades e competências daquela unidade, daquele módulo e a gente conversar... e eles também entenderem que aquele ponto ele precisava melhorar e a gente, junto com ele, fazia alguma atividade, o que for... mas que ele conseguisse atingir aquela habilidade ou competência, então, foi muito bacana isso, porque eles mesmos faziam uma autoavaliação: ‘não, olha, Acaicá, eu acho que nesse ponto aqui eu num fui bem...’, e a gente, também contribuía, ‘é, verifico que isso aqui você poderia melhorar mais...’. Então, aquele que falava: ‘olha, eu não consigo’, e não só no final, mas durante o processo: ‘isso aqui eu num tô bem...’, e a gente sempre buscava outras estratégias para poder ajudar esse aluno, aquele mesmo que teve um problema... pensa assim, faltas, que era um vilão, assim, pra eles, né... mas a gente tinha uma compreensão que cada um teria um problema, claro... pensando que cada um tem, também, sua responsabilidade quando está fazendo o curso, mas que, também, a metodologia proporcionava isso... a gente jamais vai fechar a porta para aquele que faltou, ou para aquele que não atingiu aquela habilidade ou competência, falar para ele desistir do curso... jamais! O que a gente tinha era [um] caso que a

gente chegou ao ponto de discutir... [teve] uma certa aluna que desistiu, mas foi uma coisa conversada com todos da sala, junto com esse aluno, assim, é uma metodologia que ela proporciona isso, você compreender o que a pessoa quer, o que ela pode, o limite de cada um... acho que compreender o indivíduo, de fato, acho que isso para mim foi um pouco... No começo eu falava: 'ah, mas eu acho que tem que pegar mais...', mas eu acho que... pegar mais para aqueles que precisam e querem, mas a gente entender a dificuldade de cada um... eu acho que por isso é importante a gente ter mais professor em sala de aula, não é só um docente, a gente precisava ter dois, a gente, às vezes, tinha três, porque a gente conseguia compreender o que cada um tava sentido, o aluno, aí depois a gente até fazia uma discussão: 'olha, aquele lá, ele ficou um pouco chocado com aquela discussão que a gente fez...', aí depois a gente conversava com esse aluno... que eu acho que se tivesse só um docente não conseguiria dar conta disso e às vezes tem coisa que até um docente também tem... não consegue trabalhar alguma angústia que, às vezes, o aluno traz... então, o outro pode dar um suporte nesse sentido, então eu acho que teve... é, assim, uma metodologia totalmente diferente... não conheci em outro lugar" (Acaicá).

Acaicá exemplifica com precisão de detalhes como se desenvolveu no cotidiano do CTVS o processo de avaliação dos alunos, um processo que se deu por meio do diálogo entre docentes e alunos, uma relação respeitosa que teve por base a compreensão de que as pessoas são diferentes e que vivem contextos diversos de vida, portanto precisam ser respeitadas em suas diferenças e em suas especificidades e momentos de vida. Duas questões ainda nos chamam atenção no depoimento de Acaicá: a autoavaliação dos alunos e a justificativa do porquê do exercício da docência compartilhada no CTVS.

Quanto autoavaliação cabe destacar o modo como Acaicá conduzia esse processo junto aos seus alunos. Em seu depoimento, torna-se evidente que a autoavaliação dos alunos se concretizava por meio de uma relação dialógica, com base no respeito e no reconhecimento de que cada indivíduo possui diferentes potencialidades e limitações, portanto, para cada aluno, caberia um plano individualizado de ensino, o que justificava a busca de outras estratégias didático-pedagógicas para poder apoiar o aluno em seu processo de aprendizado.

Em relação à docência compartilhada Acaicá, na seção 6.3.2, deste capítulo, já havia apresentado o porquê do emprego dessa estratégia no CTVS, porém, neste momento, ela acrescenta um novo elemento explicativo da importância do uso dessa estratégia, que é o fato de que dois ou mais professores em sala de aula ao mesmo tempo podem observar melhor os alunos. Conseqüentemente, esses docentes podiam conversar entre em si após a aula e, posteriormente, poderiam dialogar individualmente com o aluno e esclarecer algum ponto ou mesmo alguma percepção que ele ou os outros docentes tivessem tido em relação a algum comportamento ou atitude daquele aluno.

O último aspecto com referência à avaliação dos alunos do CTVS foi agrupado na categoria *o desafio de avaliar*, na visão de Catuaba, Andiroba e Sucupira, que expressam os principais desafios do processo de avaliação também presentes nos conteúdos das entrevistas

com as outras seis coordenadoras do CTVS. Passemos as palavras para os sujeitos de pesquisa, as quais serão analisadas individualmente. Iniciaremos com o depoimento de Catuaba:

“[Faltou à avaliação dos alunos no desempenho] na função [de ACE], que eu acho que faltou. Não sei se é impressão minha, mas é algo que poderia ser acrescentado... Eles falam assim: ‘Eh! Mas quem está lá com o aluno não está sabendo o que ele está fazendo [no curso]?, ‘você não tem a parte prática?’, ‘você não tem a atividade em serviço?’. Você [o ACE] sai para executar uma coisa ou outra e está deslocado do chefe e da atividade que ele vai desenvolver, você entende? Fica, assim, no ar. Eu acho que isso seria muito importante. E, principalmente, acho que acrescentar o supervisor ou o diretor ou responsável... ou o chefe, não importa... ele [precisaria] participar não só da liberação desse profissional, como do acompanhamento dele, mas não como encargo... Eu falo assim, para que esse próprio profissional [responsável] possa falar: ‘Nossa, Ele melhorou muito! Ele é muito bom!’. Eu não sei no início [do curso] como foi e se tinham essa pretensão, se tinham essa pretensão, isso não aconteceu” (Catuaba).

A fala de Catuaba representa um posicionamento que reporta à falta de avaliação do aluno do CTVS no desempenho da função de ACE, avaliação que, segundo essa coordenadora, caberia ao chefe ou ao supervisor direto do aluno no trabalho. Ela destaca que seria muito significativo que o chefe do aluno pudesse avaliar, identificar e reconhecer o progresso do servidor-aluno. Catuaba indaga se essa “pretensão” de que os chefes dos ACEs pudessem avaliar os alunos-servidores no desempenho de suas atribuições profissionais havia sido pensada no início do CTVS, e a resposta é não.

Ao longo da execução do CTVS, muitos foram os momentos de integração e de divulgação do andamento e dos resultados do curso, nomeados como encontros de: itinerário pedagógico; alinhamento conceitual; e avaliação do CTVS, sendo mencionados no capítulo II. Aqui, neste capítulo, destacamos, a partir das narrativas dos sujeitos de pesquisa, os seminários de encerramento de módulo como espaços de sistematização do conhecimento e de avaliação das competências e habilidades desenvolvidas pelos alunos do CTVS. Cabe mencionar que os seminários regionais do CTVS também tinham por objetivo, justamente, divulgar para um grupo mais amplo do que os envolvidos diretamente com o CTVS o que os alunos estavam aprendendo no curso. Portanto, os chefes dos ACEs eram convidados para participar desse momento coletivo e não da avaliação individual de cada servidor-aluno.

Passemos ao depoimento de Andiroba:

“E não é possível, não tem uma forma de você eliminar o aluno, ou mandar embora, ou expulsar... isso não existe. Não existe no nosso plano de curso. E, às vezes, o docente se queixa disso porque ele acha que tem que ter... ele tem que ter um instrumento de controle e de autoridade, ele tem que ter esse poder... eles reivindicam isso, muitas vezes: ‘Esse cara vai receber o diploma?’, ‘eu sou o responsável pelo diploma que ele vai receber?’ (risos) [A avaliação] eu acho que ela ainda é um desafio... formatos de fazer, formatos de registrar...

superar essas coisas que a gente tem incorporados... essas coisas antigas que a gente tem incorporadas de poder e tudo... lembrando que é uma relação de adultos trabalhadores” (Andiroba).

O relato de Andiroba retoma uma questão que também esteve presente ao longo da execução do CTVS que foi o desejo de maior controle e autoridade, por parte de alguns docentes do curso, que reivindicavam o poder para “eliminar o aluno, ou mandar embora, ou expulsar do curso”. Posição em total desacordo com o projeto político-pedagógico da ETSUS-SP, o que demonstra que, apesar de todos os esforços investidos no processo de educação permanente dos docentes do CTVS, é muito difícil “superar essas coisas que a gente tem incorporadas [...] de poder”, segundo as palavras de Andiroba.

Nós acrescentamos às reflexões de Andiroba o quanto é difícil mudar as relações pessoais e profissionais em uma sociedade cujo legado do patrimonialismo, da escravidão, da servidão e do patriarcado ainda se encontram tão presentes no cotidiano da vida social, e mais, dentro de uma estrutura burocrática como é o caso da administração pública, na qual o poder e o respeito as hierarquias são tão valorizados. Enfim, concordamos plenamente com Andiroba, fazendo de suas palavras as nossas: “eu acho que [a avaliação] ainda é um desafio!”

Nesse sentido, da compreensão de que o processo de avaliação é complexo e que precisa ser mais bem cuidado, que o relato de Sucupira aponta alguns novos caminhos para o CTVS. Vejamos:

“Nesse curso eu fui ver como é difícil fazer uma avaliação... você tem que ter escuta, a escuta é durante o curso inteiro, não é aquele momento só, único de avaliação do seu aluno; é o momento todo, o tempo todo, é no corredor, é lá fora... você tem que ter uma ‘escuta pedagógica’, entender o que ele está falando. Você tem que ter ‘escuta psicológica’ para isso (risos) [...]. O portfólio é uma coisa que te dá noção imediata de como aquela pessoa está pensando, ajudaria na avaliação do TVS, por isso que eu digo: ‘hoje eu faria o TVS num outro formato’” (Sucupira).

Sucupira afirma ser difícil avaliar, contudo ela nos apresenta duas estratégias que poderiam ter colaborado com o processo de avaliação do aluno do CTVS: a escuta e o portfólio. Em relação à escuta, Sucupira chama nossa atenção para a capacidade de o educador, de fato, escutar o que o aluno está falando, seja em sala de aula, seja em qualquer outro lugar. Ou seja, ela nos fala da importância de uma escuta ativa por parte dos docentes do CTVS.

Quanto à adoção do portfólio, segundo Sucupira, essa ferramenta poderia ajudar muito no processo de avaliação dos alunos; de fato, é uma proposta em consonância com o projeto político-pedagógico do CTVS. No capítulo I (seção 1.7), também já havíamos anunciado essa

possibilidade da adoção do portfólio no CTVS no momento em que afirmamos que os instrumentais utilizados para apoiar o processo de avaliação se aproximam da proposta de utilização de portfólio. Na próxima seção finalizaremos o capítulo com a discussão quanto ao futuro dos egressos do CTVS.

#### **6.4 Os egressos do curso técnico em vigilância em saúde: perspectivas para o futuro**

Nesta última seção, buscaremos finalizar nossa análise do conteúdo das entrevistas, dando voz as nove coordenadoras do CTVS. A proposta não será interpretar suas falas. Isto porque não estamos falando do passado, ou seja, não estamos nos referindo à execução do currículo do CTVS, e sim estamos pensando sobre o futuro, projeções, desejos e sonhos a respeito dos ACEs, dos TVVs e do SUS.

As narrativas aqui descritas foram agrupadas em três grupos: 1) a crise econômica propicia oportunidades profissionais para os egressos do CTVS; 2) a crise econômica representa perda generalizada de direitos, portanto, haveria poucas oportunidades profissionais para os egressos do CTVS; e, 3) os egressos do CTVS já obtiveram ganhos para suas vidas ao participar do curso, tanto na dimensão profissional quanto pessoal. Este último agrupamento de respostas não se opõe aos outros dois anteriores.

Em relação ao fato de mencionarmos, logo acima, que há uma crise instalada no país, embora não caiba entramos nessa discussão, é importante citar que a atual crise econômica e institucional do Brasil começou por volta de 2014 e é atribuída a uma série de fatores. O único fato que gostaríamos de registrar é que essa crise econômica é acompanhada de uma crise político-institucional na qual se coloca em questionamento os investimentos do Estado com o desenvolvimento de políticas públicas sociais.

É nesta seção onde se torna mais evidente na fala das coordenadoras do CTVS os efeitos da Emenda Constitucional nº. 95, de 15 de dezembro de 2016, ora como limitação para o desenvolvimento das ações da saúde pública, conseqüentemente, para a manutenção e a ampliação do SUS; ora como oportunidade de inserção profissional dos egressos do CTVS no desempenho da função de TVV. A pergunta disparadora que foi feita aos sujeitos de pesquisa foi a mesma para as nove entrevistadas: qual será o futuro dos egressos do CTVS?

O primeiro bloco agrupa as respostas que, em síntese, mencionam que a atual crise econômica propicia oportunidades profissionais aos egressos do CTVS. Então, as falas aqui agrupadas são mais otimistas e apontam um futuro no qual os egressos do CTVS serão “resgatados” e inseridos no SMVS da SMS como TVVs. Passemos a essas respostas:

“Eu acho que nós estamos passando um momento econômico difícil no país e essa tendência vai ser piorar com o tempo, na minha visão. Então, eu acho que a tendência vai ser você aumentar o número de técnicos com formação técnica e diminuir o número de pessoal de nível superior, por conta, até, de você ter uma economia de folha de salários. Como a vigilância [em saúde] é uma atividade do próprio Estado, então por mais desmonte que haja no serviço público, a vigilância vai continuar sendo uma atividade específica do Estado, vai ter que prestar concurso, enfim, vai continuar a carreira. Agora, se o Estado efetivamente quiser, e a tendência, pelo que eu estou vendo é diminuir custos, provavelmente se modifique. [No caso da prefeitura] é só mudar uma Portaria<sup>82</sup>... é só uma assinatura de um Secretário [que] pode chegar e dizer: ‘a partir de agora, então, nós vamos incluir os técnicos de vigilância [em saúde]’. A partir daí, construir uma carreira para o técnico de vigilância em saúde e quem vai, efetivamente, fazer a vigilância aqui fora, no campo, é o técnico, e o pessoal de nível superior, provavelmente, fique numa coordenação... isso vai diminuir custo, sem dúvida, e outra coisa que me faz pensar assim é que grande parte dos técnicos [profissional universitário], do pessoal, hoje, que trabalha com vigilância [em saúde], se aposenta rapidamente porque grande parte entrou lá em oitenta e dois, quando foram os concursos. Então, vai ter uma baixa, vai ter um número importante de profissionais que vão sair da atividade e se existir essa tendência, que está tendo agora, de enxugamento, pode ser que haja possibilidade, aí, de o técnico [em vigilância em saúde] vir a ser uma pessoa, assim, contratada, ter uma carreira específica para eles” (Garapeira).

“O futuro, eu não faço a menor ideia! Porque acho que muitas coisas vão mudar, no que diz respeito à própria vigilância [em saúde], à própria conformação do que vai ser a vigilância [em saúde] no município de São Paulo. A forma como ela está constituída agora, ela tem uma estrutura que eu acho que tende a mudar, essa ideia da Covisa, as Suvis, a região... Então, esses profissionais [egressos do CTVS]... talvez haja um momento aí nessa história de transformações, de mudança, que fique mais contundente a necessidade desse técnico e isso pode até abrir portas para se continuar o processo. Então, esses egressos, certamente serão resgatados” (Andiroba).

“Antes do final desse mandato acontecerá [2017 – 2020]! Porque vai chegar uma hora, que vai ter que decidir se ‘eu quero’ um concurso para nível superior ou se ‘eu vou’ delegar ao nível médio. Isso vai acontecer! E nada como um momento de crise nacional para modificar umas coisas... vai ter, como teve para esse curso [o CTVS] uma certa resistência do [pessoal] de nível superior. Vai ter! (Sucupira).

“Meu Deus! Eu espero... eu espero que ele... esse reconhecimento, eu acho que... nós estamos num momento político muito complicado. Acho que qualquer coisa que você pense... num... assim, nós estamos exatamente, se você for considerar como matéria, é aquela matéria sem informação nenhuma, sem... porque num... num vai acontecer só pra este curso, é pra todos os cursos, eu num sei se você entende isso... Então, agora... se vai ser desse jeito... eu acho também complicado... você corta aí, ta! [...] Porquê... é o que... é o que observamos, assim, num dá pra gente definir... mas eu entendo que, talvez, não nesse governo, mas no próximo, se existir ainda currículo... eu acho que tem chance, até, de carreira. E eu entendo também, e é uma coisa que eu vou falar pra você, particularmente, tá?” (Catuaba).

O segundo agrupamento de respostas também menciona a atual crise econômica, porém, ao contrário do primeiro grupo, aqui, há um pessimismo e uma associação da crise

---

<sup>82</sup> Neste ponto Garapeira se refere ao art. 5º do Decreto Municipal 50.079, de 7 de outubro de 2008, que normatiza o Código Sanitário Municipal, instituído pela Lei 13.275, de 9 de janeiro de 2004, especificamente, no que tange ao credenciamento de Autoridade Sanitária, pois o referido Decreto estabelece que apenas profissionais de nível universitário podem ser cadastrados como Autoridade Sanitária. Então, é dessa alteração que se refere Garapeira ao dizer que “é só uma assinatura” do Secretário Municipal da Saúde para incluir o TVS nas ações de aplicação da legislação sanitária no município de São Paulo.

econômica à perda generalizada de direitos sociais. Vejamos o que dizem as coordenadoras do CTVS:

“Estou muito triste, eu acho que não dá para separar [o futuro do TVS] de uma política de governo, eu não consigo ver isso separado, infelizmente. Eu acho que a minha percepção desse processo, infelizmente, é de que ele não vai funcionar em uma integralidade porque esse distanciamento da vigilância [em saúde] por causa dessa política de governo, que não é uma política integrativa, não é uma política que trabalha nas vulnerabilidades. [O CTVS] é um projeto de capacitação, acho que é um saber pessoal... isso sempre vai valer, acho que tudo o que você aprende, independente de que seja bom ou ruim, vai ter alguma serventia para a pessoa, então, acho que o curso, sim, ele vai servir para isso. Acho que para essa ampliação, ampliar essa visão... poder proporcionar para as pessoas, até, algumas críticas em relação ao seu modo de se colocar dentro de uma sociedade... eu acho que esse foco é um foco que persiste, eu acredito ainda nisso. Eu tenho que acreditar nisso porque eu tenho que acreditar que a gente ainda tem possibilidade de fazer algo. Mas as políticas, elas não são favoráveis, elas não são, no meu ponto de vista. Como se posicionar frente a essa perda de direitos? Na saúde pública, eu vi e estou vendo essa perda de direitos, pouco investimento para a população de vulneráveis. Então, acho que o curso sempre vai ser bom, não vejo nenhuma capacitação como [o CTVS], nunca vi, mas a perspectiva aí, infelizmente, ela não é uma perspectiva muito positiva. Gostaria de te dizer de outro jeito, mas, infelizmente” (Imbuia).

“Ah num sei.... eu num consigo enxergar que eles vão existir como técnicos em vigilância em saúde... num vejo esse movimento no serviço como um todo... tô fora [estou aposentada], né... mas ainda tô... assim... então, vejo as notícias, acompanho um pouco as discussões pelo site da prefeitura, mesmo pelo que as outras pessoas que continuam no serviço fazem... não sei como está esse movimento, mas eu não vejo, assim, não sei se está sendo feito algum movimento pra concretizar a carreira de técnico em vigilância” (Massaranduba).

O terceiro grupo de respostas congrega depoimentos que demarcam a frustração com a não criação da carreira de TVS na SMS, mas que, apesar desse fato, essas respostas apontam para os ganhos que os alunos do CTVS tiveram para suas vidas, tanto nas dimensões profissional, quanto pessoal. Vejamos:

“É assim, eu saí da Secretaria da Saúde, então, até onde eu pude acompanhar a questão da carreira, que foi uma coisa tão batalhada, tão prometida e depois, ‘desprometida’. É isso... foi um pouco frustrante porque seria uma valorização para o profissional. Agora, aquele conhecimento que ele adquiriu, aquelas vivências que eles tiveram... isso eles carregam pra vida... eu acredito que, em sua grande maioria eles são profissionais diferentes. Nesse trabalho, eles atuam diferente em seu território. Agora... é... a gente, enquanto gestor, a forma de você reconhecer e gratificar seria a carreira, isto, infelizmente, não aconteceu... Então, acho isso, deve ter sido uma coisa que desmotivou alguns e... dá um descrédito pra... para os que ainda são agentes que não participaram do processo... isso é um pouco ruim, mas eu ficaria muito feliz de saber que a profissão foi regulamentada, regularizada e que esse... todo trabalho... não foi em vão... uma parte, ele não foi em vão, mas eu gostaria que eles fossem... coroados com uma promoção, com a sua carreira, com seu reconhecimento; que passa pelo reconhecimento financeiro, lógico, ele vai passar... por todos eles... então, acho que, assim... embora tenham, né, regiões no Brasil que ainda tão brigando... então... eu gostaria muito disso. E o modelo de São Paulo, ele foi pra fora, ele foi... e a gente apresentou... divulgou... tanto é que o material todo do curso, o material pedagógico, foi disponibilizado pra outras regiões do Brasil... ele serviu de modelo, de norte, de eixo, pra outras escolas e então, isso, acho que é positivo... acho que o trabalho nosso aqui, em São Paulo foi reconhecido... é reconhecido fora de São Paulo. Então, acho que é ganho, mas, pra mim, eu gostaria de um dia ouvir o reconhecimento na carreira, embora, eu acredito que todos eles que passaram pelo processo... e alguns, foram

estudar, prosseguiram os estudos... fizeram faculdade... [o CTVS] serviu de rumo pra vida” (Maracatiara).

“Eu apostei muito... isso porque eu acredito, mesmo, que a formação de trabalhadores do SUS, ela tem um ganho para o serviço, assim... que não tem como a gente questionar, eu acho que... eu acreditava muito, quer dizer, acredito, né? Gostaria muito que tivesse tido continuidade desse curso porque eu vejo que os alunos, todo mundo sai diferente, mas eles tiveram, assim, uma postura, depois do curso todos chegaram... num comportamento diferente, até as chefias mesmo relataram isso” (Acaicá).

“Independente de ser reconhecido profissionalmente o técnico em vigilância em saúde eu acho que é um conhecimento que, como ele tem essa ação, reflexão e ação, porque ele não é teórico, ele é prático, ele olha uma realidade, quando você olha uma realidade e reflete sobre ela você não esquece, você pode até esquecer as palavras certas, mas você não esquece esse conhecimento. Isso eu tenho certeza que ficou com eles” (Aroeira).

As respostas dos nove sujeitos de pesquisa à pergunta sobre o futuro dos egressos do CTVS apresentam alguns desafios que os ACEs poderão vir a ter que enfrentar para conseguir exercer a função de TVS. Todavia, parte das coordenadoras do CTVS enxergam na atual crise econômica uma oportunidade para a colocação de profissionais de nível médio técnico, em contraposição à redução dos postos de trabalho para os profissionais com nível superior. Veremos o que o futuro nos reservará. Entretanto, como já dissemos no início desta seção, aqui, estamos tratando de conjecturas e projeções.

Contudo, a única previsão que queremos fazer quanto ao futuro dos egressos do CTVS, parafraseando nossa própria afirmação, constante no capítulo V, é que: os funcionários da administração pública não ficarão incólumes aos desdobramentos da Emenda Constitucional nº. 95, de 15 de dezembro de 2016, assim como às mudanças no mundo do trabalho, notadamente, a partir da Reforma Trabalhista no Brasil de 2017, lei nº. 13.467, de 13 de julho de 2017, lei que introduziu significativas alterações na CLT.

Por fim, parafraseando Sucupira, nós diríamos: “eu fico orgulhoso porque as coordenadoras do CTVS enfrentaram todas as adversidades impostas pela administração da SMS e conseguiram levar o CTVS até que todos os ACEs, alunos do curso, estivessem formados”. Muito nos orgulhamos de ter sido convidado a participar do GT do CTVS e, posteriormente, ter podido compartilhar com essas nobres mulheres: Acaicá, Andiroba, Aroeira, Catuaba, Garapeira, Imbuia, Maracatiara, Massaranduba e Sucupira a coordenação do CTVS.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O manuscrito - dois grossos volumes in octavo - já estava há muito tempo na Vestfália, no lugar em que deveria ser editado, quando nos inteiramos de que novas circunstâncias imprevistas impediam a sua publicação. **Em vista disso, entregamos o manuscrito à crítica roedora dos ratos, de muito bom grado, pois o nosso objetivo principal - esclarecer as nossas próprias idéias, já estava alcançado** (Karl Marx, *Prefácio à Contribuição da Economia Política*, grifo nosso).

Ao concluirmos esta tese, retomamos nossa jornada pessoal, profissional e acadêmica. Ademais, nesses últimos quatro anos não estivemos alheios aos acontecimentos econômicos, políticos e sociais, tanto nacionais quanto internacionais. Este estudo teve início antes mesmo da nossa entrada no Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Currículo, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), em 2015. De certo modo, o desejo e a necessidade da realização desta pesquisa se consolidaram em 2014, quando finalizávamos um curso de especialização em gestão de pessoas, cuja monografia intitulada *Perfil de competências do técnico em vigilância em saúde na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo* (VELTRI, 2014), pode ser considerada como a semente deste trabalho.

Constatamos que o ser humano é dialético e que a sociedade está em constante movimento de construção e desconstrução das relações sociais de produção e reprodução da vida material, cujos rebatimentos dessas ações influenciam e determinam a estrutura jurídica, política e cultural dessa mesma sociedade, assim como seus modos de ser e aparecer na realidade social. Por outro lado, como nos ensinou Marx: *tudo que é sólido se desmancha no ar*. O período de 2015 a 2018 pode ser considerado um período extremamente conturbado na história do Brasil, apenas para citar dois fatos relevantes, cujos rebatimentos influenciaram este estudo, mencionamos: a destituição de uma presidenta democraticamente eleita, no ano de 2016, e a edição da Emenda Constitucional nº. 95, de 15 de dezembro de 2016, conhecida também como a “PEC do fim do mundo”, que instituiu novo regime fiscal, limitando por 20 anos os gastos públicos.

Os acontecimentos, acima aludidos, não podem ser compreendidos de modo isolado. Na verdade, estão intimamente interligados e expressam apenas uma parte das disputas políticas e ideológicas pela hegemonia do poder econômico e político no Brasil, nesse breve período histórico de 2015 a 2018. Consequentemente, é nesse “novo” cenário econômico,

político e social, muito diferente de quando este estudo teve início em 2015, que estamos finalizando este trabalho.

Este preâmbulo torna-se importante devido à necessidade de situarmos nossa pesquisa no tempo e no espaço, ou melhor, no movimento dialético presente/passado. Isto porque este estudo trata de uma pesquisa *post est facto*. Analisamos um projeto curricular, o currículo do Curso Técnico em Vigilância em Saúde (CTVS), da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) da Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP), que foi realizado no período de 2010 a 2016, sendo a pesquisa de campo realizada em 2017, e a redação definitiva desta tese tendo ocorrido entre os anos de 2017 e 2018.

Portanto, do início do CTVS, em 2010, à finalização deste trabalho, transcorreram-se oito anos. Em contrapartida, do ponto de vista histórico, econômico e social, no momento presente, outro tempo político impôs-se à nação brasileira, muito distinto do período do planejamento e da execução do currículo do CTVS, bem como da realização desta pesquisa e da redação da versão final desta tese. Isto posto passemos, propriamente, às Considerações Finais.

Como dito anteriormente, o projeto de pesquisa teve início antes mesmo de 2015, sendo revisto ao longo do curso de doutorado. Inicialmente, tinha como tema as articulações entre prática profissional e o ensino técnico no CTVS. Posteriormente, passamos a nos interessar pelos aspectos relacionados à inovação curricular, pois entrar em contato com a literatura especializada sobre currículo, inovação educacional e currículos inovadores possibilitou-nos um entendimento mais amplo a respeito do nosso objeto de pesquisa. Foi nessa fase que elaboramos nosso instrumental de coleta de dados, assim como submetemos nosso projeto aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) da PUC-SP e da SMS-SP. Por isso, tanto o instrumento de pesquisa, quanto o projeto aprovado nos CEPs contêm elementos que fazem menção à inovação curricular.

Entretanto, mais adiante em nossos estudos, decidimos retomar a proposta inicial de pesquisa que havia nos levado ao curso de doutorado. Todavia, de modo mais consistente e delimitado, dessa vez, visando focar nossa análise nos aspectos determinantes na relação entre a prática profissional dos Agentes de Combate a Endemias (alunos do curso) e a proposta de formação do Curso Técnico em Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde.

A partir dessa redefinição, o estudo passou a ter como temática “O currículo da educação profissional técnica na área da saúde”. A demarcação dessa temática, ou melhor, dessa “problemática”, conforme as palavras de Frigotto (2010b, p. 96), visou apoiar a contextualização e, posteriormente, a delimitação do tema. Porém, sendo uma temática

demasiadamente ampla foi abordada naqueles aspectos que foram essenciais para inserção do problema na área da Educação: Currículo.

O tema da pesquisa foi definido como “O currículo do curso técnico em vigilância em saúde, da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, no período de 2010 a 2016, sob a perspectiva de seus coordenadores”. Definimos como questão norteadora: quais aspectos da práxis curricular foram determinantes na relação entre a prática profissional dos Agentes de Combate a Endemias (alunos do curso) e a proposta de formação do Curso Técnico em Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo?

O método de abordagem do estudo, sendo dialético, permitiu a negação e a redefinição do caminho da pesquisa. A negação para superação (BAPTISTA, (s/d [a]). A apreensão do *movimento real*, ou seja, da essência e não da aparência do objeto de estudo fez emergir a categoria fundante para melhor apreensão e análise do currículo do CTVS, qual seja: a integração curricular. Além disso, neste estudo, também nos interessamos em identificar as contradições, as inovações e os conflitos presentes na relação entre a prática profissional dos Agentes de Combate a Endemias (ACEs), alunos do curso, e a proposta de formação presente no currículo do CTVS da SMS.

Segundo Torres Santomé (2013), estamos vivendo um momento histórico de contínua transformação, no qual está ocorrendo uma revolução no campo econômico, que, por sua vez, influencia e interfere em todos os aspectos da vida, não sendo exceções os setores da saúde e da educação públicas. Dessa forma, na base da discussão a respeito da proposição dos currículos da educação profissional técnica dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), podemos elencar: os processos de acumulação do capital financeiro, os interesses das classes sociais, a divisão sociotécnica do trabalho, os desejos e os posicionamentos ético-político dos profissionais de saúde, os objetivos das políticas públicas e as necessidades de saúde dos cidadãos e das comunidades; apenas para citar algumas das dimensões envolvidas no campo das disputas curriculares e nas relações de poder envolvidas na área da educação profissional técnica.

Nesta tese, foram problematizados, no capítulo III: a administração pública, seus modelos de gestão e sua cultura organizacional; no capítulo IV: as múltiplas dimensões do conceito ampliado de saúde, o campo das vigilâncias em saúde, os objetivos da SMS; o SUS, com seus princípios doutrinários, diretrizes organizativas, políticas, programas e projetos; no capítulo V: as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica, a multidimensionalidade da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), as

potencialidades e as contradições da educação profissional técnica em saúde desenvolvida no SUS; e, ao longo de toda a tese, problematizamos o currículo, enquanto a própria prática pedagógica contextualizada. Todas essas dimensões, anteriormente mencionadas, subsidiaram neste estudo a análise crítica do currículo do CTVS da SMS.

Uma das atribuições da SMS, constante do Plano Municipal de Saúde, é a qualificação dos trabalhadores da rede de serviços municipais de saúde, visando alcançar os objetivos do SUS, em especial: efetivar a saúde como direito de todos e garantir o atendimento integral em saúde aos indivíduos e grupos populacionais. No sentido de cumprir esses objetivos, coube aos profissionais da Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo (ETSUS-SP), da Coordenação de Vigilância em Saúde (Covisa) e das Supervisões de Vigilância em Saúde (Suvis) planejar, implantar e executar a formação profissional dos ACEs, por meio do CTVS, o que foi operacionalizado com recursos financeiros do Ministério da Saúde oriundos da PNEPS, no âmbito do Profaps.

A PNEPS pode ser compreendida como uma política indutora, cujo objetivo é fomentar a qualificação e a formação profissional dos trabalhadores da saúde pública, por isso a consideramos como uma das inovações advindas com o SUS. Não obstante, estão descritas nas políticas nacionais de educação, de saúde, de trabalho e emprego, especificamente, nas diretrizes e nas orientações curriculares, as recomendações, as competências e as oportunidades para se inovar na construção das propostas curriculares dos cursos técnicos do eixo tecnológico Ambiente e Saúde, como no caso do CTVS da SMS.

O currículo do CTVS fundamentou-se numa perspectiva na qual o processo de trabalho no SUS foi o princípio da proposta curricular do curso, sendo o ensino por competências o pressuposto para a articulação dos saberes científico, tecnológico, cultural, ético e político, a partir do qual se estruturaram todas as ações educativas ao longo do currículo em ação.

Inicialmente, constatamos nos documentos que compõem o acervo documental do CTVS que o currículo modelado pelos profissionais de saúde da SMS propôs colocar em prática os aspectos humanizador e libertador do trabalho. Porém, não é possível menosprezar as dimensões ideológica e alienante, tanto do ensino profissional técnico, como do trabalho na administração pública, quando se pretende realizar a análise crítica do currículo de um curso técnico que foi ofertado por uma escola de governo como no caso da ETSUS-SP. Isso fica evidente na implementação do currículo do CTVS devido aos conflitos entre o prescrito na Constituição Federal de 1988, de ideologia social-liberal e a imposição de Estado mínimo da economia capitalista neoliberal, que se impõe contra o Estado democrático de direitos,

voltado para políticas públicas. Isso, no período de quebra da institucionalidade, com a imposição dos interesses do mercado.

Ainda mais, por tratar-se de um *trabalho* (no campo das vigilâncias em saúde) e de uma *educação* (profissional técnica) desenvolvidos no âmbito da administração pública, tal trabalho e educação fizeram incidir outras determinações sobre o currículo do CTVS. Também se agregaram como de fundamental relevância para uma análise crítica do currículo do CTVS: o contexto histórico, econômico e político dos anos de 2010 a 2016, um período, já mencionado, de disputas políticas e ideológicas em torno de qual projeto de nação seria implementado no Brasil, ou seja, pressão das elites econômicas hegemônicas contra políticas públicas de um Estado social democrático, de acordo com a Constituição Federal de 1988 e a prevalência do Estado mínimo, da economia liberal.

Desse modo, a proposição de um currículo que integrasse as dimensões da prática e da teoria no ensino das vigilâncias em saúde, tendo o trabalho como princípio educativo foi ao mesmo tempo um desafio organizacional e uma inovação educacional. Foi também uma oportunidade para superar a fragmentação e a dicotomia entre os conhecimentos científicos e as práticas profissionais desenvolvidas no campo das vigilâncias em saúde, na SMS.

Pudemos constatar que o currículo do CTVS desenvolvido na SMS, no período de 2010 a 2016, teve como eixos estruturantes e integradores da formação em vigilância em saúde: a mobilização social, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos e o controle dos riscos à saúde individual e coletiva. A execução do CTVS possibilitou aos sujeitos do currículo a oportunidade de pôr em prática a articulação e a integração das dimensões do fazer, do saber, do ensinar, do aprender e do cuidar em saúde, tendo por pressuposto o princípio da integralidade em saúde.

O currículo do CTVS não ficou limitado aos conhecimentos das vigilâncias em saúde, pois formar um profissional na área da saúde implicou, além do desenvolvimento de competências técnicas na sua área específica de atuação, o aperfeiçoamento da capacidade de atuar em equipe multiprofissional, com a mobilização de recursos cognitivos e socioafetivos necessários ao desenvolvimento das ações na área da saúde pública, especificamente no SUS.

A proposta pedagógica do CTVS foi orientada pelo processo de aprendizagem significativa, contando para isso com a interação dinâmica entre docentes e alunos. Nessa perspectiva, o docente organizava o processo de ensino criando situações de aprendizagem de modo que a apropriação dos conhecimentos se desse respeitando o ritmo individual de cada aluno, seus esquemas de assimilação mental e suas características culturais, valorizando os

conhecimentos adquiridos e as experiências vivenciadas, tanto nas relações em sociedade, quanto no trabalho no SUS.

O desenvolvimento das atividades pedagógicas teve por base as experiências e as situações do cotidiano dos ACEs, alunos do CTVS, visando possibilitar a indagação, a reflexão e a teorização da própria prática de forma sistematizada, com a apropriação de conceitos por um processo de abstração e aproximações sucessivas aos conteúdos das Unidades Didático-Pedagógicas do curso, para intervenção e transformação da realidade concreta do trabalho na SMS, de forma consequente, tecnicamente correta e eticamente adequada.

A proposição do currículo do CTVS foi, portanto, de contribuir para a formação de técnicos em vigilância em saúde, que viessem a se tornar sujeitos autônomos capazes de exercer a sua prática profissional com competência técnica, política e ética e com o compromisso do exercício de cidadania democrática e participativa. Mas, acima de tudo, o objetivo do CTVS era formar trabalhadores comprometidos com a consolidação do SUS e que procurassem em suas práticas cotidianas de trabalho viabilizar o princípio da integralidade em saúde.

É, com relação a essa busca do atendimento integral aos usuários do SUS, que se percebe com maior clareza a luta pelos que querem fazer valer os direitos democráticos da cidadania, ou seja, o direito de todos terem direitos, e os que, consciente ou inconscientemente, fazem da “gestão” das políticas públicas o espaço “dos negócios particulares”, típico do capital neoliberal, que faz do Estado o espaço dos interesses do mercado.

Por outro lado, Pinheiro (2008), ao analisar as experiências locais que estão sendo desenvolvidas no SUS, com base no princípio da integralidade, a estudiosa relata que gestores, profissionais de saúde e usuários, comprometidos com o sistema público de saúde, estão no cotidiano dos serviços, inconformados com as ideias, as concepções e os modelos de gestão da Atenção à Saúde. Logo, são os usuários do SUS, juntamente com os profissionais de saúde, que estão buscando transformar o modelo assistencial em saúde, com vontade política, participação social e criatividade.

Desse modo, tem sido por meio de projetos inovadores que as mudanças estão sendo realizadas no interior dos serviços de saúde. Pinto (2009), ao referir-se ao quadro de implantação do SUS, destaca que várias experiências exitosas foram sendo implementadas ao longo desses últimos anos, visando melhorar a eficiência e a eficácia dos serviços públicos de saúde. Daí, as propostas dos modelos de gestão social como forma de superação do legado

patrimonialista, das inadequações da burocracia estatal e da incoerência do modelo gerencial de gestão quando empregado na administração pública.

Nosso conhecimento, enquanto servidor público que trabalha no SUS, corrobora com essa visão de inconformidade e busca de superação dos entraves burocráticos pelos quais os sujeitos em ação estão rompendo com o modelo burocrático estatal e com a assistência à saúde ainda centrada no modelo médico-hospitalar, ou seja, no modelo focado na doença e no atendimento hospitalar. Conseqüentemente, inovações nas práticas de atenção à saúde individual e coletiva estão sendo construídas no cotidiano das Unidades de Saúde. Como resultado, essas práticas inovadoras estão aperfeiçoando o SUS. Não por acaso, é de uma dessas práticas inovadoras que tratamos neste estudo.

Todavia, não possuímos uma visão ingênua a ponto de afirmar que apenas gerentes dos serviços, coordenadores de projetos, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços do SUS, sem levar em consideração a dimensão política, própria da administração pública, possam sustentar as novas experiências. Isso porque a consolidação de uma Política de Governo para que esta possa ser assegurada enquanto uma de Política de Estado depende de articulações sociais mais amplas e conjunturas sociopolíticas e econômicas, as quais envolvem outras esferas do poder do Estado. Para que o Estado cumpra seu papel de acordo com a Constituição Federal de 1988 depende da força organizativa e de reivindicação dos movimentos populares.

Por isso, defender uma política de integralidade em saúde como diretriz norteadora da formação profissional para o SUS é tão fundamental para efetivar a saúde como direito, onde “o cuidado seja uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário individual” (CECÍLIO, 2001, p. 122). Vem daí a importância do princípio da integralidade como base da formação profissional técnica em saúde e da educação permanente dos profissionais de saúde do SUS, para que estes possam atuar na defesa dos direitos da cidadania.

No que tange à defesa da qualidade da saúde pública e da integralidade do atendimento no SUS retomamos a discussão quanto ao conceito ampliado de saúde, acrescentando que a rede de proteção social não deve se restringir aos serviços e aos profissionais do setor saúde, mas ampliar-se para as outras políticas sociais, pois a efetivação da atenção integral em saúde depende do trabalho articulado em rede. Uma rede solidária e intersetorial de políticas, serviços e profissionais (CECÍLIO, 2001), cuja ação integrada pode efetivar o princípio da integralidade em saúde, o que é pertinente ao cuidado com a vida da maioria da população brasileira que demanda o serviço público de saúde.

Desse modo, é agora que de fato podemos responder à pergunta da nossa pesquisa, reiterando a síntese de múltiplas determinações (econômica, social, política e ideológica) do trabalho profissional dos ACEs e o currículo do CTVS. Neste momento, após a análise do currículo do CTVS, que descobrimos o quão complexas são as estruturas que subsidiaram a construção desse projeto curricular. Enfim, é chegado o momento de expor os eixos determinantes na relação entre a prática profissional dos ACEs (alunos do CTVS) e a proposta de formação do CTVS da SMS, quais foram: o processo de trabalho como princípio educativo na formação de profissionais de saúde, o modelo das competências profissionais no processo de ensino na área da saúde, a integralidade em saúde como diretriz norteadora da formação para o SUS e o currículo integrado enquanto estratégia organizadora da ação pedagógica.

A pesquisa também nos apoiou na identificação dos aspectos inovadores, contraditórios e conflitivos no desenvolvimento do currículo do CTVS. Destacamos como inovador o fato de que o currículo do CTVS possui características de um projeto curricular integrado nas dimensões de seus pressupostos ordenadores, na estrutura curricular, na seleção dos conteúdos, nas estratégias pedagógicas de formação dos docentes e nas práticas pedagógicas desenvolvidas com os discentes, em especial a oportunidade de os alunos vivenciarem a prática profissional em situações reais de trabalho e, posteriormente, a problematização desta. Em relação aos aspectos contraditório e conflitivo, destacamos o fato da não viabilização do cargo e da carreira de Técnico em Vigilância em Saúde, na SMS.

Compreendemos que os currículos dos cursos técnicos na área da saúde devem ter por pressuposto apoiar a construção de uma identidade profissional crítica, sendo para isso necessária a cobrança dos profissionais da saúde e da população junto aos poderes públicos para um contínuo investimento nas ações de qualificação e profissionalização dos trabalhadores do SUS, incluídos os Técnicos em Vigilância em Saúde. Também deve haver reivindicações para outras melhorias no SUS e nas diversas políticas públicas. Assim sendo, poderão ser construídas melhorias fundamentais, como direito de todos, pois só assim estaremos defendendo os bens maiores: a melhoria nas condições de vida e de saúde no Brasil.

No entanto, quais as perspectivas para a saúde e para a educação públicas nos próximos anos? A redação da conclusão deste estudo se deu no mês de novembro de 2018, logo após a divulgação do resultado das eleições presidenciais do Brasil, no qual o projeto vencedor nas urnas apresentou como proposta para gestão do governo federal (2019-2022) a implementação de um programa de Estado liberal. Durante a campanha eleitoral se discutiram

propostas para o redirecionamento das políticas públicas, em especial, com a diminuição de verbas para a saúde e a educação.

Em relação à política de saúde, o projeto vencedor apresentou como alternativa aos problemas da saúde pública brasileira a maior “integração” do SUS com a rede privada de saúde, também se discutiu a implementação da comercialização de “planos populares de saúde”. No campo da educação pública, durante o período eleitoral, muito se debateu o Programa Escola sem Partido, ou simplesmente “Escola sem Partido”, que faz parte de um movimento político criado em 2004, que, em suma, visa restringir a atuação crítica dos docentes em sala de aula. Visão crítica vista como a reflexão das determinações dos múltiplos interesses que envolvem refletir, como, por exemplo, sobre um fato histórico nos aspectos dos vários interesses de grupos e classes em disputa.

Para finalizar, um novo ciclo político se apresenta à nação brasileira. Parafrazeando a célebre frase da personagem Quincas Borba, de Machado de Assis: “Ao vencido, ódio ou compaixão; ao vencedor, as batatas”. Diríamos nós: ao vencedor, as batatas; aos vencidos, o que nos cabe é a luta e a resistência pela manutenção do SUS público, gratuito e integral, assim como a peleja pela preservação da escola pública, laica e plural. Apropriando-nos das palavras de Marx, em epígrafe, entregamos este estudo à crítica dos leitores, pois o nosso objetivo principal, qual seja, esclarecer as nossas próprias ideias quanto ao desenvolvimento da educação profissional técnica no SUS, já foi alcançado.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. **Revista de Administração Pública - RAP**, v. 41, p. 67-86, 2007. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas. Rio de Janeiro, Brasil.

ABRUCIO, Fernando Luiz. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. (**Cadernos ENAP**). Brasília, n. 10, 1997.

ALGEBAIL, J. Profaps: o presente da rede. **Revista RET-SUS** (Órgão da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde), Rio de Janeiro, v. 5, n. 41, p. 14-18, jan./fev. 2011.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 4. ed. reimpressão da 2. ed. de 1999. São Paulo: Pioneira Thomson Learning Ltda. 2004.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** (Coleção Temas em Saúde), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

APPLE, Michel W. **Ideologia e currículo**. Trad. Vinicius Figueira. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ARAGÃO, Cecília V. Burocracia, eficiência e modelos de gestão pública: um ensaio. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 48, n. 3, p. 105-134, set./dez. 1997.

ARAÚJO, D; MIRANDA, M. C. G; BRASIL, S.L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Bahia, v. 31, Supl. 1, p. 20-31, jun. 2007.

ARJONA, Felipe B. Silveira. **O território na formação profissional no Sistema Único de Saúde Brasileiro**: algumas considerações sobre o curso técnico de vigilância em saúde na cidade do Rio de Janeiro nos anos de 2012-2013. 2015. 129 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Formação de Professores, Rio de Janeiro, 2015.

BAICERE, Márcia R. de Magalhães. **Formação e prática segundo os egressos do curso técnico em vigilância sanitária e saúde ambiental da baixada cuiabana**. 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

BAPTISTA, Myrian Veras. **A relação teoria/prática**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 37 p. (mimeo.). (s/d [a]).

BAPTISTA, Myrian Veras. **O método na economia política – Karl Marx**. Texto comentado por vários autores em tipo menor. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 30 p. (mimeo.). (s/d [b]).

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto: Augusto Pinheiro. São Paulo, Edições 70, 2011.

BATISTELLA, Carlos E. Colpo. **Tensões na constituição de identidades profissionais a partir do currículo**: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde. 2009. 255 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Trad. Floriano de Souza Fernandes, 15 ed., Petrópolis: Ed. Vozes, 1985.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. Série história em movimento. 4 ed. São Paulo: Editora Ática, 2001.

BÍBLIA. Português. **A Bíblia Sagrada**: antigo e novo testamento. Trad. João Ferreira de Almeida. Brasília: Sociedade Bíblica do Brasil, 1969.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 12. ed. Petrópolis, Vozes, 1991.

BONETTI, D. A et al. (Orgs.). **Serviço social e ética**: convite a uma práxis. Cortez/CFESS, São Paulo, 2005.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. Trad. Waltensir Dutra; organizador da edição brasileira, revisão técnica e pesquisa bibliográfica suplementar, Antonio M. Guimarães. 2 ed., Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

BRASIL. **Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990** (1990a).

BRASIL. **Lei nº 8.142, 28 de dezembro de 1990** (1990b)

BRASIL. **Lei nº 9394/96, de 20 dezembro de 1996**.

BRASIL. **Lei nº 12.513, de 26 de outubro de 2011** (2011a).

BRASIL. **Lei nº 13.415, de 16 de fevereiro de 2017** (2017a).

BRASIL. **Lei nº. 13.467, de 13 de julho de 2017** (2017b).

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE). **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: MARE, 1995.

BRASIL. Ministério da Educação. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio**. Brasília: MEC, 2008a.

BRASIL. Ministério da Educação. Educação Profissional. **Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico**. Área. Profissional: Saúde. Brasília: MEC, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Escolas de governo**. 2018a. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/escolas-de-governo>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

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

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CEB 16/99. **Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico**. Brasília: MEC, 1999b.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CEB 19/04. **Proposta de habilitação técnica para a profissão de Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: MEC, 2004c.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CEB nº. 11/2008. **Proposta de instituição do Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio**. Brasília: MEC, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/2004. **Institui a política nacional de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466**, de 12 de dezembro de 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 510**, de 7 de abril de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: história da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. (Série I. História da Saúde no Brasil). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Políticas de formação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília, 2003.

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. Brasília: Ministério da Saúde. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC DO SUS**: doutrinas e princípios. Brasília/DF: 1990c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde**. CASTRO, Adriana Miranda de; et. al. – Brasília: CEAD/FUB, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações. **Trabalhadores em serviços de promoção e apoio à saúde**. 2018b. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

BRASIL. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. In: Conferência Nacional de Saúde, 8, 1986, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 381-389.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 47, v. 120, n. 1, jan./abr. 1996.

CAMBI, Franco. **História da pedagogia**. Trad. Álvaro Lorencini. Versão atualizada. São Paulo: Fundação Editora da UNESP (FEU), 1999.

CARBONE, P. P. Cultura organizacional no setor público brasileiro: desenvolvendo uma metodologia de gerenciamento da cultura. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 133-144, mar./abr. 2000.

CASTRO, Lima de et al. **Isabel dos Santos**: a arte e a paixão de aprender fazendo. Natal (RN): Observatório RH NESC/UFRN, 2002.

CAVALCANTE, Pedro; CAMÕES, Marizaura. **Gestão pública no Brasil: as inovações configuram um novo modelo?** XX Congresso Internacional Del CLAD sobre Del Estado y la Administración Pública, Lima, Peru, 10 – 13 nov. 2015

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 14, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R.B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde (verbete). *In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008. p. 162-168.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 6. ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2014.

CHIZZOTTI, A.; CASALI, A. O paradigma curricular europeu das competências. **Cadernos de História da Educação**, Minas Gerais, v. 11, n. 1, p. 13-30, jan./jun. 2012.

CIAVATTA, Maria. Trabalho como princípio educativo (verbete). *In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008. p. 408-415.

CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise. A "era das diretrizes": a disputa pelo projeto de educação dos mais pobres. **Revista Brasileira Educação**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 49, p. 11-37, abr. 2012.

CUNHA, L. Antônio. **O ensino de ofícios artesanais e manufatureiros no Brasil escravocrata**. 2.ed. São Paulo: Editora UNESP; Brasília, DF: FLACSO, 2005a.

CUNHA, L. Antônio. **O ensino de ofícios nos primórdios da industrialização**. 2.ed. São Paulo: Editora UNESP; Brasília, DF: FLACSO, 2005b.

CUNHA, L. Antônio. **O ensino profissional na irradiação do industrialismo**. 2.ed. São Paulo: Editora UNESP; Brasília, DF: FLACSO, 2005c.

DASSO JÚNIOR, Aragon Érico. **“Nova Gestão Pública” (NGP): a teoria de administração pública do estado ultraliberal**. XXIII Encontro Nacional do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito no Brasil (CONPEDI), realizado em Florianópolis - SC, de 30 de abril a 02 de maio de 2014.

DAVINI, M. Cristina. **Currículo integrado**. *In: Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde*. Brasília; 1994. Disponível em: <[http://lagarto.ufs.br/uploads/content\\_attach/path/11340/curriculo\\_integrado\\_0.pdf](http://lagarto.ufs.br/uploads/content_attach/path/11340/curriculo_integrado_0.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2018.

DAVINI, M. Cristina. **Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

DELUIZ, Neise. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação**: implicações para o currículo. 2014. Disponível em: <[http://www.bahiana.edu.br/CMS/Uploads/O%20modelo%20das%20competencias%20profissionais%20N\\_Deluz.pdf](http://www.bahiana.edu.br/CMS/Uploads/O%20modelo%20das%20competencias%20profissionais%20N_Deluz.pdf)>. Acesso em: 5 mar. 2017.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DUBAR, Claude. **A socialização**: construção das identidades sociais e profissionais. Trad. Annette Perrette R. Botelho e Estela Pinto R. Lamas. Título original La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. Portugal: Porto Editora, 1997.

EDUARDO, Maria Bernadete de Paula. **Vigilância sanitária**; colaboração de Isaura Cristina Soares de Miranda. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 8, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

EPSJV. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Observatório dos técnicos em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2014. Disponível em: <<http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/>>. Acesso em: 25 jan. 2014.

EPSJV. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Profaps**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2018. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/profaps>>. Acesso em: 16 out. 2018.

EPSJV. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Proposta Curso Técnico de Vigilância em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/sescolar/visa.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

FERGE, Zsuzsa. Educação (verbetes). In: BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. Trad. Waltensir Dutra; organizador da edição brasileira, revisão técnica e pesquisa bibliográfica suplementar, Antonio M. Guimarães. 2. ed., Rio de Janeiro: Zahar, 2012. p. 179-180.

FEUERWERKER, Laura C. M. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 3-4, abr. 2007.

FRANÇA, Bárbara Heliadora. **O barnabé**: consciência política do pequeno funcionário público. (Coleção Questões da Nossa Época:). São Paulo: Cortez, v. 17, 1993.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. (Coleção Leitura). 28. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, L. C.. **Responsabilização, meritocracia e privatização**: conseguiremos escapar ao neotecnicismo? Texto apresentado ao III Seminário de Educação Brasileira. Simpósio

PNE: Diretrizes para avaliação e regulação da educação nacional, fev. 2011. In.: Plano Nacional da Educação (PNE): questões desafiadoras e embates emblemáticos. PINO; ZAN (Orgs.). Brasília, DF: Inep, 2013.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **A produtividade da escola improdutiva**: um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico-social capitalista. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2010a.

FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: **Metodologia da pesquisa educacional**. FAZENDA, Ivani (Org.). 12. ed. São Paulo: Cortez, 2010b.

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise Nogueira (Orgs.). **Ensino médio integrado**: concepção e contradições. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

GADOTTI, Moacir. **Concepção dialética da educação**: um estudo introdutório. 5. ed. São Paulo: Cortez Editora e Editora Autores Associados, 1987.

GALVÃO, Ena de Araújo; SOUSA, Maria Fátima de. As escolas técnicas do SUS: que projetos político-pedagógicos as sustentam?. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000300017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 out. 2014.

GAMBOA, Silvio A. Sanchez. A dialética na pesquisa em educação: elementos de contexto. In: **Metodologia da pesquisa educacional**. FAZENDA, Ivani (Org.). 12. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

GARCIA, Walter E. (Org.). **Inovação educacional no Brasil**: problemas e perspectivas. São Paulo: Cortez Editora e Autores Associados, 1980.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.

GIMENO SACRISTÁN, José. **O currículo**: uma reflexão sobre a prática. Trad. Ernani F. da F. Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GOLDMANN, Lucien. O Todo e as Partes. In: **Dialética e cultura**. Trad. Luiz F. Cardoso, Carlos Nelson Coutinho e Giseh Vianna Konder, 2 ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

GONÇALVES, Ana L. da Silva et. al. **Formação do técnico de vigilância em saúde**: um desafio para o SUS que queremos. In: 10º CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Porto Alegre, 14-18 nov. 2012a. Disponível em: <<http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2640>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

GONÇALVES, Ana L. da Silva et. al. **Formação do técnico em vigilância em saúde**: reafirmando o compromisso da construção do SUS que queremos. In: I CONGRESSO DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SMS-SP). São Paulo, 30 nov. -1º dez. 2012b.

GONDIM, Roberta; GRABOIS, Victor; MENDES, Walter. (Orgs.). **Qualificação de gestores do SUS**. (apostila do curso) 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2011.

GUIMARÃES, Tomas de Aquino. A nova administração pública e a abordagem da competência. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro; n. 34, p. 125-40, maio/jun. 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6284/4875>> Acesso em 17 out. 2018.

HAMILTON, D. Sobre a origem dos termos classe e curriculum. **Revista Teoria e Educação**, Porto Alegre, n. 6, p. 33-52, 1992.

JACOMETTE, Estela A. B. **Inovação curricular em curso de pós-graduação lato sensu em gestão de negócios**. 2014. 216 f. Tese (Doutorado em Educação: currículo) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

JUNQUILHO, Gelson Silva. Nem “burocrata” nem “novo gerente”: o “caboclo” e os desafios do Plano Diretor de Reforma do Estado no Brasil do real. In: **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 137-56, Jan./Fev., 2004.

KOGA, Dirce. **Medidas de cidades**: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

LIMA, Cláudia L. Vieira. **O trabalho dos agentes de controle de endemias e as concepções da vigilância em saúde**. 2016. 112f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2016.

LOMBARDI, José Claudinei. “Introdução”. In: **Textos sobre educação e ensino**. Produção editorial UNICAMP. Faculdade de educação. Campinas, SP: Navegando, 2011.

LOSACCO, Silvia. **Métrons e Medidas**. Caminhos para o enfrentamento das questões da infração do adolescente. 2004. 238 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004.

LUCENA, Iara S. de. **Curso técnico de vigilância em saúde da ETSUS-BA**: diálogo com as diretrizes e orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde. 2016. 200 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2016.

LUZ, Mandel. Saúde (verbetes). In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008. p. 353-356.

MANACORDA, Mario Alighiero. **História da educação**: da Antigüidade aos nossos dias. Trad. Gaetano Lo Monaco. 13. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 6. ed. São Paulo, Editora Cortez, 2000.

MARX, Karl. **A miséria da filosofia - resposta à filosofia da miséria do Sr. Proudhon**. Tradução e introdução de José Paulo Netto. São Paulo: Global Editora, 1985.

MARX, Karl. **A questão judaica**. 2. ed. São Paulo: Moraes Ltda., 1991.

MARX, Karl. **Crítica do Programa de Gotha**. (Coleção Marx-Engels). Seleção, tradução e notas Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2012.

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos e filosóficos**. Trad. e notas de Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.

MARX, Karl. **Para a crítica da economia política** [e outros escritos]. São Paulo: Abril Cultural. Coleção Os economistas, 1982.

MARX; ENGELS. **A ideologia Alemã (I Feuerbach)**. Trad. José Carlos Bruni e Marco Aurélio Nogueira, 7. ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARX; ENGELS. **Manifesto do Partido Comunista**. São Paulo: Editora Cortez, 1998.

MARX; ENGELS. **Textos sobre educação e ensino**. Produção editorial UNICAMP. Faculdade de educação. Campinas, SP: Navegando, 2011.

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1.411-1416, out. 2004.

MATTOS, Rubens. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, Rubens (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2006.

MERCADANTE, Otávio (Coord.). Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. FINKELMAN, J. (Org.). In: **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MONKEN, Maurício; BATISTELLA, Carlos. Vigilância em saúde (verbete). In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008. p. 471-478.

MONTEIRO, Maria do C. Sales et al. **Formação do técnico em vigilância de Saúde**: reafirmando o compromisso da construção do SUS que queremos. In: I Congresso de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo, 30 de nov. - 1º de dez. 2012.

MORAES, Vinicius. **O operário em construção**. Disponível em: <<http://www.viniciusdemoraes.com.br/pt-br/poesia/poesias-avulsas/o-operario-em-construcao>> . Acesso em: 30 nov. 2018

MORAES, José G. Vinci. Barnabé, o funcionário. **Jornal da USP** - Universidade de São Paulo, 28/04/2017. Disponível em: <<https://jornal.usp.br/artigos/barnabe-o-funcionario/>>. Acesso em: 2 ago. 2018.

MOREIRA, Francisco J. Franco. **Entre o ser e o fazer – formação técnica em vigilância em saúde no estado do Ceará**: um olhar na perspectiva da gestão e do estudante-profissional. 2016. 161 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

MULATINHO, Juliana Beltrão. **Técnicos em vigilância em saúde de Pernambuco**: construção da identidade profissional. 2016. 139 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

MÜHL, Edson Henrique. Problematização (verbetes). In: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; Zitkoski, Jaime José (Orgs). Coordenação geral Danilo Streck. **Dicionário Paulo Freire**. 4 ed. rev. ampl. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. p. 383-384.

NOSELLA, Paolo. Trabalho e perspectivas de formação dos trabalhadores: para além da formação politécnica. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 34, p. 137-151, abr. 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAULA, Ana Paula Paes de. Administração pública brasileira entreo gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, mar. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75902005000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902005000100005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 10 jun. 2018.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe (verbetes). In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008. p. 419-426.

PEREIRA, Isabel Brasil. Tendências curriculares nas escolas de formação técnica para o SUS. **Trabalho Educação Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, mar. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v2n1/08.pdf>>. Acesso em: 4 mar. 2017.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008.

PERONDI, Ana M. Tenuta; ROCHA, Regina H. P. Sanches. **Implantando o curso técnico em vigilância em saúde em São Paulo**. In: 11º Congresso Internacional da Rede Unida. Fortaleza, 10-13 abril, 2014.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PILOTTO, Cláudia Humphreys. **Técnico de vigilância em saúde: uma prática curricular transitante da regulação à promoção da saúde**. 2009. 126 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Rubens Araújo de (Org.). **A integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade em saúde (verbetes). In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008. p. 255-262.

PINTO, Isabela C. de Matos. **Reforma gerencialista e mudança na gestão do sistema nacional de vigilância sanitária**. In.: COSTA, E. Alves (Org.). *Vigilância Sanitária: temas para debate*. Salvador: EDUFBA, 2009.

PIRES, José Calixto de Souza; MACEDO, Kátia Barbosa. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n1/v40n1a05.pdf>>. Acesso em: 19 junho 2015.

RAMOS, Marise Nogueira. Currículo integrado (verbetes). In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008a. p. 114-118.

RAMOS, Marise Nogueira. Currículo por competência (verbetes). In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2008b. p. 119-124.

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

REIS, Juliana dos Santos. **Formação profissional do agente de vigilância em saúde: análise de proposta de Formação do Programa Proformar**. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2013.

RODRIGUES, Ana P. Grillo. **Os vínculos com a organização e a regulação emocional de servidores públicos**. 2012, 97 f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2012.

RODRIGUES, Andrea Leite. **Fundamentos da teoria das organizações**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2013. 5 p.

SANTUCCI, Laura A. Christiano; MELLO, Elaine. **Mudar no serviço público é possível? A experiência da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo na formação e qualificação de seus profissionais**. In: VI CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA. Brasília -

DF, 16-18 abril 2013. Disponível em:

<[http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/2013/V\\_CONSAD/VI\\_CONSAD/145.pdf](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/2013/V_CONSAD/VI_CONSAD/145.pdf)>. Acesso em: 24 fev. 2017.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Conselho Municipal de Educação. **Pedido de autorização de funcionamento do curso técnico de vigilância em Saúde**. Parecer CME nº 220/11. Publicado em 19/10/11 p.20. São Paulo, 2011a.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Coordenação de Educação em Saúde e Gestão do Conhecimento. Escola Municipal de Saúde/Escola Técnica do Sistema Único de Saúde. **Trajетória da Escola Municipal de Saúde e Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo**, 2016.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Lei nº. 13.725, de 9 de janeiro de 2004. **Código Sanitário do Município de São Paulo**.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. **Relatório de informações de gestão de pessoas – DIGEP**. Relatório de Gestão de Pessoas – Junho de 2018. Disponível em: <[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/cogep/divisao\\_de\\_informacao\\_de\\_gestao\\_de\\_pessoas/index.php?p=259988](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/cogep/divisao_de_informacao_de_gestao_de_pessoas/index.php?p=259988)>. Acesso em 13 de jul. de 2018.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Formação e Desenvolvimento dos Trabalhadores da Saúde. Escola Técnica do SUS – São Paulo. **Proposta educação profissional área da saúde: projeto pedagógico**. 2005.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Curso técnico da área da saúde: habilitação profissional de técnico em vigilância em saúde**. Módulo I – As práticas da saúde e o SUS: construindo alicerces para transformar. São Paulo, SMS, 2011b. Disponível em: <<http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2695>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Gestão de Pessoas. Diretoria de Gestão de Desenvolvimento de Pessoas. Escola Municipal de Saúde. **Capacitação Técnico-pedagógico Módulo I – Unidade I**. 2011c.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Decreto 57.857, de 5 de setembro de 2017**. Dispõe sobre a reorganização da Secretaria Municipal da Saúde, altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que especifica, bem como transfere cargos de provimento em comissão entre órgãos e do Quadro Específico de Cargos de Provimento em Comissão. Publicada no DOC em publicado no DOC de 06/09/2017 – pp. 01, 03 a 26.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Escola Municipal de Saúde. Gestão de Desenvolvimento de Pessoas. Coordenação de Gestão de Pessoas. **Comunicado nº 099/2012 da Escola Municipal de Saúde**. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, publicado em 9 de outubro de 2012, p. 44. Trata dos critérios de seleção discente das segundas turmas do curso técnico em vigilância em saúde. 2012c.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Escola Municipal de Saúde. **Projeto Político Pedagógico – EMS**. São Paulo, 2014c

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Escola Municipal de Saúde. **Relatório de atividades**: Escola Municipal de Saúde 2014-2015. São Paulo, 2015

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Escola Municipal de Saúde. Gestão de Desenvolvimento de Pessoas. Coordenação de Gestão de Pessoas. **Memorando nº 167/2011 da Escola Municipal de Saúde**. Trata dos critérios de seleção discente das primeiras turmas do curso técnico em vigilância em saúde. 2011d.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Gestão de Pessoas. Diretoria de Gestão de Desenvolvimento de Pessoas. Escola Municipal de Saúde. **Plano de curso**: curso técnico de vigilância em saúde. (primeira versão). São Paulo, 2010b.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Gestão de Pessoas. Diretoria de Gestão de Desenvolvimento de Pessoas. Escola Municipal de Saúde. **Plano de curso**: curso técnico em vigilância em saúde. (segunda versão). São Paulo, 2012b.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Coordenação de vigilância em saúde**. 2014a. Disponível em:  
<[http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia\\_em\\_saude/organizacao/index.php?p=3363](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/organizacao/index.php?p=3363)> Acesso em: 21 jan. 2014.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Gestão de Pessoas. Diretoria de Gestão de Desenvolvimento de Pessoas. Escola Municipal de Saúde. CEFOR/ETSUS. **Projeto curso técnico em vigilância em saúde**. São Paulo, 2010c.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde. Gerência de Gestão de Pessoas. **Análise**: perfil e interesse dos candidatos ao curso técnico de vigilância em saúde. 2010d.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Gestão de Pessoas. Diretoria de Gestão de Desenvolvimento de Pessoas. Escola Municipal de Saúde. **São Paulo Construindo o SUS 100%**. São Paulo, 2012c.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Decreto n.º 52.219, de 30 de março de 2011c. **Reorganiza o Sistema de Ensino da Secretaria Municipal da Saúde e revoga o Decreto n.º 47.572, de 14 de agosto de 2006**. Disponível em:  
<[http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios\\_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=31032011D%20522190000](http://www3.prefeitura.sp.gov.br/cadlem/secretarias/negocios_juridicos/cadlem/integra.asp?alt=31032011D%20522190000)>. Acesso em: 6 mar. 2017.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde (2010 – 2013)**. São Paulo, 2010a.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria Municipal 1159/2012 SMS.G. São Paulo, 2012a. **Designar os seguintes integrantes para compor o Grupo de Trabalho**. Publicada no Diário Oficial da Cidade, em 20 de junho de 2012.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Portaria 2.529/2014 – SMS.G**, de 11 de dezembro de 2014b. São Paulo.

- SAUL, Ana Maria; SAUL, Alexandre. Educação permanente (verbetes). In: STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; Zitkoski, Jaime José (Orgs). Coordenação geral Danilo Streck. **Dicionário Paulo Freire**. 4. ed. rev. ampl. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018. p. 169-170.
- SAVIANI, Dermeval. A filosofia da educação e o problema da inovação em educação.
- GARCIA, Walter E. (Org.). In.: **Inovação educacional no Brasil: problemas e perspectivas**. São Paulo: Cortez Editora e Autores Associados, p. 15-29,1980.
- SAVIANI, Dermeval. **Educação brasileira: estrutura e sistema**. 11. ed. rev. Campinas. São Paulo: Autores Associados, 2012.
- SAVIANI, Dermeval. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. FERRETTI, Celso J.; ZIBAS, Dagmar M. L.; MADEIRA, Felicias R.; FRANCO, Maria Laura P. B. (Orgs.). In: **Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar**. Petrópolis: Vozes, p. 151-168, 1994.
- SAVIANI, Dermeval. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira Educação**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 34, p. 152-165, abr. 2007.
- SCLIAR. Moacyr. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. 2 ed. São Paulo: Editora Senac, 2005.
- SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2007.
- SILVA, Marileide do Nascimento. **Vigilância em saúde: desafios na construção do currículo de um curso técnico**. Experiência da Escola Politécnica na formação de nível médio para o SUS. 2008. 130 f. Dissertação (Mestrado em Ensino em Biociências e Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2008.
- SILVA, Tomaz T. da. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.
- STRECK, Danilo R.; REDIN, Euclides; Zitkoski, Jaime José (Orgs). Coordenação geral Danilo Streck. **Dicionário Paulo Freire**. 4 ed. rev. ampl. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe epidemiológico do SUS**. Brasília, v. 2, n. 2, abr. - jun. 1998.
- TORRES SANTOMÉ, J. **Currículo Escolar e Justiça Social: o cavalo de Tróia da educação**. Porto Alegre: Penso, 2013.
- TORRES SANTOMÉ, J. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Trad. Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda., 1998.
- TRIVIÑOS, Augusto N. Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

VELTRI, Marcos. **A construção da identidade profissional do orientador de liberdade assistida comunitária**: o processo de equilíbrio do saber, do fazer e do poder. 2006. 158 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

VELTRI, Marcos. **Educação, trabalho e saúde pública**: dimensões do ensino técnico na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (projeto de pesquisa). In: IV Web Currículo e XII Encontro de Pesquisadores: contexto, aprendizado e conhecimento. São Paulo, 21 a 23 de setembro de 2015.

VELTRI, Marcos. **Desafios e perspectivas na qualificação profissional dos Agentes de Combate às Endemias**. In.: Seminário Atenção Básica, Ações de Vigilância e os Desafios para o Trabalho em Saúde. São Paulo, 22 e 23 de novembro de 2017.

VELTRI, Marcos. **Perfil de competências profissionais do técnico em vigilância em saúde na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo**. Trabalho de conclusão de curso (MBA em Gestão de Pessoas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/sms-9110>>. Acesso em: 24 de fev. de 2017.

VELTRI, Marcos; PERONDI, Ana M. Tenuta. **A experiência do GT Currículo**: o trabalho como princípio educativo na construção do curso técnico em vigilância em saúde na cidade de São Paulo (relato de prática). In: IV Web Currículo e XII Encontro de Pesquisadores: contexto, aprendizado e conhecimento. São Paulo, 21 a 23 de setembro de 2015.

VELTRI, Marcos; PERONDI, Ana M. Tenuta. **Articulações entre prática profissional e ensino técnico**: dimensões do currículo na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. In: XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo, 13 a 15 de abril de 2016a. Disponível em: <<http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=8497>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

VELTRI, Marcos et al. **Curso técnico de vigilância em saúde**: os desafios da profissionalização e da integralidade das ações de vigilância em saúde na cidade de São Paulo. In: I Congresso de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, da Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo, 30 de nov. - 1º de dez. de 2012.

VELTRI, Marcos et al. **Curso técnico em vigilância em saúde**: princípios teórico-metodológicos, técnico-pedagógicos e ético-políticos. In: Seminário Nacional de Educação Profissional Técnica: Formação em Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro, 5 e 6 dez. 2016b. (no prelo).

VICENTE, Roseli C. 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. 2014. 140 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2014.

WALDMAN, Eliseu Alves. **Os 110 anos de vigilância em saúde no Brasil**. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 21, n. 3, p. 365-366, set. 2012. Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000300001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000300001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 mar. 2017.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniela Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

WANDERLEY, Eduardo W. Parâmetros sociológicos da inovação. GARCIA, Walter E. (Org.). In.: **Inovação educacional no Brasil: problemas e perspectivas**. São Paulo: Cortez Editora e Autores Associados, p. 30-54, 1980.

WANDERLEY, L.M.M. e YAZBECK, M.C. **Desigualdade e questão Social**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: EDUC, 2004.

# APÊNDICES

**APÊNDICE A** – Legislações identificadas para análise no âmbito do currículo do Curso Técnico em Vigilância em Saúde (2010-2016)

<b>GOVERNO FEDERAL</b>	<b>PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO</b>
Decreto nº. 7.508, de 28/06/2011	Lei nº. 8.989, de 29/10/1979
Decreto nº. 57.857, de 5/09/2017	Lei nº. 16.122, de 15/01/2015
Decreto-Lei nº. 314, de 13/03/1967	Lei nº. 13.725, de 9/01/ 2004
Lei nº. 3.807, de 26/08/1960	Decreto Municipal nº. 28.625, de 30/03/1990
Lei nº. 5.250, de 09/02/1967	Decreto Municipal nº. 32.773, de 10/12/1992
Lei nº. 6.229, de 17/07/1975	Decreto Municipal nº. 42.120, de 19/06/2002
Lei nº. 6.259, de 30/10/1975	Decreto Municipal nº. 52.514, de 25/07/2011
Lei nº. 6.514, de 22/12/1977	Decreto Municipal nº. 57.857, de 7/09/2017
Lei nº. 8.080, de 19/09/1990	Portaria Municipal nº 1.159, de 20/06/2012 - SMS.G
Lei nº. 8.142, de 28/12/1990	Portaria Municipal nº 2.529, de 11/12/2014 - SMS.G
Lei nº. 9.394, de 20/12/1996	
Lei nº. 11.741, de 16/07/2008	
Lei nº. 12.513, de 26/10/2011	
Lei nº. 13.415, de 16/02/2017	
Lei nº. 13.467, de 13/07/2017	
Parecer CNE/CEB nº. 16/99	
Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº. 198, de 13/02/2004	
Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº. 3.189, de 18/12/2009	
Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº. 1.626, de 24/06/2010	
Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº. 4.279, de 30/12/2010	
Resolução CNS n.º 353/2003, de 27/11/2003	
Resolução CNE/CEB nº. 04/99	

**Fonte:** Adaptado de Batistella (2009, p.122).

## APÊNDICE B - Roteiro da entrevista com os sujeitos do Curso Técnico em Vigilância em Saúde

### Identificação

Nome/Código: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Formação acadêmica (graduação):

\_\_\_\_\_

Pós-graduação:

\_\_\_\_\_

Tempo de atividade na área da saúde: \_\_\_\_\_ (anos)

Tempo de trabalho na SMS/PMSP: \_\_\_\_\_ (anos)

Período de atuação no curso TVS:

\_\_\_\_\_

Qual(is) função(ões) você exerceu no curso

TVS: \_\_\_\_\_

### Questões e temas:

1. Fale sobre o significado de currículo para você.
2. Qual a sua percepção sobre o modo como a proposta curricular do curso TVS foi construída?
3. O que você compreende por inovação e por inovação curricular?
4. O que você identifica ou destaca como tendo sido uma inovação no Curso TVS:
  - a) Em relação ao contexto que originou o curso;
  - b) Em relação aos objetivos institucionais e educacionais do curso;
  - c) Em relação às concepções pedagógicas do curso (princípios teórico-metodológicos, técnico-pedagógicas e ético-político);
  - d) Em relação à estrutura, organização e funcionamento do curso;
  - e) Em relação aos processos de integração teoria prática (atividades, visitas técnicas e estágios);
  - f) Em relação à composição do corpo docente;
  - g) Em relação à formação inicial e permanente dos docentes;
  - h) Em relação ao processo de avaliação: do aluno, do docente e do curso.
5. Você identifica algum ponto ou característica que tenha chamado sua atenção no projeto do Curso TVS, que você ainda não tenha mencionado nas respostas anteriores?
6. Quais fatores facilitaram a implementação do projeto pedagógico do curso TVS?
7. Quais fatores dificultaram a implementação do projeto pedagógico do curso TVS?
8. Na sua opinião: qual será o futuro dos egressos do curso TVS.

**APÊNDICE C** – Carta convite para os sujeitos de pesquisa

Prezado (a)

Face à nossa condição de aluno do Curso de Doutorado em Educação na área de Educação: Currículo, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, venho, por meio desta, convidá-lo(a) a participar como sujeito da pesquisa que ora desenvolvo, tendo em vista a elaboração de minha tese. Para que, durante a entrevista nenhum detalhe do relato seja perdido, solicito permissão para que a mesma seja gravada. Seu anonimato será mantido, de tal forma que em nenhum momento sua identidade será revelada. As informações obtidas nessa entrevista serão analisadas em conjunto com as de outros sujeitos que também não serão identificados.

É importante destacar que a escolha de seu nome deve-se a sua participação efetiva no processo de formulação e implementação do currículo do curso técnico em vigilância em saúde, assunto a ser investigado nesta pesquisa.

Caso concorde em conceder-me uma entrevista peço-lhe que encaminhe uma mensagem para o e-mail: [mveltrieduc@gmail.com](mailto:mveltrieduc@gmail.com) e eu entrarei em contato para marcarmos o dia, a hora e o local que melhor lhe convier.

Na expectativa de contar com a sua cooperação subscrevo-me.

Atenciosamente,

Prof. Me. Marcos Veltri  
Pesquisador  
Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP)  
Contato do Pesquisador: +55 11 XXXX-XXXX  
[mveltrieduc@gmail.com](mailto:mveltrieduc@gmail.com)

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Participante,

Estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre inovação curricular, sob o título: Análise da Inovação Curricular no Curso Técnico em Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2010 - 2016), cujo pesquisador principal é o Prof. Me. Marcos Veltri, aluno de doutorado regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Educação: Currículo, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), sob orientação do Prof. Dr. Antonio Chizzotti, e-mail: [anchizo@uol.com.br](mailto:anchizo@uol.com.br).

O objetivo da pesquisa é analisar como foi formulada e implementada a inovação curricular no curso referido acima. O motivo do estudo deve-se à importância de que se reveste a implementação de um novo currículo na área da educação profissional técnica em saúde. Sendo assim, a pesquisa se justifica pelo conhecimento em inovação curricular que pode advir para profissionais e pesquisadores das áreas da educação e da saúde pública.

Para isso, precisamos da sua contribuição participando de uma entrevista, com o tempo previsto de aproximadamente 1 hora e 30 minutos. Você tem total liberdade de participar ou não da pesquisa. Informamos que você não terá despesas, nem compensações e que seu nome não será citado no trabalho, garantindo sua privacidade pessoal e profissional.

Ao participar da pesquisa você correrá risco mínimo, sendo que pode se sentir constrangido ao expor sobre como atuou ou percebeu o curso técnico em vigilância em saúde. Uma medida adotada para minimizar este possível desconforto é que sua identidade não será divulgada. Você poderá interromper a entrevista a qualquer momento e não será identificado em qualquer relatório, tendo os dados excluídos do estudo.

Os resultados desta pesquisa podem lhe beneficiar diretamente caso você reflita sobre o modo como compreende a educação profissional técnica. Além disso, os achados da pesquisa também poderão contribuir com o conhecimento que poderá advir para outros cursos técnicos que desejem fazer inovações em seu currículo.

Caso houver novas perguntas sobre este assunto, você pode entrar em contato com o pesquisador principal: Marcos Veltri, por e-mail: [mveltrieduc@gmail.com](mailto:mveltrieduc@gmail.com) ou celular (11) XXXXX-XXXX. Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Rua Ministro de Godói, 969 – Perdizes, Ed. Reitor Bandeira de Mello – Térreo, sala 63-C, São Paulo. Telefone: 3670-8466, e-mail: [cometica@pucsp.br](mailto:cometica@pucsp.br) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 8ª andar. Telefones: 3397-2464, e-mail: [smscep@gmail.com](mailto:smscep@gmail.com)

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG: \_\_\_\_\_, declaro ter sido suficientemente informado a respeito da pesquisa que li ou que foi lida para mim sobre este estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos pertinentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e de ressarcimento. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e estou ciente que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. O pesquisador Marcos Veltri certificou-me de que todos os dados dessa pesquisa serão utilizados somente para fins científicos. Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento e autorizo a publicação dos dados.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Nome e Assinatura do(a) Entrevistado(a)

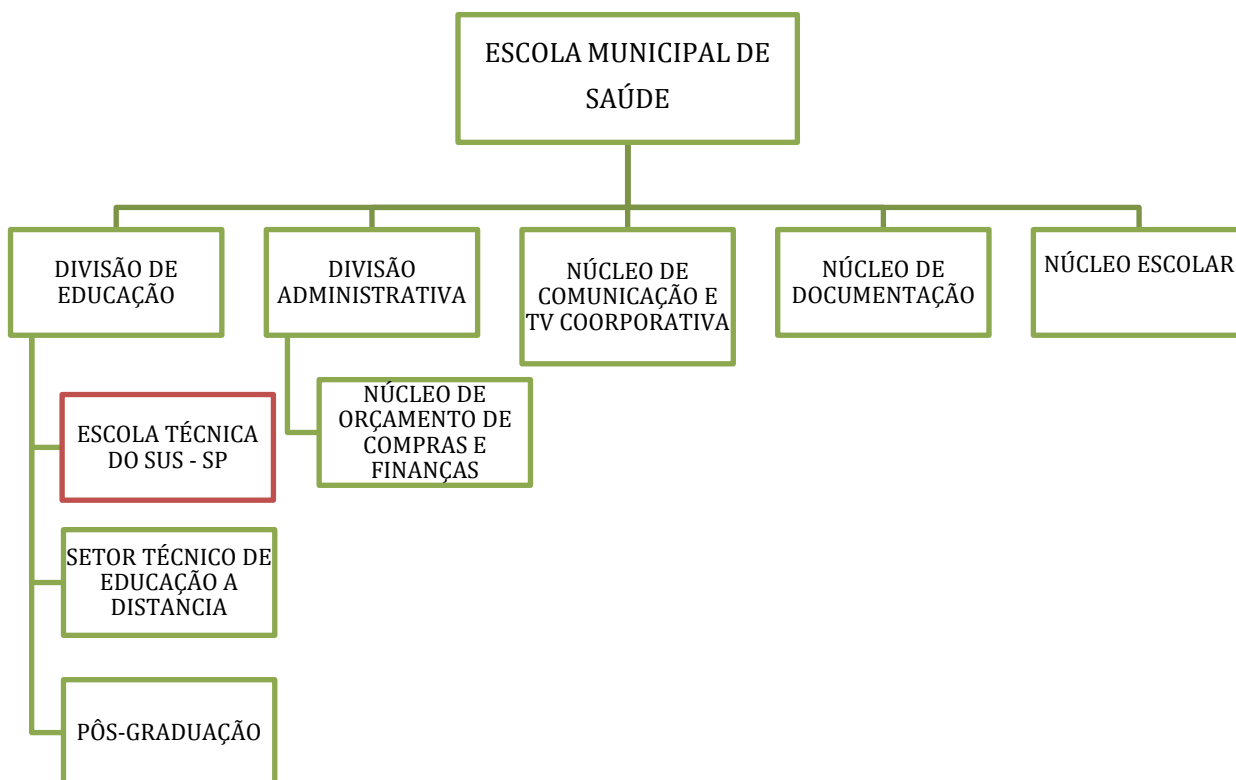
Prof. Me. Marcos Veltri -  
Pesquisador



# **ANEXOS**

**ANEXO A** – Organograma da Escola Municipal de Saúde/ Escola Técnica do Sistema Único de Saúde do Município de São Paulo no período de implementação do Curso Técnico em Vigilância em Saúde

DECRETO Nº. 52.514, DE 25/07/2011



**ANEXO B – Organograma da Coordenação de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo no período de implementação do Curso Técnico em Vigilância em Saúde**

**Coordenação de Vigilância em Saúde**

Estrutura Organizacional

Portaria nº1930/2009, de 06/11/09



**ANEXO C – Atribuições dos Agentes de Combate a Endemias na Secretaria  
Municipal da Saúde de São Paulo**

**LEI Nº 16.122, DE 15 DE JANEIRO DE 2015 (Anexo II Tabela C)**

**DENOMINAÇÃO** Agente de Saúde

**DEFINIÇÃO:** Profissionais que realizam atividades operacionais de apoio, prevenção, controle de doenças e outras atividades para promoção da saúde em conformidade com as diretrizes do SUS

**ABRANGÊNCIA:** Todas as atividades específicas da área da saúde

**COMPETENCIAS E HABILIDADES BASICAS**

**Ética:** Desenvolver as atividades profissionais, observando as questões relacionadas à justiça e à ética nas relações de trabalho.

**Qualidade:** Executar as atribuições do cargo, buscando a satisfação das necessidades e superação das expectativas dos usuários internos e externos da PMSP.

**Trabalho em Equipe:** Realizar o trabalho em colaboração com outros profissionais, buscando a complementariedade de outros conhecimentos e especializações. Participar periodicamente de cursos, treinamentos e atualizações sobre o trabalho de sua competência, com critérios que possibilitem a divulgação e participação de todos os membros da equipe.

**Visão Sistêmica:** Desempenhar as atribuições específicas, percebendo a inter-relação e a interdependência de cada uma das tarefas com as atividades globais da PMSP e seus respectivos impactos no todo.

**Comunicação:** Transmitir as informações, divulgar os eventos relacionados com a atividade profissional.

**Flexibilidade:** Possuir a capacidade para lidar com diferentes tipos de situações no exercício do cargo.

**Iniciativa:** Colaborar com ideias e propostas, visando à melhoria da dinâmica de trabalho.

**Interesse:** Buscar sistematicamente ampliar os conhecimentos referentes aos assuntos relacionados às suas atividades.

**Planejamento e Organização:** Atuar de forma planejada e organizada, otimizando tempo e recursos materiais.

**Pró-atividade:** Prever situações e atuar antecipadamente, adotando ações proativas ao invés de atuar, somente, através de ações reativas.

**Relacionamento Interpessoal:** Agir de forma empática e cordial com as demais pessoas, durante o exercício das funções do cargo

**AGENTE DE SAÚDE - SAÚDE AMBIENTAL/ COMBATE A ENDEMIAS**

Realizar atividades de vigilância em saúde, prevenção e controle de doenças e outras atividades para promoção da saúde para as quais tenha sido capacitado em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão das unidades que compõe o Sistema Municipal de Vigilância em Saúde / SMVS da Secretaria Municipal de Saúde.

**ANEXO C – Atribuições dos Agentes de Combate a Endemias na Secretaria  
Municipal da Saúde de São Paulo**

(continuação)

Colaborar para o cumprimento do Código Sanitário Municipal instituído pela Lei nº 13.725 de 9 de janeiro 2004, de acordo com as atribuições de agentes de combate a endemias. Atuar de forma preventiva junto à população e estabelecimentos com o intuito de evitar possíveis agravos à saúde; Conhecer, cadastrar e mapear o território de ação e as situações ambientais de risco a saúde humana; Colaborar para que a população participe na detecção, prevenção e controle de riscos e agravos à saúde no território; Trabalhar de forma integrada em ações interinstitucionais e intersecretariais; Colaborar nas ações de Comunicação em Saúde, em especial nas ações de Comunicação de Risco junto à população potencialmente exposta a eles. Auxiliar nas ações voltadas à Vigilância em Saúde Ambiental; Auxiliar nas ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano, do ar, do solo, desastres e acidentes com produtos químicos perigosos; Realizar visitas a imóveis visando a identificação de riscos à saúde, presença de animais de sinantrópicos de importância em saúde pública (ratos, baratas, mosquitos, moscas, pombos, morcegos, escorpiões, aranhas, pulgas, carrapatos, formigas, vespas, abelhas, marimbondos, taturanas, lacraias e outros) e implementação das medidas de prevenção e controle recomendadas; Orientar a população sobre as medidas de prevenção e controle da infestação por animais sinantrópicos de importância em saúde pública; Orientar a população quanto aos cuidados e a capacidade de transmissão de doenças e agravos causados por animais domésticos e sinantrópicos; Inspeccionar locais com condições favoráveis para a infestação de animais sinantrópicos de importância em saúde (córregos, terrenos baldios, bueiros e outros) e proceder ao controle por meio de manejo ambiental e/ou aplicação de saneantes desinfestantes; Realizar inspeção, coleta e controle larvário em potenciais criadouros e focos de vetores de importância em saúde pública; Realizar controle mecânico (vedação de caixa d'água, remoção, eliminação ou perfuração de recipientes e outros) em potenciais criadouros, ninhos, colméias, vespeiros e abrigos de animais sinantrópicos de importância em saúde pública; Instalar e manter armadilhas e outros equipamentos para a captura de animais sinantrópicos de importância em saúde pública, segundo técnicas padronizadas; Organizar, zelar e responsabilizar-se pelo bom uso, guarda e manutenção de todos os equipamentos, EPI e ferramentas utilizadas nas suas atividades; Higienizar e executar a manutenção de equipamentos e ferramentas utilizados no controle de animais sinantrópicos de importância em saúde pública; Registrar todas as atividades realizadas, nos instrumentos disponibilizados pela administração (formulários, dispositivos eletrônicos móveis e microcomputadores); Inserir dados nos sistemas de informação de apoio à vigilância em saúde ambiental; Conduzir veículos e embarcações motorizadas no exercício de atividades de campo, respeitadas as legislações vigentes; Lavar e preparar os materiais utilizados em laboratório e na coleta de larvas de mosquitos e de outros animais sinantrópicos de importância em saúde pública; Verificar e orientar as condições de criação de animais domésticos, quando de relevância para a saúde pública; Remover animais de relevância para a saúde pública; quando couber, em conformidade com legislação vigente;

**ANEXO C – Atribuições dos Agentes de Combate a Endemias na Secretaria  
Municipal da Saúde de São Paulo**

(continuação)

Cuidar da guarda e proteção dos animais apreendidos, desde sua apreensão, transporte, manutenção e destino final, zelando pela segurança e bem estar dos mesmos; Auxiliar no manejo, contenção e destinação de animais submetidos à castração, eutanásia e outros procedimentos pertinentes; Realizar e auxiliar atividades relativas à manutenção de animais domésticos e de laboratório mantidos nas unidades; Limpar e desinfetar os ambientes, equipamentos e utensílios utilizados pelos animais domésticos e de laboratório; Realizar atendimento a munícipes para fins de coleta de dados, esclarecimentos, encaminhamentos e outras atividades pertinentes a vigilância ambiental; Realizar vacinação de animais domésticos, quando de relevância em saúde pública; Realizar o controle e armazenamento de imunobiológicos utilizados na vacinação animal; Coletar, receber, identificar, preparar, acondicionar e descartar amostras para identificação de vetores e diagnóstico laboratorial em animais, de doenças de interesse da saúde pública; Descartar adequadamente os resíduos de saúde de acordo com a legislação vigente; Manter limpo e organizado as instalações destinadas ao depósito de saneantes, desinfestantes e equipamentos. Atender às diretrizes do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional e participar ativamente das ações de prevenção de risco e agravos à saúde dos trabalhadores; Participar periodicamente de cursos, treinamentos e atualizações sobre o trabalho de sua competência, com critérios que possibilitem a divulgação e participação de todos os membros da equipe. Realizar ações educativas em Saúde Ambiental voltadas à prevenção e controle de doenças e agravos relacionados ao meio ambiente, com a colaboração e participação da sociedade; Colaborar com o desenvolvimento de habilidades da comunidade na detecção, prevenção e controle de riscos e agravos à saúde no território. Realizar todas as Atividades descritas, respeitando as normas ambientais, de segurança pessoal, da equipe, do munícipe e dos animais domésticos e protegidos.

## ANEXO D – Parecer de Mérito Acadêmico



PUC-SP

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**  
Pós-Graduação em *Educação: Currículo***PARECER DE MÉRITO ACADÊMICO****Orientador:** Prof. Dr. Antonio Chizzotti**Autor:** Prof. Me. Marcos Veltri

Marcos Veltri é mestre em Serviço Social pela PUC-SP e atualmente desenvolve a tese de doutorado intitulada: "Análise da inovação curricular no curso técnico em vigilância em saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2010-2016)".

A pesquisa justifica-se científica, acadêmica e socialmente por apresentar estudos relevantes acerca da educação profissional técnica em saúde.

O estudo proposto tem como objetivo central analisar como foi formulada e implementada a inovação curricular no curso técnico em vigilância em saúde (curso TVS), oferecido em modalidade subsequente ao ensino médio, desenvolvido na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP). O curso conta com o apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps), no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNPES), do Sistema Único de Saúde (SUS). A investigação visa contribuir com os profissionais da SMS-SP e do MS na avaliação do curso TVS, o que revela a sua pertinência social.

A análise curricular que está sendo empreendida contribui com inovações educacionais apontando potencialidades e limitações de uma proposta de currículo integrado no ensino profissional técnico em saúde. Seus resultados poderão, do ponto de vista acadêmico, colaborar com futuras pesquisas na área da Educação e Saúde. É um estudo que promete examinar os fundamentos teórico-metodológicos, técnico-pedagógicos e ético-político do curso TVS, com destaque para a atuação da SMS-SP.

## ANEXO D – Parecer de Mérito Acadêmico

(continuação)

**PUC-SP****Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**  
Pós-Graduação em *Educação: Currículo*

O estudo orienta-se de forma diligente a todos os procedimentos éticos em pesquisa qualitativa. A coleta de depoimentos ocorrerá por meio de entrevistas individuais semiestruturadas realizadas com nove profissionais que atuaram na coordenação do curso TVS, no período de 2010 a 2016, acompanhada de um diário de bordo como instrumento auxiliar na condução da investigação. Será feito, também, um levantamento bibliográfico e uma pesquisa no acervo documental privado do curso TVS.

Os sujeitos entrevistados, que serão devidamente informados sobre a realização da pesquisa, serão também convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Meu Parecer é de que o projeto atende aos requisitos de clareza, objetividade, concisão, fundamentação e adequação às normas. Por isso, sou favorável à continuidade da pesquisa devidamente credenciada pelo Comitê de Ética.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Branca Jurema Ponce', is written over a horizontal line.

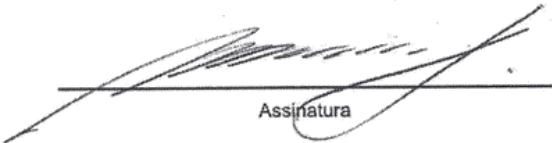
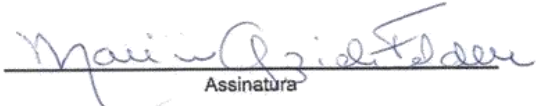
Profa. Dra. Branca Jurema Ponce  
Programa de Pós-Graduação em *Educação: Currículo*  
PUCSP

## ANEXO E – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Análise da inovação curricular no curso técnico em vigilância em saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2010 - 2016)			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 9			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 7. Ciências Humanas			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: MARCOS VELTRI			
6. CPF: 116.440.768-61	7. Endereço (Rua, n.º): Alameda Nottmann, 1023 CAMPOS ELISEOS Ap. 12 SAO PAULO SAO PAULO 01216001		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: [REDACTED]	10. Outro Telefone:	11. Email: mveltrieduc@gmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 28 / 03 / 2017		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC/SP	13. CNPJ: 60.990.751/0002-05	14. Unidade/Órgão:	
15. Telefone: (11) 3670-8466	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: Marina Graziela Feldmann	CPF: 520.854.738-49		
Cargo/Função: Coordenadora			
Data: 28 / 03 / 2017	 Assinatura		
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.		Profa. Dra. Marina Graziela Feldmann Coordenadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Currículo	