

***“Os Desafios da Formação Docente em Vigilância da Saúde e da Implantação e
Consolidação de uma Vigilância da Saúde de Base Territorial Local”***

Por

Maria José Mendonça do Amaral

Cuiabá, Junho de 2011



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



***“Os Desafios da Formação Docente em Vigilância da Saúde e da Implantação e
Consolidação de uma Vigilância da Saúde de Base Territorial Local”***

*Trabalho com vistas à obtenção do título de “Especialista do Curso de Formação Docente na
Área de Vigilância da Saúde” da ENSP/FIOCRUZ-RJ.*

Por

Maria José Mendonça do Amaral

Orientador: Prof. Kleber Rangel Silva

Rio de Janeiro, Junho de 2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ-RJ, nas pessoas da Coordenadora Geral do Curso de Especialização em Formação Docente em Vigilância da Saúde, Professora Tânia Celeste Matos Nunes, os demais Coordenadores Fernando Manuel Bessa Fernandes, Marcelo Firpo de Souza Porto, Pablo Dias Fortes, Paulo Chagastelles Sabroza, meu orientador Kleber Rangel Silva, toda equipe de pesquisadores, professores, orientadores, colaboradores, Equipe e Secretaria Técnica representada por Luiz Montenegro, Rosana Arantes e Rosângela Carvalho.

Agradeço aos colegas de todos os estados pelo aprendizado que me proporcionaram e a convivência das colegas do meu estado que se tornaram grandes amigas e parceiras e em especial a Miriam Freitas pelo seu companheirismo e solidariedade que lhe são peculiares. Ao Ministério da Saúde em especial a Secretaria de Vigilância da Saúde parceira desta realização.

Agradeço a Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso, o Superintendente de Vigilância em Saúde, Oberdan Ferreira Coutinho Lira, ao Ex-Coordenador de Vigilância Sanitária Fábio José da Silva, a Ex-Diretora da Escola de Saúde Pública Rose Maria Peralta Guilherme Fava, pela oportunidade que me deram de participar deste Curso/Programa. A todos vocês o meu imenso carinho.

Agradeço a DEUS que me protege e aos meus amigos, minha família e meus colegas de VISA pelo incentivo nessa trajetória.

Tenho a certeza que com a finalização da etapa desse ousado Curso/Programa, todos nos sentimos tocados, motivados e com o intenso desejo de *dar vida* a Vigilância da Saúde, na busca em oferecer a população usuária do SUS uma saúde cidadã, justa e emancipatória bem como transcender esse conceito no desempenho da função docente.

“Nem tudo o que escrevo resulta numa realização, resulta mais numa tentativa. O que também é um prazer. Pois nem tudo eu quero pegar. Às vezes, quero apenas tocar. Depois, o que se toca às vezes floresce e os outros podem pegar com as duas mãos” (Clarice Lispector)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Problemática sobre Agenda

28

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. RELATO TEÓRICO E METODOLÓGICO	14
2.1. LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS LOCAIS	14
2.2. PAUTA DE PROBLEMAS LOCAIS	19
2.3. CONSTRUÇÃO DE AGENDA	24
2.4. ANÁLISE DAS DIFICULDADES DO CURSO DE VIGILÂNCIA NO CONTEXTO DO TRABALHO DOCENTE	29
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
3.1. PAPEL DA ESCOLA NA IMPLANTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE DE BASE TERRITORIAL LOCAL	32
3.2. O PAPEL DO DOCENTE VINCULADO A ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA–ESP MT	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

1. INTRODUÇÃO

Em 1988, a Constituição Federal do Brasil consagrou a cidadania e a dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais, incluindo dentre outros, a saúde como direito e dever do estado, elevando à condição de relevância pública as ações e serviços de saúde. A tradução dos princípios constitucionais resulta no Sistema Único de Saúde (SUS) o qual é responsável, entre outras atribuições, pela ordenação e formação de recursos humanos na área saúde (CF/88, Art. 200, inciso III) (BRASIL, 1988).¹

Segundo Paim e Teixeira (2000) o sistema de saúde brasileiro após a Constituição de 88, tem avançado na consolidação de modelos de atenção mais efetivos e equânimes, de modo a responder às reais necessidades da população brasileira, em sua totalidade e em suas especificidades loco-regionais. Os atuais arranjos assistenciais hegemônicos – o medicocentrado, focado na atenção hospitalar e na medicalização, e o sanitarista - apoiado em campanhas, programas e em ações de vigilância epidemiológica e sanitária, não reúnem elementos teóricos, práticos, organizacionais e de cuidado adequados e suficientes para responder à complexidade e diversidade dos problemas e necessidades em saúde que circunscrevem o cidadão comum nesse início de século.²

No plano das políticas de saúde, o conjunto de definições, projetos e propostas consubstanciadas ao longo dos movimentos que marcaram a reforma sanitária no país (em grande medida expressas nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990) reorienta, estrutural e funcionalmente, o sistema de prestação de serviços de atenção a saúde, o que implica a reorientação dos processos em que a educação técnica de nível médio deve ser destacada, em especial, naquelas áreas que se distinguem pela complexidade técnica e política, como é o caso da área de vigilância da saúde.³

A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH – SUS - Resolução n.º 330, de 4 de novembro de 2003) ressalta a importância da formação e o aperfeiçoamento dos profissionais da saúde, além de reafirmar a competência do SUS na ordenação dos seus recursos humanos, determina que a União e os Estados devem manter escolas de governo. Estes estabelecimentos de ensino público, voltados para a educação profissional de servidores tem a finalidade de ordenar (re) orientar e participar da qualificação dos trabalhadores da área de saúde inserido no SUS (BRASIL, 2002). Dentre elas estão as escolas Técnicas do SUS (ETSUS) com função específica de formar e ou qualificar os profissionais de nível médio.¹

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores a frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

Com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS foi criado o Pacto pela Saúde instituído pela Portaria nº 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006 que se configura por um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação.

As transferências dos recursos também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento: Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, **Vigilância em Saúde**, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde.⁴

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria nº 1.996 de 20 de Agosto de 2007, tem como princípio a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, por meio do fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. Suas estratégias devem ser adequadas às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde.

A Política Estadual de Educação Permanente no Estado de Mato Grosso encontra-se implementada e atuante procedendo regularmente à discussão do Plano de Ação Regional para Educação Permanente e Projetos nos Colegiados de Gestão Regional que são

encaminhados para avaliação das Comissões de Integração Ensino-Serviço – CIES, tendo a ESPMT como palco desse cenário.⁵

Nesse contexto deve-se ressaltar a relevante função da Vigilância em Saúde na análise da situação de saúde, articulando-se em um conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção e subsidiando os gestores no processo de planejamento e de tomada de decisão em tempo oportuno;

Considerando o processo em curso de integração das vigilâncias (sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador) nas três esferas de governo, entre outras considerações, foi criada pela SVS/MS a Portaria N° 3252 de 22 de Dezembro de 2009 que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e Municípios.⁶

Modelos conceituais do que se chamou de vigilância da saúde já foram propostos há várias décadas e discutidos no país desde os anos 90. Eles estavam solidamente vinculados ao pensamento latino-americano em epidemiologia social; disseminação das propostas de promoção da saúde iniciadas nos anos 70 no Canadá e desde então incorporada pela OMS e vários países; à abertura do conhecimento científico para as questões da complexidade e da interdisciplinaridade; e ao compromisso com a transformação das condições de vida e com a justiça social.⁷

A “Vigilância da Saúde” articula os níveis de prevenção e de organização da Atenção à Saúde, contemplando desde a formulação de políticas intersetoriais e sociais, voltadas à melhoria de condições de vida e saúde, ações de Vigilância Sanitária, Ambiental e Epidemiológica, ações programáticas de controle de doenças, até a assistência ambulatorial e hospitalar. Portanto é um processo complexo, que integra o “enfoque populacional” (promoção) com o enfoque de risco (proteção) e o enfoque clínico (assistência), constituindo-se em uma forma de pensar e agir em saúde.

A implementação de um modelo que integre o controle dos riscos e o controle dos danos, com foco na integralidade das ações, é a bandeira defendida por uma corrente de profissionais de saúde que defendem a construção de um “Sistema de Vigilância da Saúde” como “subsistema” do SUS. Essa transformação exigiria uma mudança na gestão e organização dos três níveis de governo, na formulação de estratégias, no processo de planejamento e nas práticas das vigilâncias.⁸

A consolidação de práticas inovadoras nos cenários reais requer um passo fundamental: a transformação do processo de trabalho, fazendo-se necessária a coerência entre o projeto dos serviços e a proposta educativa em suas dimensões política, técnica e metodológica, de forma que essas iniciativas envolvam instâncias de gestão dos serviços e da população.

Nesse sentido, a articulação ensino-serviço apresenta-se como importante estratégia para efetiva integração entre a teoria e a prática, devendo também se colocar a serviço da reflexão da realidade, possibilitando ao aluno elaborar críticas e buscar soluções adequadas para os problemas de saúde encontrados, guardando-se o compromisso e a responsabilidade com o usuário através do cuidado para a emancipação do outro.⁹

A Vigilância da Saúde constitui uma crítica aos modelos de atenção ainda predominantes que combinam aspectos do modelo médico-assistencial e do modelo sanitaria-campanhista.

Com a redefinição dos sujeitos, objeto, práticas e espaços de atuação, o processo de trabalho em saúde, na perspectiva da vigilância da saúde, incorpora seja no interior das práticas de saúde seja na gestão, o conceito de democracia. Para muitos autores *democracia* é uma modalidade de forma de governo.²

Etimologicamente, o termo democracia provém do grego *demos* – povo – e *kratein* – governo. A democracia tem sua origem na Grécia, no século V a.C, e era entendida como uma forma de governo fundamentada em três direitos essenciais dos cidadãos atenienses: igualdade, liberdade e participação no poder. Da democracia ateniense, cujo exercício se dava por meio das assembléias de cidadãos, passa-se às modernas democracias representativas e participativas. Democracia é termo plurívoco, de difícil conceituação, e por vezes utilizado para justificar ideologicamente a prática de atitudes totalitárias, ou seja, o oposto de seu autêntico significado. Daí se conclui que as democracias são diversificadas, porque refletem a vida política, social e cultural de cada país, podendo o conceito de democracia sofrer perversão em sua essência.¹⁰

Nesse contexto, essa proposta estimula a participação popular na resolução de seus problemas locais, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida individual e coletiva. A perspectiva da participação popular adotada tem como horizonte a autonomia, a liberdade e a emancipação dos sujeitos, na perspectiva da saúde enquanto direito de cidadania.²

Na mesma linha de discussão e procurando um entendimento do que está faltando na Vigilância do SUS, focando a atenção básica, superando os modelos atuais e com o apoio político e participação técnica da SVS, da ENSP e de outros Centros de Formação em Saúde Pública foi discutido pela equipe de pesquisadores da ENSP-FIOCRUZ-RJ o projeto de um Curso/Programa de **Especialização em Formação Docente na Área de Vigilância da Saúde**

voltado para profissionais de nível superior em qualquer área de conhecimento, com experiência de trabalho em serviço/ou ensino em vigilância em saúde.

Este projeto, direcionado inicialmente para docentes nas escolas da rede de escolas estaduais, tem como objetivo maior contribuir para o aumento da competência do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde do SUS em dar respostas adequadas aos crescentes problemas de saúde que vem se acumulando em decorrência do modelo de desenvolvimento da sociedade brasileira.⁷

A organização do currículo deste Curso/Programa tomou as áreas de vigilância da saúde, ensino e pesquisa como eixos centrais que ajudaram a organizar a tematização do curso. A proposta do currículo buscou enfatizar os processos educativos como mediadores da reorganização do processo de trabalho, sendo priorizado a problematização como processo pedagógico.¹¹

Os orientadores de aprendizagem acompanharam e orientaram os discentes durante todo o processo tanto nas aulas presenciais como nos momentos de conexão, antes conhecido como “dispersão”, momento em que os discentes, elaboraram tarefas orientadas por roteiros, no nível local, tomando como base as “iluminações teóricas” constituídas pelos conteúdos das aulas presenciais, textos de leituras obrigatórias e de apoio, atividades consideradas como complementação da carga horária do curso.

Não posso deixar de citar a importante contribuição da secretaria do Curso, colaboradores essenciais de interlocução entre a ENSP e os discentes, disponibilizando informativos, enviando material de pesquisa, entre outras formas de apoio. Esse conjunto de fatores possibilitou um aprendizado de alto nível e evidenciou a competência, o compromisso e a dedicação de toda equipe de pesquisadores e colaboradores na elaboração, organização e desenvolvimento deste o Curso/Programa de Especialização Docente.

Na proposta desse Curso espera-se que entre outras competências possamos nos tornar ser capazes de:

- Elaborar currículo;
- Contribuir na elaboração de uma pauta de problemas;
- Proceder a uma análise de situação de saúde, discutir cenários possíveis e realizar monitoramentos;
- Participar na construção de agenda de prioridades em saúde juntamente a outros atores sociais;

- Desconstruir e reconstruir conceitos e inovar em busca de soluções para os problemas atuais de saúde enfrentados pela população e tentar criar uma conexão que proporcione o entendimento entre nós, agentes de saúde e os usuários do SUS;
- Fortalecer a ESPMT e outros Centros Formadores em Saúde;
- Se posicionar como um agente político e estratégico capaz de realizar transformações na realidade que afeta a situação de saúde local, regional e global;
- Realizar eventos de divulgação desse conceito ou esse novo olhar de vigilância da saúde com enfoque ecossistêmico e de base territorial local;
- Realizar iniciativas individuais de vigilância da saúde junto ao seu território com desenvolvimento de ações em parcerias com associações de bairro e outras instituições/organizações incentivando mudanças de atitude e de comportamento em relação à saúde e ao meio ambiente;

Dessa forma o Curso de **Especialização em Formação Docente na Área de Vigilância da Saúde** se insere numa proposta, de acordo com dos seus elaboradores, de implantar uma Vigilância vinculada à redução das vulnerabilidades, promoção da saúde e controle público e também uma vigilância de base territorial local como componente organizada da assistência, que produza informações sobre a real situação de saúde da população para que a tomada de decisão sobre um problema atual ocorra em tempo real subsidiado por Observatórios, Sala de Situação de Saúde e outros.

Com a finalização do Curso fica claro o alcance dos objetivos propostos e também o desejo coletivo de que os futuros discentes sejam os protagonistas em seus estados da disseminação dessa proposta de vigilância da Saúde, posto que esta especialização conseguiu mudar conceitos e olhares sobre a saúde e que agora precisa mudar lugares objetivando oferecer a população uma melhor qualidade de vida .

Tendo como pano de fundo as questões, os desafios e possibilidades de avanços apontados anteriormente, esta pesquisa objetiva discutir os limites e as potencialidades de se implantar uma Vigilância da Saúde baseado em pressupostos comuns: 1) foco nas pessoas; 2) planejamento para enfrentamento dos problemas; 3) promoção de saúde como ação transversal; 4) articulação das redes de educação, promoção, vigilância e atenção a saúde; 5) avaliação e monitoramento das ações de saúde entre outras.

Para isso, discutimos inicialmente os movimentos já existentes de integralização da saúde tendo como beneficiário o próprio usuário do SUS, a proposta do curso, as

competências e habilidades que deverão ser desenvolvidas pelos futuros docentes na implantação da Vigilância da Saúde.

Em seguida tratamos da contribuição de alguns autores para refletir sobre os processos desenvolvidos no momento das conexões, período nos quais os discentes desenvolveram no seu local de trabalho, atividades orientadas sobre os seguintes temas:

Conexão 1 – “Levantamento de Problemas Locais”;

Conexão 2 – “Pauta de Problemas Locais”;

Conexão 3 – “Construção de Agenda”

“Análise das dificuldades do Curso de Vigilância no contexto da formação docente”.

Na parte final da pesquisa apresentamos a “Relação entre o Papel da Escola, do Docente a ela vinculado e da Vigilância sob a perspectiva dos conceitos explorados ao longo do Curso de Especialização em Formação Docente na Área de Vigilância da Saúde.

2. RELATO TEÓRICO E METODOLÓGICO

2.1. LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS LOCAIS

“A vulnerabilidade faz parte da condição humana, tanto quanto a capacidade que temos de enfrentá-la no exercício da nossa humanidade. Ao analisarmos os riscos ambientais, a vulnerabilidade é expressão simultânea da liberdade humana e do seu abuso. Ela deriva das opções de desenvolvimento econômico e tecnológico, do poder exercido pelos seres humanos sobre outros ou sobre o funcionamento da natureza, que rege e intervém nos ciclos da vida humana e não humana (MARCELO FIRPO PORTO).

A Promoção da Saúde deve ser entendida em seu sentido mais amplo, não somente no entendimento de combate as doenças e delineamento de políticas apenas para dentro do setor saúde, mas sim como uma *“estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas... um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida”* (BRASIL, 2006).¹²

Uma das críticas mais recorrentes ao arranjo das práticas de saúde predominantes na atenção básica diz respeito à centralidade do atendimento na enfermidade e não na pessoa, à falta de diálogo e, principalmente, a dificuldade de apreensão ampliada das necessidades de saúde colocadas pela população atendida.

No modelo proposto pela vigilância, os profissionais não precisam necessariamente dominar todo o conhecimento sobre determinado problema ou agravo em saúde, mas devem, sim, ampliar e redefinir as ações, integrando saberes e práticas das diversas áreas, em caráter complementar, por meio de uma visão abrangente e uma ação integral.

Esses princípios devem nortear a forma de organizar as práticas, por meio de propostas de ação integrada, das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária, ao conjunto de intervenções necessárias.

Mesmo tratando-se de áreas específicas, é preciso que se favoreça a criação de um cenário que não fragmente o campo prático das ações de saúde, mas promova a articulação das estratégias e das ações, propondo respostas à complexidade dos problemas que ocorrem em um dado território.¹³

Embora se possa considerar do ponto de vista técnico-operacional há especificidades que justificam a existência dessas atuais “vigilâncias” não se justifica a sua institucionalização como órgãos separados, particularmente no âmbito do município.

Não podemos deixar de agregar na implantação desse novo modelo, a vigilância sanitária e da saúde do trabalhador, mesmo considerando as suas especificidades, bem como considerar a interação e integração das ações de vigilância com a atenção básica.

Há muito tempo tenta-se concretizar a regionalização e a descentralização das ações de saúde para o âmbito municipal, mas o que se percebe ao longo dos anos é uma incapacidade gestora da atenção e da vigilância da saúde na maioria dos municípios do Estado.

Diversos fatores contribuem para a atual situação, encontrada em muitos estados da federação, tais como: falta de conhecimento por parte dos gestores da necessidade da Análise da Situação de Saúde de determinada população para planejamento das ações/intervenções num enfoque ecossistêmico; falta de planejamento na construção de uma rede de saúde de base territorial local com dada densidade tecnológica e auto-suficiência das ações e serviços de saúde; fragilidade da lógica territorial na formulação de políticas públicas; complexidade do federalismo ocasionando dificuldades na coordenação e cooperação intergovernamental necessário à regionalização; multiplicidade de entes; muitas desigualdades sociais entre outras.

Muitos fatores/dificuldades discutidos em sala de aula pelos grupos de discentes dos vários estados da federação, expondo uma visão nacional, devem ser considerados, para mudar o conceito atual de vigilância para uma vigilância da saúde enfoque ecossistêmico entre eles citamos:

1. Desarticulação do processo de trabalho nas Vigilâncias. Ausência de planejamento conjunto e execução de ações com base nas necessidades loco-regionais;
2. Insuficiência de integração ensino/serviço/pesquisa/extensão;
3. Incompreensão do papel das Escolas no contexto da política de Ed. Permanente;
4. Baixa capacidade de incorporar os sistemas de informação em Vigilância ao processo decisório e de planejamento/formação de políticas no nível estadual;

5. Fragmentação das Vigilâncias e falta de integração dos técnicos;
6. Dificuldade em aceitar mudanças nas práticas pedagógicas nas Instituições Públicas;
7. Pouco acesso dos professores em curso de formação docente;
8. Falta de docentes com experiência em Vigilância;
9. Fragilidade institucional pela inexistência de corpo docente próprio;
10. Desarticulação com a Atenção Básica;
11. Dificuldade sobre a compreensão do campo de conhecimento da Vigilância;
12. Fragmentação das Vigilâncias e dificuldade de inserção das ações de saúde do trabalhador;
13. Integrar as vigilâncias no programa da ENSP, como proposta do novo modelo;
14. Deficiência e insuficiência de quadro qualificado para trabalhar nas ações e na docência na área de vigilância da saúde;
15. Desintegração entre as vigilâncias; entre as Vigilâncias e as instituições formadoras e vice-versa;
16. Propostas formativas que não atendem político-metodologicamente as necessidades de práticas e concepções da Vigilância da Saúde;
17. Precarização de vínculos dificultando a manutenção de quadros e sua qualificação;
18. Predominância de ação normativa e cartorial das Vigilâncias;
19. Insuficiência de pessoal;
20. Valorização da vigilância pelos gestores/população do SUS;
21. Utilização da mídia para dar visibilidade ao objetivo/trabalho da Vigilância (grande mídia);
21. Cultura fragmentada da Vigilância;
22. Falta de cooptação de pessoal Resistência dos técnicos à descentralização;
23. Visibilização/valorização da vigilância pelos técnicos/servidores/funcionários;
24. Veiculação na mídia estar intrinsecamente ligada ao fator econômico (grande mídia);
25. Integração serviço X Academia;
26. Desvalorização da construção do conhecimento da vigilância em saúde;¹⁴

Dentre as atividades a serem desenvolvidas no período de Conexão I, foi realizada uma pesquisa individual sobre: Discussão dos limites, possibilidades e desafios na implantação da vigilância de base territorial local, tomando por referência a abordagem

ecossistêmica e produção de um relatório único por base territorial local da síntese desse trabalho.

Em relação à primeira aproximação dos atores locais dirigentes das ESP e Centro Formadores e da área da Vigilância em Saúde, foi realizado pelo grupo de alunas de MT uma apresentação da proposta e objetivos do Curso na reunião do CIES, finalizando com duas questões elaboradas para reflexão dos participantes:

1 – Como você vê questão da Vigilância da Saúde na perspectiva da formação a partir da sua prática?

2- Qual será a metodologia de serviço e análise da situação de saúde mais adequada a produção de conhecimento em Vigilância da Saúde para o serviço com base territorial local?

As experiências vividas e dialogadas nos levam a crer que existe grande possibilidade de implantação da Vigilância da Saúde levando em consideração os depoimentos colhidos dos gestores envolvidos nesse processo.

É um desafio para todos nós. Fica clara a expectativa que os coordenadores instrutores e orientadores desse curso têm em relação aos futuros docentes e quanto à implantação dessa Vigilância nos estados.

Em relação à pesquisa realizada com os diversos atores sociais em MT, sobre a implantação de uma Vigilância da Saúde de Base Territorial Local com Enfoque Ecológico, destaca-se que os **limites** estão principalmente na dificuldade de aceitar o novo; na integração ESP e Vigilâncias; das vigilâncias entre si; das vigilâncias e a atenção básica; em obter financiamento “novo”; comprometer gestores e outros atores sociais.

Dentre as **possibilidades** podemos citar: O momento da realização da Capacitação/Formação Pedagógica, oferecida pela ESP aos futuros docentes, poderá ser um espaço de disseminação do conceito de Educação Permanente em Saúde; Integração das faculdades da área da saúde e Instituto de Saúde Coletiva - ISC para definição metodológica, de conteúdo e prática de saúde coletiva para a graduação (Medicina, Nutrição e Enfermagem); Pet-Saúde, Pet-Vigilância, Política de extensão da Universidade; Acumulo de conhecimento sobre as dificuldades e potencialidades dos cursos ofertados pela Escola (07 dissertações de mestrado produzidas entre 2007 a 2009); oportunidades disponibilizadas pelas ações do Telessaúde, do Curso de Formação de Gestores a distância um Curso de Vigilância da Saúde em andamento; diagnóstico da pesquisa realizada pelo ICICT/FIOCRUZ que aponta os problemas de comunicação da Secretarias Estaduais de Saúde entre outros.

Consideramos como **Desafios:** Constituir instâncias de informação, educação e comunicação em saúde, articuladas a política de promoção, em todos os níveis de gestão; Incorporar as propostas das dissertações de Mestrado para transformação do processo de trabalho das Secretarias de Saúde; Horizontalizar a relação de integração ensino-serviço; Incorporar os conhecimentos produzidos no planejamento das ações e nas práticas dos serviços de saúde; Institucionalização da Vigilância da saúde, diminuindo a vulnerabilidade da gestão às variações dos contextos políticos; Institucionalizar as práticas de Educação Permanente nos Serviços de Saúde; Rever a formatação das Oficinas pedagógicas da Escola introduzindo a discussão de Educação Permanente; Incorporar a Educação Popular na qualificação dos docentes da Escola, bem como, nos materiais didático-pedagógicos de todos os cursos; Trabalhar com tecnologias de Ensino a Distância - EAD como forma de descentralizar as ações e disseminar o conceito de Educação Permanente em Saúde -EPS e de Vigilância em Saúde- VS; Romper com a concepção que a população e profissionais de saúde possuem da saúde com ausência de doença; Fortalecer o diálogo dos movimentos sociais com a gestão do SUS e as instituições de ensino de forma democrática; articular-se em redes entre outros.¹⁵

Segundo Acioli (2007) os fundamentos do conceito de redes tem base nos campos da sociologia, antropologia, informação e comunicação, que, de acordo com a autora reflete o panorama histórico em que foi articulada e apreendida a noção de redes ao longo dos anos. Outro aspecto relevante, para entender a manifestação das redes no meio social, é o crescimento exponencialmente da comunicação mediada por computador, que proporciona a maior interação social entre os indivíduos. As comunidades virtuais que estão proliferando no espaço virtual vêm a compreender o quão potente é o laço social de comunicação entre os indivíduos no processo de construção do conhecimento (LÉVY, 2001).¹⁶

O estabelecimento de organização em rede é o ponto de partida fundamental para a efetivação da vigilância da saúde, para tanto consideramos alguns movimentos fundamentais:

- Articulação dos atores que estão desenvolvendo projetos de/em vigilância da saúde;
- A introdução da discussão da vigilância da saúde nos diversos fóruns, comissões e conselhos;
- A valorização e resgate de profissionais da rede, em especial aqueles de nível local, que têm um envolvimento técnico e político com a construção do SUS e;
- O fortalecimento da participação social.

A construção dessa rede deve ser direcionada a minimizar as vulnerabilidades, a construção de conhecimentos e intervenções que realmente beneficiem a população, considerando a complexidade da realidade, ultrapassando fronteiras e desenvolvendo estratégias para lidar com as incertezas, os imprevistos e com os conflitos. Neste sentido, o enfoque ecossistêmico apresenta-se como uma alternativa estratégica a ser construída a médio/longo prazo.¹⁵

2.2. PAUTA DE PROBLEMAS LOCAIS

“O espaço deve ser considerado como um conjunto indissociável de que participam, de um lado, um certo arranjo de objetos geográficos, e de outro, a vida que o preenche e anima, ou seja, a sociedade em movimento” (SANTOS, 1988).⁴⁵

Os riscos à saúde e ao meio ambiente decorrentes do desenvolvimento econômico e tecnológico, estejam eles presentes nos ambientes onde as pessoas trabalham, moram ou circulam, podem ser pouco ou muito graves. Mas o maior perigo reside justamente quando as pessoas - sejam trabalhadores, moradores ou cidadãos -, comunidades e a sociedade como um todo expostas a eles não são capazes de analisá-los e enfrentá-los adequadamente, intervindo em suas origens mais profundas.¹⁷

Nos últimos 50 anos, entre 1960 a 2000, os humanos mudaram os ecossistemas mais rapidamente e extensivamente do que em qualquer outro período da história o que ocasionou o crescimento em dobro da população global e com isso o crescimento excessivo da economia; demanda por alimentos; consumo de água; mudanças complexas no ecossistema.

Essas mudanças trazem importantes consequências para os seres humanos como eventos catastróficos mais intensos e freqüentes; doenças emergentes e reemergentes; poluição dos corpos hídricos por falta de saneamento, agrotóxico e produtos industriais entre outras ocasionando a população viver com incertezas/riscos.

Frente a esse cenário é preciso pensar novas abordagens para a área de saúde das populações de forma mais integrada como expomos a seguir:

- Análise de vulnerabilidades sociais e ambientais locais nos territórios em articulação com problemas de saúde como estratégia de incorporar os determinantes sócio-ambientais;
- Articulação com sociedade civil e movimentos sociais através da integração da saúde com sustentabilidade e luta pela democracia e direitos humanos fundamentais; movimentos por justiça ambiental (sociedades ambientalmente sustentáveis e socialmente justas)

- Novos instrumentos de análise em termos de Espacialização (georreferenciamento, construção de mapas de risco e vulnerabilidades), territorialização (relações de poder, fixos e fluxos), produção de cenários futuros.
- Mediação da Vigilância dos Fatores e Eventos de Risco para a Vigilância do Território e dos Modelos de Desenvolvimento.¹⁸

Muito além de ser meramente o espaço político- operativo do sistema de saúde, o território do distrito sanitário ou do município, onde se verifica a interação população-serviços no nível local, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. Essa proposta, contida no novo modelo de vigilância em saúde, é justificada pelo agravamento das desigualdades sociais associado a uma segregação espacial aguda, que restringem o acesso da população a melhores condições de vida.¹⁹

Segundo Minayo (2008) a vigilância da saúde de base territorial local, tomando por referência a abordagem ecossistêmica surgiu da necessidade da implantação de um modelo diferente do tradicional que não tem podido melhorar o bem- estar, a saúde e as condições sanitárias da população pobre e criar um mundo mais solidário a todos.

“O denominado *enfoque ecossistêmico da saúde humana* busca, precisamente, realizar teórica e praticamente a integração interdisciplinar da saúde do ambiente por meio do desenvolvimento de ciência e da tecnologia, gerada e aplicada em consonância com gestores públicos, privados, com a sociedade civil e os segmentos populacionais afetados”, Minayo (2006) baseia-se em três pilares fundamentais:

- 1) A *transdisciplinaridade*, na abordagem em questão, é uma exigência epistemológica para lidar com a complexidade da interação dos vários componentes sociais, econômicos e ambientais do ecossistema, sobretudo quando não se pretende, apenas, diagnosticar problemas, mas também encontrar soluções para eles.
- 2) O conceito de *participação social* utilizado nessa estratégia diz respeito a integração de todos os interessados e responsáveis na construção do conhecimento e na solução dos problemas. Por isso, esse conceito abrange a noção de “participação popular” na medida em que inclui as pessoas do povo que estão sofrendo os problemas de saúde e ambiente.

3) A *equidade de gênero* diferencia sexo - o *status* biológico de ser homem ou mulher - daquilo que são os atributos socialmente construídos nas relações entre eles. Leva em conta o fato de que homens e mulheres, na vida social e nos processos de trabalho e de criação de riqueza, têm papeis específicos.

Três dimensões epistemológicas diferenciam as teorias tradicionais do enfoque sistêmico:

- 1) a idéia de simplicidade dos fenômenos é substituída pela noção de complexidade;
- 2) a noção de estabilidade e de regularidade é contraposta à noção de instabilidade do mundo dos seres vivos;
- 3) a crença na objetividade dá lugar à noção de intersubjetividade na constituição da realidade e de sua compreensão”.²⁰

Diante desse contexto é necessário que se construa uma vigilância das condições de vida e saúde de base territorial que promova a saúde, a vida e a democracia, pensando no território com suas particularidades; produzindo conhecimento de forma interdisciplinar inclusive utilizando o saber popular; pensar problemas mais amplos do território envolvendo múltiplos atores como sociedade civil, movimentos sociais, diversos setores do SUS e do governo; construindo pautas e agendas baseada em cenários presentes e futuros e articuladas em redes com a participação popular e de outros atores sociais, análise de situação da saúde entre outros.

Um dos produtos da Concentração II, deste curso foi a elaboração de um trabalho individual de campo: “Construção de pauta para vigilância da saúde no nível local” por meio de um roteiro orientador.

A construção da pauta deveria ser direcionada para problemas do cotidiano da atuação prática do discente, de uma dimensão de risco a população num território tomando como base os indicadores ou estatísticas conhecidos.

A extensão territorial do Mato Grosso é de 903.357,908 quilômetros quadrados, conforme contagem populacional realizada em 2007 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), totaliza 2.854.642 habitantes distribuídos em 141 municípios. O crescimento demográfico é de 2,4% ao ano, a densidade demográfica é de aproximadamente 2,8 hab/km². A população mato-grossense se distribui de forma desigual, com desertos demográficos ao norte e áreas urbanas populosas, como Cuiabá e Várzea Grande.

Cerca de 94% dos municípios mato-grossenses jogam resíduos de serviços de saúde – RSS em “lixões” a céu aberto, com risco de contaminação de lençóis de água, solo, ar, de animais e pessoas por agentes biológicos patogênicos (vírus, bactérias, protozoários e fungos), agentes químicos entre outros.

Conforme informações da Secretaria de Estado de Meio Ambiente – MT (Sema-MT), somente 9 (nove) cidades do estado possuem licença de operação para aterro sanitário e que, portanto, contam com valas sépticas para destinação final dos resíduos advindos da saúde humana e veterinária, nas esferas públicas e privada. Ainda assim, nem todos estão operando dentro de padrões técnicos ideais.

Um relatório divulgado pela Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais (Abrelpe) mostra que todos os dias, laboratórios, hospitais e farmácias geram 16,63 toneladas de resíduos de serviços de saúde (RSS) em Mato Grosso, sendo 80% de contaminação biológica e o restante, química, que apesar de menor quantidade é de igual periculosidade.

Nesse contexto escolhi o tema “Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde- RSS em Unidades Desconcentradas da SES-MT” por ser um problema que saúde pública, expondo a população e o meio ambiente a alto risco de contaminação, e por ser uma das áreas da minha atuação, como técnica de Vigilância Sanitária onde se inserem ações de inspeções/fiscalizações/normatizações entre outras.

A reunião para construção da Pauta de Problemas sobre a Gestão de RSS ocorreu na sede da Empresa que presta serviço de coleta, transbordo e disposição dos resíduos, para as Unidades Desconcentradas de Saúde do estado e fizeram parte dessa discussão os técnicos fiscalizadores do contrato que a SES mantém com a empresa, técnicos da VISA, técnico da área jurídico e representante da Empresa.

Os seguintes problemas foram discutidos: A não descaracterização dos resíduos depositados no seu destino final; veículo de transporte aberto; falta de assiduidade na coleta das unidades; armazenamento provisório destinados aos RSS irregular perante as normas entre outros. Nessa primeira reunião foram discutidos os principais problemas que interferem na Gestão de RSS, e os considerados prioritários foram analisados elencando-se as possibilidades, desafios e propostas de solução:

1. Nas licitações do estado para contratação de serviços existe pouco envolvimento das áreas técnicas a fim;
2. A maioria dos contratos de prestação de serviços, pós licitação, é elaborada pela área jurídica sem a participação da área técnica a exemplo do RSS;
3. Dificuldade da implantação/implementação por algumas unidades do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS;

4. Pouco conhecimento das legislações RDC 306/2004 da ANVISA e 358/05 CONAMA pelos gestores de algumas unidades e pouca ou nenhuma capacitação dos profissionais envolvidos no manejo dos RSS nas unidades de saúde ;
5. Ausência de reuniões/Fóruns entre os gestores e técnicos das unidades locais/regionais com gestores e conselhos municipais para identificação e discussão das dificuldades encontradas no gerenciamento de RSS e compartilhamento de idéias inovadoras para minimização dos riscos;
6. Pouco envolvimento dos gestores na resolução dos problemas de má qualidade na gestão dos RSS da empresa contratada apontados pelos técnicos fiscalizadores do contrato nas unidades geradoras.

Dentre as possibilidades foram consideradas: o empenho e persistência dos técnicos fiscais do contrato em resolver as irregularidades detectadas; integração dos atores presentes na reunião e disponibilidade de dar encaminhamentos da pauta de discussão e possibilidade de rescisão contratual por má gestão dos RSS.

Entre os limites destacou-se a dificuldade de estabelecer relações intersetoriais, para o desenvolvimento de ações voltadas para redução das vulnerabilidades; dificuldade de agendar reunião durante os horários de trabalho interferindo nas atividades de rotina da unidade e decisão de intervenção na empresa pelo gestor estadual tendo como base os relatórios dos técnicos fiscais do contrato.

Entre os desafios estão: fortalecer as ações da equipe técnica de fiscalização de contratos com a participação de técnicos da Vigilância em Saúde, área jurídica, ambiental, representantes do controle social e outras áreas afins; agendar reuniões mensais sobre o tema resíduos de serviços de saúde com instâncias colegiadas como conselhos de classe, sindicatos, e outros atores para discussão e encaminhamentos sobre RSS; mobilizar os atores sociais que participaram da construção da pauta com objetivo de responsabilizar o gestor estadual e das unidades de saúde quanto a gestão dos RSS e as consequências de uma má gestão.

A reunião agendada para o mês de setembro/2010, para dar continuidade às ações foi adiada, levando-se em consideração as diversas atividades dos participantes e demonstrando a dificuldade no nível local da construção de pautas.

A Pauta de Problemas Locais, objetiva identificar problemas críticos na perspectiva de uma ator social sendo um estudo qualitativo, tornando-se um bom instrumento de gestão, resolução ou minimização dos problemas de saúde de um determinado território bem como de avaliação das ações propostas.

É importante que a pauta seja instituída como prática nos serviços de saúde com envolvimento de todos os atores sociais não somente no âmbito do SUS para que se torne um instrumento para resolver/minimizar os problemas de saúde da população e a manutenção da melhora das suas condições de vida.

Ao elaborar uma pauta de problemas devemos ter sempre em mente estas questões:

1. O que seria uma Pauta?
2. Por que se elaboraria?
3. Para que serviria?
4. Quem elaboraria?
5. Como se elaboraria?
6. Como se desdobraria?
7. Quais seriam os elementos básicos constitutivos?

Lembrando que os elementos básicos constitutivos na construção de uma pauta são: o (re) conhecimento do território; a identificação, envolvimento e articulação entre os atores interessados (parcerias); a identificação dos problemas com os quais lidar, mirando respostas, alternativas e soluções; adequação dos dados a serem utilizadas; identificação das fontes a partir das quais buscar os dados; utilização de Indicadores, considerando a pertinência da construção de um Sistema de Monitoramento e delineamento das categorias com as quais trabalhar.²¹

2.3. CONSTRUÇÃO DE AGENDA

“A análise de vulnerabilidades funciona como um elemento estratégico para que os riscos (**à saúde**, grifo nosso) sejam contextualizados em estratégias mais amplas de prevenção e promoção da saúde e possam ser discutidas de forma mais coletiva e efetiva. Uma cartografia das vulnerabilidades implica não só o mapeamento de grupos populacionais e territórios vulneráveis em situações de risco particulares, mas também análises que esclareçam processos que geram ou contribuem para tais vulnerabilidades e que iluminem a criação de estratégias para a sua superação.”
Marcelo Firpo Porto, 2007.

A análise de situação de saúde das populações (ASIS) é referenciada por Castellanos, como um dos campos de aplicação da epidemiologia na Saúde Pública consiste na descrição e explicação do perfil dos problemas prioritários de saúde de uma população e é um aporte básico para a definição de políticas, estratégias e planos de saúde. A ASIS está intimamente

vinculada com os processos de planificação estratégica e de decisão política nos diferentes níveis de decisão: local, subnacional, nacional e internacional.

As interações em populações humanas acontecem em espaços institucionais: famílias, bairros, escolas, locais de trabalho, organizações sociais, províncias, países e outros cada um dos quais se constitui assim, um espaço de observação para a análise de situação de saúde de intervenção para a saúde pública. Um importante desafio é desenvolver metodologias adequadas à complexidade do objeto de estudo, porém operativamente simples ao alcance dos trabalhadores de saúde.

Nas sociedades contemporâneas, o Estado constitui o mais importante agente regulador da reprodução social de indivíduos e populações.²²

De acordo com, Sabroza os serviços públicos de saúde têm também que assumir sua dimensão comunitária, já que estão na interface do circuito inferior com as políticas e estado podendo atuar como instrumento de controle social ou na promoção da saúde. Uma aproximação entre serviços públicos e práticas assistenciais comunitárias já está ocorrendo, como exemplificam certos projetos de atenção integral a crianças e os programas de médico da família.²³

Atualmente, a idéia sobre as políticas públicas saudáveis é de compromisso político e técnico. O compromisso político é de situar a saúde no topo da agenda pública. O compromisso técnico é de enfatizar como foco de intervenção os fatores determinantes do processo saúde-doença.

Nesse contexto, dentro do paradigma da sustentabilidade, que emergiu na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, em 1992 (Rio 92), o conceito de produção sustentável pode ser entendido como: *“produção e serviços usando processos e sistemas que não poluam, conservando energia e recursos naturais, sejam economicamente viáveis, seguros e saudáveis para os empregados, comunidades e consumidores, recompense socialmente os trabalhadores e estimule a sua criatividade”*.

Para a obtenção de mecanismos de aferição dos progressos obtidos dentro desta produção, são utilizados indicadores, que simplificam e substituem dados muito extensos e textos descritivos por medidas estabelecidas de comum acordo, além de possibilitar a visualização das tendências através do tempo. Os indicadores são propostos como instrumentos de representação da informação, que permitem organizar, sintetizar e utilizar informações, úteis ao planejamento, ao estabelecimento de metas e ao controle do desempenho, viabilizando, assim, a análise de decisões estratégicas e a tomada de decisão.²⁴

Além da sua relevância para discussão da agenda da política social, de sua validade em representar o conceito indicado e da confiabilidade dos dados usados na sua construção, um indicador social deve (WHO, 1996; JANNUZZI, 2001):

- ✓ Ter um grau de cobertura populacional adequado aos propósitos a que se presta;
- ✓ Ser sensível a políticas públicas implementadas;
- ✓ Ser específico a efeitos de programas setoriais;
- ✓ Ser inteligível para os agentes e públicos-alvo das políticas;
- ✓ Ser atualizável periodicamente, a custos razoáveis;
- ✓ Ser amplamente desagregável em termos geográficos, sociodemográficos e socioeconômicos;
- ✓ Gozar de certa historicidade para possibilitar comparações no tempo.²⁵

A sala de situação de saúde é outra *ferramenta que favorece o uso da informação em saúde para a tomada de decisões*. Uma ferramenta, posto que se trata de proposta de trabalho que facilita a tarefa de analisar a informação sanitária e vinculá-la à gestão de governo em saúde. Assim, a sala de situação de saúde apóia processos decisórios em duas direções: por um lado, serve ao gestor (geralmente um secretário municipal, estadual ou próprio Ministro da Saúde) para seguimento ou avaliação de políticas e programas de saúde; e por outro lado, subsidia a decisão que a equipe da sala realiza e que culmina nas unidades básicas de saúde, onde se gera o dado primário. As decisões nesses espaços, traduzidas como reuniões de seguimento, tais como as de comitês de investigação de morte infantil e materna, por exemplo, são determinantes para o processo de gestão do dado, de informação em saúde, e permite um processo dinâmico de planejamento, intervenção e avaliação.

Cada vez são mais freqüentes os “Observatórios de Saúde” (OSP) que têm como objetivo usar e analisar informação para favorecer as políticas e programas de saúde. Segundo dicionário da língua portuguesa, observatório é um lugar de onde se observa qualquer coisa. Portanto um espaço que não se destina a fazer intervenções em saúde, e essa parece ser a principal diferença entre observatórios e salas de situação.

No Brasil em 1996, foi criada pelo Ministério de Saúde e a OPAS a Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA), que congrega 30 instituições responsáveis por informação em saúde no Brasil, com o objetivo de produzir subsídios para políticas públicas de saúde.²⁶

A informação é instrumento essencial para a tomada de decisões, ferramenta imprescindível à Vigilância da Saúde, por ser o fator desencadeador do processo “informação-decisão-ação”. Os Sistemas de Informações de Saúde desempenham papel relevante para a organização dos serviços, pois os estados e os municípios de posse das informações em saúde

têm condições de adotar de forma ágil, medidas de controle de doenças, bem como planejar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, subsidiando a tomada de decisões.²⁷

Diante desse contexto, verificamos que são várias as ferramentas que podem e devem subsidiar os gestores na construção de políticas públicas e agendas de saúde em parcerias com outros atores sociais.

A agenda governamental, para Kingdon, é definida como o conjunto de assuntos sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção num determinado momento. Uma questão passa a fazer parte da *agenda governamental* quando desperta a atenção e o interesse dos formuladores de políticas.

No entanto, em virtude da complexidade e do volume de questões que se apresentam a esses formuladores, apenas algumas delas são realmente consideradas num determinado momento. Estas compõem a *agenda decisional*: um subconjunto da agenda governamental que contempla questões prontas para uma decisão ativa dos formuladores de políticas, ou seja, prestes a se tornarem políticas.²⁸

Em um processo completo de tomada de decisão, como aquele que envolve a elaboração e a promulgação de uma lei e, portanto, todos os poderes constituídos, podemos distinguir as seguintes fases:

1. Surgimento de um problema que inquieta a sociedade ou o governo.
2. Inclusão da questão na agenda de governo para resolução.
3. Formulação da política em questão e decisão sobre a alternativa de solução.
4. Implementação da política.
5. Seguimento, avaliação e correção de rumos.²⁹

A Agenda Estratégica da Saúde é produto do processo de planejamento da Secretaria da Saúde do Estado que explicita as metas pactuadas pelas áreas técnicas para o biênio. Pretende-se por meio desta o alcance dos compromissos assumidos pelo Governo do Estado com a população para o período de 04 anos, reafirmados no Plano Estadual de Saúde – PES.

A construção de uma Agenda Estratégica no âmbito de uma Secretaria da Saúde de Estado, no contexto atual, permite, dentre outras coisas, uma aproximação entre os desejos/intenções dos gestores às condições reais de execução do plano proposto. A cada exercício, a definição das metas é precedida da avaliação da execução das ações anteriormente determinadas, bem como, dos condicionantes e determinantes que influenciaram direta e indiretamente sua execução, conseqüentemente, os resultados auferidos.³⁰

O Conselho de Saúde, quando participativo na construção da Agenda estratégica da Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da saúde propiciando o seu controle social.

Um dos exercícios da 3ª Conexão do Curso foi à construção compartilhada de agenda de ações na forma de dramatização. Os discentes deveriam tipificar o território e selecionar um problema prioritário pactuado por base territorial. Os alunos dessa base territorial constituída por quatro dos nove estados que compõe a Amazônia Legal entre eles o Mato Grosso, Amazonas, Acre e Roraima optaram pelo tema “Queimadas” das florestas por se tratar de um evento cíclico comum a essa região. As queimadas atribuídas principalmente às atividades de agropecuária e madeireira trazem inúmeros impactos ambientais como grandes emissões de CO2 e de particulados, severos danos ao solo, ameaça aos animais e à saúde humana.

Para finalizar este eixo de discussão apresentamos abaixo, um diagrama que sintetiza algumas problematizações sobre a construção de Agendas a, lembrando que existem outros modelos a serem seguidos. Na formulação das Agendas deve-se considerar a Agenda Governamental e Agenda de Decisão, e ter clareza que o método e a metodologia aplicados podem interferir no resultado direcionando as soluções.



Figura 1 – Problematização sobre Agenda.

Fonte: Fernando Manuel Bessa Fernandes ³¹

2.4. ANÁLISE DAS DIFICULDADES DO CURSO DE VIGILÂNCIA NO CONTEXTO DO TRABALHO DOCENTE

A formação superior dos profissionais de saúde, parte integrante do sistema educacional brasileiro, tem sua inspiração no modelo industrial, que, segundo Mosé (2008), é como uma linha de montagem de uma fábrica: as diversas disciplinas, sem conexão umas com as outras, são partes de um mundo que está distante do estudante.

Com esta configuração, a educação é essencialmente passiva, fundada no acúmulo de dados e os espaços de formação que, além de isolados do mundo e da vida, nomeiam de “grade” o currículo e de “disciplina” os conteúdos.

A maior parte dos currículos dos cursos de graduação na área da saúde se organiza, ainda hoje, em uma estrutura disciplinar, na qual os ciclos básicos e profissionais são completamente separados. As disciplinas são fragmentadas e estanques e, geralmente, incapazes de aproveitar as referências correlatas entre algumas delas.

A organização disciplinar na formação em saúde apresentando os conhecimentos fragmentados e fora do contexto induz a uma formação reducionista, recortada e procedimento – centrada dos profissionais da saúde, além de favorecer o pensamento unidimensional. Com base nesses aspectos, optou-se por refletir sobre a ultrapassagem da lógica disciplinar com base em dois referenciais: (1) a inter/trans/metadisciplinaridade e (2) a complexidade.³²

Segundo Silva (2005) as teorias tradicionais, ao aceitar mais facilmente o *status quo*, os conhecimentos e saberes dominantes, acabem por se concentrar em questões técnicas. As teorias críticas e pós- críticas de currículo estão preocupadas com as conexões entre saber, identidade e poder.³³

Citando Rovai (2004) para a formação do cidadão produtivo e transformativo impõem-se soluções alternativas aos modelos epistemológico e metodológico assentados em um concepção positivista e de fundamentação psicológica behaviorista e a busca de abordagens integradoras numa perspectiva sistêmica que se preocupa em compreender as relações e a integração das partes disciplinares em uma totalidade, própria do organismo vivo. O homem é uma totalidade em conexão com outros sistemas vivos que compõe o ecossistema. A educação deve voltar-se a essa referência que parece esquecida ou ainda ignorada.³⁴

Philippe Perrenoud (2002) cita que ao contrário do que se imagina o caráter universitário de uma formação profissional não garante, *ipso facto*, sua orientação para a

prática reflexiva. A formação de “profissionais reflexivos” deve se tornar um objetivo explícito e prioritário em um currículo de formação de professores; em vez de ser apenas uma familiarização com a futura prática, a experiência poderia, desde a formação inicial, assumir a forma simultânea de uma *prática “real” e reflexiva*.³⁵

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004) o SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modo de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Tem sido capaz de provocar importantes repercussões estratégicas e modos de ensinar e aprender sem que, no entanto, se tenha formulado uma forte potência aos modos de fazer formação. No máximo se interpuseram fatores críticos, ao se revelar a necessidade de re-formar os profissionais para atuar no SUS. Formados estavam para atuar onde?³⁶

Diante desse contexto, concluo que a ausência de uma política de educação voltada aos os profissionais do SUS principalmente nos cursos de Graduação da área de saúde tende a oferecer a esse futuro profissional /docente conhecimentos fragmentados e fora do contexto, ausência de preparação propedêutica, além de não incentivar a pesquisa como princípio científico e educativo.

Os currículos tradicionais não formam profissionais reflexivos e nem favorecem condições de serem construtores do conhecimento novo e agente de mudança da sociedade com consciência que o homem é uma totalidade em conexão com outros sistemas vivos que compõe o ecossistema.

Assim temos que considerar que o profissional /docente deve possuir domínio teórico, experiência prática, possuir versatilidade metodológica, saber lidar com dados empíricos, saber dialogar com a realidade e criar espaços alternativos de sua compreensão e intervenção.

Iniciativas como criação de cursos de graduação em saúde coletiva, como o da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT em 2010, surgem da necessidade de formar profissionais responsáveis por organização de sistemas de saúde para atender as necessidades da população, com base no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, contribuir para ações de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica. Assim, o profissional de Saúde Coletiva é o ator estratégico para realizar a melhoria da gestão das políticas e ações de saúde.

A graduação nessa área é a primeira do Estado e uma das poucas no País, podendo-se citar, entre as universidades que o oferecem, as federais do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Bahia (UFBA). A criação foi proposta pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFMT, que já possui o curso de mestrado e aprovada pelo Conselho de Ensino, pesquisa e Extensão (Consepe).

Outra iniciativa do Ministério da Saúde através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES – apresenta o perfil de competências e o marco de orientações curricular para o curso Técnico em Vigilância em Saúde.

A definição destas diretrizes e orientações fundamenta-se nos princípios filosóficos e operacionais do SUS e tem como premissa atender as responsabilidades e competências dos Sistemas Nacionais de Vigilância em Saúde e Vigilância Sanitária atreladas à observância das bases políticas e legais do Ministério da Educação.³

Conclui-se diante do exposto que muitas são as dificuldades para a formação docente em vigilância da saúde no contexto das políticas públicas, no envolvimento das instituições formadoras, na gestão do SUS, no ensino e aprendizado por competências, no trabalho em rede, no comprometimento do docente/discente enquanto ator social na responsabilidade de oferecer saúde e qualidade de vida a população.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

3.1. PAPEL DA ESCOLA NA IMPLANTAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA VIGILÂNCIA DA SAÚDE DE BASE TERRITORIAL LOCAL

O Estado de Mato Grosso está inserido na região Centro-Oeste com área total de 903.357,908 km² e tem uma população de 3 033 991 habitantes, com a densidade demográfica em torno de 3,36 hab./km² e registrou em 2010 um PIB de R\$ 42.687 bilhões e o PIB per capita de R\$ 14.954. No contexto da região Centro-Oeste encontra-se Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, que possui aproximadamente 551 350 habitantes distribuídos em um área de 3.538 km² (IBGE, 2010).⁵⁰

A Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso - ESPMT situada em Cuiabá capital do Estado é caracterizada como Escola de Educação Profissional de nível técnico e superior na área de saúde e tem como finalidade desenvolver programas de Educação Profissional Técnica de Nível Médio, Pós Graduação *Lato Sensu*, Educação Permanente e Continuada em Saúde, vinculados ao Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso.

As Escolas de Saúde Pública e Escolas Técnicas passaram a ocupar, durante a década de 90, o espaço de profissionalização da força do trabalho no interior do Sistema de Saúde, com o apoio das Universidades, ocorrendo uma completa reformulação na oferta educativa nacional, principalmente no plano da educação profissional de nível médio pela implantação do projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.³⁷

Em 2000, por meio da Portaria Ministerial 1.298, houve a institucionalização da Rede das Escolas Técnicas do SUS – RETSUS composta por 37 escolas distribuídas em todo o território nacional.

A Educação profissional em Saúde teve ênfase em 2002, com a implantação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem-PROFAE.

Este projeto veio contribuir significativamente com a formação de profissionais de nível médio no Estado de Mato Grosso, oferecendo apoio financeiro para aquisição de equipamentos para a formação de auxiliares e técnicos de enfermagem, qualificação do Agente Comunitário de Saúde e Redução da Mortalidade Materna e Infantil.

A partir da experiência do PROFAE, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Formação de Nível Médio para a Saúde - PROFAPS, este projeto tem como objetivo

qualificar e /ou habilitar trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o setor da saúde já inseridos na rede de serviços no SUS, num período de 8 anos.

O propósito do PROFAPS é contribuir para a melhoria da Atenção Básica e Especializada, capacitando trabalhadores nas áreas: Técnico em Radiologia, Análises Clínicas, Citologia, Hemoterapia, Manutenção de Equipamentos, Técnico em Higiene Dental, Prótese Dentária, **Vigilância em Saúde**, Técnico em Enfermagem, Auxiliar de Saúde Bucal, Qualificação do Agente Comunitário de Saúde (formação inicial), Cuidador de Idosos, Técnico em Biodiagnóstico, Técnico em Manutenção de Equipamentos, Técnico em Vigilância Ambiental, Especialização Técnica para Assistência de Enfermagem e Diálise.

Atualmente a ESP- MT está desenvolvendo 04 (quatro) Cursos do PROFAPS sendo um deles o Curso Técnico de Vigilância da Saúde.

A metodologia da problematização, proposta por Margueret, é indicada pelo Ministério da Saúde e utilizada pela ESPMT como orientação didático-metodológica para política de educação permanente nos cursos de Formação Técnica de Nível Médio dos profissionais de saúde.³⁸

As “Diretrizes e Orientações para a Formação de Técnico em Vigilância em Saúde elaborado pelo Ministério da Saúde por meio do Departamento da Gestão da Educação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - DEGES/SGTES/MS, 2011 foi construído em conjunto com os estados.

Elenca dentre seus pressupostos, subsidiar as instituições formadoras na definição de um projeto político pedagógico onde a proposta curricular seja formulada e desenvolvida com base em competências, observando as diretrizes consignadas na Política Nacional de Educação além de instituir fundamentos para a Formação do Técnico em Vigilância em Saúde na perspectiva de um desempenho profissional ampliado e coerente com as políticas e estratégias desenvolvidas pelo SUS.³⁹

A partir de suas diretrizes é possível realizar a adequação para o Estado de Mato Grosso adaptado às diversidades loco - regional e com propostas do grupo de docentes do Curso de Especialização em Formação Docente em Vigilância da Saúde junto a Coordenadoria de Formação Técnica em Saúde da ESP MT.

Diante do contexto e considerando os conceitos inter e transdisciplinaridade, vulnerabilidade, enfoque ecossistêmico em saúde, iluminações teóricas e a proposta de indicar alternativas para a implementação da Rede no processo ensino - aprendizagem, essa discussão

trouxe a necessidade de rever o papel da Escola, do Docente a ela vinculado no desenvolvimento de uma vigilância de base territorial local.

Do ponto de vista da necessidade da construção e consolidação de uma Vigilância da Saúde vinculada a Atenção Básica, a Promoção da Saúde e ao Controle Social, são muitos os desafios os quais demandam e impulsionam novas concepções e práticas que visem à redução dos problemas e vulnerabilidades sócio-ambientais em estreita articulação com a construção da democracia e da cidadania em relação às formas de se produzir conhecimentos e de se construir e implementar políticas públicas.

Nesse cenário temos as Escolas de Saúde Pública e Centro Formadores como palco dessa construção uma vez que possuem as condições pedagógicas, tecnológicas e operacionais para realizar o processo formativo, e com poder de transformação do saber, exercendo seu papel e função na efetivação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde através da qualificação da força de trabalho, incluindo nesse contexto a elaboração de currículos.

Segundo Silva (2005) nas discussões cotidianas quando pensamos em currículo, pensamos apenas em conhecimento, esquecendo-nos de que o conhecimento que constitui o currículo está inextricavelmente, centralmente, vitalmente envolvido naquilo que somos, naquilo que nos tornamos: na nossa identidade, na nossa subjetividade.

Da perspectiva pós-estruturalista, podemos dizer que o currículo é também uma questão de poder e que as teorias do currículo, na medida em que buscam dizer o que o currículo deve ser não podem deixar de estar envolvidas em questão de poder.

É precisamente a questão de poder que vai separar as teorias tradicionais das teorias críticas pós-críticas do currículo. As teorias tradicionais ao aceitar mais facilmente o *status quo*, os conhecimentos e os saberes dominantes, acabam por se concentrar em questões técnicas. Em geral, elas tomam à resposta a questão “o que?” como dada e por isso buscam responder a uma outra questão: “como?”. As teorias críticas e pós-críticas por sua vez, não se limitam a perguntar “o que?”, mas submetem este “o que?” a um constante questionamento. Sua questão central seria, pois, não tanto “o que?”, mas “por que?”.³³

Sobretudo, é preciso introduzir o pensamento gramsciano quando se pergunta que escola se tem e como transformá-la. Uma escola que será capaz de construir uma formação sólida quando promover a participação do homem nos mais diversos espaços socioculturais, será capaz de movê-lo para que se integre política e ideologicamente com alicerces consistentes base de saberes técnico-científicos.²

O curso de vigilância da Saúde deve se pautar em novos campos de Estágio: Equipe de Saúde da Família, Núcleos de Vigilância em Saúde (Epidemiológica, Sanitária, Ambiental e Saúde do trabalhador), Salas de Situação de Saúde, Observatórios etc. Devido a minha experiência como docente de Curso de Formação Técnica posso recomendar que a carga horária do estágio sejam reduzidas ou otimizadas com momentos de pesquisa na biblioteca ou sala de informática da ESP.

Deve haver também o comprometimento das Escolas de Saúde Públicas e outros Centros Formadores em aceitar a contribuição dos especialistas deste curso, na reformulação de cursos Técnicos de Vigilância da Saúde; na construção de currículos; em referência sobre a aplicabilidade, aprimoramento e resultado positivo do enfoque ecossistêmico em saúde entre outros.

É premente a valorização do docente vinculado a ESP uma vez que esse profissional apesar de apresentar requisitos para a função de professor, como Capacitação Pedagógica, curso oferecido pela ESP aos candidatos à função de docente, não possui incentivos para se dedicar a docência e na maioria das vezes se dispersa em outras atividades. É muito comum acontecer que no desenvolvimento dos cursos haja necessidade da substituição deste profissional de última hora por outro com menor qualificação.

3.2. O PAPEL DO DOCENTE VINCULADO A ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA - ESP MT

De acordo com Teixeira (2007) a docência se instaura na relação social entre docente e discente. Um não existe sem o outro. Docentes e discentes se constituem se criam e recriam mutuamente, numa invenção de si que é também a invenção do outro. Numa criação de si porque há o outro, a partir do outro.

O outro, a relação com o outro é a matéria de que é feita a docência. Da sua existência é a condição. Estamos, pois, nos domínio da alteridade.

Ainda, segundo Teixeira, trata-se de uma relação entre sujeitos sócio-culturais, a condição docente é antes de tudo *da ordem do humano*; no domínio da polis sendo também *da ordem do político*. Na matéria de que é feita a docência, uma das particularidades a considerar é a *temporalidade*. Nessa lida com os novos, na trama das temporalidades que as constituem, a relação docente/discente diz respeito à vida, à *natividade*, ainda segundo Arend.

Na textura da relação docente estão, pois, imbricados o velho e o novo, o projeto e a memória, o havido e o devenir, o atrás e o adiante. Por isso, a relação docente/discente

contém sempre a *esperança*. Inserida na cultura, esta relação é *mediada pelo conhecimento*. Mais do que isso, pela memória cultural a ser transmitida interrogada, algo muito maior que os conteúdos dos campos científico-disciplinares.⁴⁰

Apesar de algumas das prerrogativas citadas a seguir fazerem parte do mapa de competências do curso cabe também ao docente em relação aos alunos, incentivar a pesquisa como atitude cotidiana, que incentivará a forma de passar pela vida com senso crítico e saber intervir na realidade de modo alternativo e de forma questionadora.

Perseguir princípios e atitudes que potencialize seus conhecimentos e práticas como: atuação ética e responsabilidade profissional; inserção ativa na sociedade com intuito de transformá-la; ser um sujeito coletivo, sensível e dialógico; criativo e autônomo que busque a emancipação; ser capaz de pensar e agir autonomamente, estrategicamente e sistematicamente; ter domínio dos conteúdos técnicos, éticos, políticos, estéticos entre outros.

O aluno ao investigar um território-população deve construir e elaborar nexos entre teoria e prática e significados acerca das condições de vida e saúde do seu recorte de atuação profissional para intervir de forma resolutiva e continuada – interdisciplinar e intersetorial.

Segundo Demo, é preciso distinguir a pesquisa como princípio científico e a pesquisa como princípio educativo. A idéia é trabalhar a pesquisa fundamentalmente como pedagogia, como modo de educar, e não apenas como construção técnica do conhecimento. Se isso for aceito a pesquisa vai indicar a necessidade de a educação ser questionadora, do indivíduo saber pensar.²

Nós, os discentes desta especialização, seremos os atores protagonistas do novo modelo de vigilância proposto com enfoque ecossistêmico da saúde, posto como um desafio tanto para os propositores do curso como para os participantes que acreditam nessa experiência.

A oportunidade de participar deste Curso/Programa e a reflexão sobre os processos vivenciados durante o seu desenvolvimento vêm ao encontro à necessidade de mudanças de estrutura processo e resultados na área das Vigilâncias que precisam romper a prática de execução de ações verticalizadas e desintegradas para atuarem de forma cooperativa, solidária e efetiva como componentes organizadores da assistência no espaço local, comprometida com a redução das vulnerabilidades e com o controle público.

Esta experiência veio consolidar a convicção que somente através da articulação intra e interinstitucional, da organização em rede com intuito na busca de conhecimento e da integralidade das ações, da adoção de novas metodologias e inovações pautadas em bases

científicas, do envolvimento da comunidade, o sistema de saúde conseguirá enfrentar os desafios em busca de novas alternativas e possibilidades para sua efetivação.

O grupo de trabalho em Vigilância da Saúde de Mato Grosso, formado pelas discentes deste Curso de Especialização, já é considerado por muitos um grupo de referência para contribuir na implantação da Vigilância da Saúde nessa nova concepção, haja vista os convites recebidos para compor instâncias colegiadas, Oficinas como a de Planificação da Atenção Básica (COSEMS); Grupos de Trabalho responsável pela formulação de Políticas como a Política Estadual de Promoção a Saúde - PEPS; Grupo de trabalho junto a Coordenadoria de Formação Técnica em Saúde da ESP para revisão dos cursos atuais da área das Vigilâncias e contribuir com a elaboração do currículo do Curso de Vigilância da Saúde entre outras.

A produção do evento local para pactuação da proposta de formação para a vigilância da saúde foi realizada no estado de Mato Grosso na forma de uma oficina intitulada “Oficina de práticas Educativas e Vigilância da Saúde” onde foram discutidas as formas da implantação e implementação de uma vigilância da saúde de base territorial local, os avanços e experiências já existentes e propostas para continuidade do projeto que serão detalhadas no relatório sobre o evento.

Contudo, fica o maior desafio, em que se pesem todas as nossas outras atividades, que é a dar continuidade às ações de interação, articulação, integração, cooperação, solidariedade e compromisso dos docentes especialistas em Vigilância da Saúde pela ENSP/FIOCRUZ/RJ com a sociedade de uma forma geral não somente no sentido de disseminar nos seus estados o conhecimento adquirido, como também o de serem sujeitos no processo de mudanças das atuais práticas no campo da vigilância em saúde com ênfase nas condições de vida e saúde, integrada à Atenção Primária, além de fomentar movimentos por democracia, direitos humanos, e a construção de uma promoção de saúde emancipatória.

A construção de uma promoção da saúde emancipatória se constitui, a nosso ver, num caminho concreto para que integremos a agenda da promoção da saúde com as raízes da Saúde Coletiva e os compromissos históricos do movimento sanitário e do SUS na busca de uma sociedade socialmente justa, além de incorporarmos a dimensão da sustentabilidade ambiental, inevitável na agenda contemporânea de todas as sociedades.⁴¹

Concluindo, considero que em que pese o propósito dos projetos elaborados pelo Ministério da Saúde alinhados ao Ministério da Educação de oferecer formação a técnicos do

nível médio inseridos na rede do serviço do SUS, estes cursos possuem currículos fragmentados.

Os componentes das unidades ensino-aprendizagem do currículo integrado devem guardar entre si uma relação de interdependência que se concretiza na medida em que o processo de ensino-aprendizagem avança. Nesse sentido, ao se pensar em estruturar processos formativos na matriz integrada, enseja-se o uso da criatividade por aqueles que irão formulá-lo dentro das características citadas, de modo que este possa ser flexível e adaptado às diversas situações, suscetível de ser constantemente avaliado e melhorado de acordo com as experiências.²

Como sugestão a criação de grupos de estudos interdisciplinares, intra e interinstitucionais nas EPS e Centros Formadores com objetivo de (re) formularem os currículos de forma integrada utilizando as teorias críticas ou pós- críticas em substituição as tradicionais e ao final desse processo democrático e participativo ter-se construído um Perfil profissional. A metodologia no currículo integrado opera uma profunda mudança no processo pedagógico, pois representa a integração trabalho-ensino.

A articulação sistêmica de múltiplos saberes – das ciências sociais em saúde, da epidemiologia e do planejamento, propõe um novo pensar e fazer sanitário, que reúna recursos técnicos, tecnológicos e cognitivos para conhecer, investigar, dialogar e intervir coletivamente no cotidiano dos muitos atores sociais, objetos e sujeitos da ação, para proteger e promover a vida.²

Os campos de estágios dos cursos na área de Vigilância da Saúde devem ser inovados e modernizados acompanhando a evolução tecnológica dos serviços. Devem ser criativos e com carga horária igual aos conteúdos teóricos, pois o que hoje se presencia são estágios longos cansativos e nos mesmos locais tornando-se desmotivadores aos alunos.

Em relação à Capacitação Pedagógica para os docentes ingressos, esta deve enfatizar a educação permanente continuada reforçando a prática ensino-serviço com aprendizado significativo.

É necessário que o docente tenha incentivo pela escola para se dedicar ao ensino, mas principalmente que exerça a docência com ética, compromisso e responsabilidade profissional, proporcionando ao aluno uma formação questionadora, crítica e participativa pautada na cidadania e que seja capaz de compreender a complexa rede de determinantes sociais da saúde, bem como de agir, de modo autônomo, criativo e estratégico para transformar a realidade sócio-sanitária no território de sua atuação.

O técnico de vigilância da saúde deve também ser capaz de desconstruir os discursos hegemônicos e de propor novas narrativas, definindo sua atuação pelo respeito, reconhecimento e diálogo com as diferenças culturais, sendo pautada pelo compromisso ético-político e pela responsabilidade social com a emancipação da sociedade.²

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. SILVA, L. M. G. A. C. **Instrumento de Avaliação de Formação Técnica do Agente Comunitário de Saúde: Desempenho Final**, 2010. Salvador: UFBA/SESAB. 2010. 72 p. (Dissertação de Mestrado Profissional).
02. BRASIL, Ministério da Saúde. **Proposta Curso Técnico de Vigilância em Saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio- Laboratório de Vigilância em Saúde 2007.
03. _____. Ministério da Saúde. **“Diretrizes e Orientações para a Formação Técnica em Vigilância em Saúde”**. Brasília: Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2011. 72p.
04. _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Pacto pela Saúde**. Brasília: 2006.
05. _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, Dispõe Sobre as Diretrizes para a Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Dá Outras Providências**. Brasília: 2006
06. _____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.252 de 22 de Dezembro de 2009. Aprova as Diretrizes para Execução e Financiamento das Ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e Dá Outras Providências**. Brasília: 2009.
07. SABROZA, P. C., FIRPO M. P. Uma Proposta de Capacitação em Vigilância das Condições de Vida e Saúde para o SUS: Oportunidades e Desafios. Rio de Janeiro: Abrasco.
08. ANVISA. **Do Risco À Qualidade - A Vigilância Sanitária nos Serviços de Saúde**. Brasília: P. 100 e 101. 2008.
09. PEREIRA, J. G.; FRACOLLI, L. A. **A Contribuição da Articulação Ensino-Serviço para a Construção da Vigilância da Saúde: A perspectiva dos Docentes**. São Paulo: Revista Latino-am Enfermagem. 2009.
10. BRITO, N.F. et al. **O Conceito de Democracia Participativa Aplicado à Prestação de Serviços Públicos na Sociedade da Informação**. Disponível em <<http://www.cinform.ufba.br>>. Acessado em 16 de junho de 2011.
11. Programa do Curso de Especialização em Formação Docente na Área de Vigilância da Saúde, 2010, ENSP - FIOCRUZ/RJ.

12. FUNCAMP - FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA UNICAMP. **“A Construção das Políticas Públicas Integradas a Partir do Trabalho em Rede”**. Campinas: 2006.
13. OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. **Vigilância da Saúde no Espaço de Práticas da Atenção Básica**. V.14. N.3. Rio de Janeiro: Ciênc. Saúde Coletiva, Janeiro May/June 2009.
14. Apresentação do prof. Paulo Sabroza em sala de aula, em junho de 2010.
15. Trabalho Elaborado pelo Grupo de Discentes de MT: **“Síntese das Respostas Individuais do Roteiro e da Discussão dos Limites, Possibilidades e Desafios na Implantação da Vigilância de Base Territorial Local, Tomando por Referência o Enfoque Ecológico”**, 2010.
16. REVISTA ACB. **Conceito de Rede**. Disponível em <<http://www.revista.acb.org.br>>. Acessado em 16/06/2011.
17. PORTO, M. F. S. **Uma Ecologia Política dos Riscos: Princípios para Integrarmos o Local e o Global na Promoção da Saúde e da Justiça Ambiental**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2007.
18. Apresentação do Prof. Marcelo Firpo em Sala de Aula, em junho de 2010.
19. MONKEN, M., BARCELLOS, C. **Vigilância em Saúde e Território Utilizado: Possibilidades Teóricas e Metodológicas**. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v21n3/24.pdf>>. Acessado 21 de Abril de 2011.
20. GOMEZ, C. M.; MINAYO, M. C. S. **Enfoque Ecológico de Saúde: Uma Estratégia Transdisciplinar**. V.1. N.1. Art. 1. São Paulo: INTERFACEHS – Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente - ago 2006.
21. Pesquisa de Campo Realizada pela Discente: **Construção de Uma Pauta de Vigilância da Saúde no nível local. “Gestão dos Resíduos de Serviços de Saúde - RSS em Unidades de Saúde Desconcentradas da SES-MT”**, 2010.
22. **Resenha Elaborada pela Discente Sobre o Texto: Análisis de Situación de Salud de Poblaciones** – Pedro Luis Castellanos, 2010.
23. SABROZA, P. C. **Concepções de Saúde e Doença** (s.d.).
24. KLIGERMAN, D. C.; et al. **Sistemas de Indicadores de Saúde e Ambiente em Instituições de Saúde**. V.12. N.1. Rio de Janeiro: Ciênc. Saúde Coletiva. Jan/Mar 2007.
25. JANUZZI, P. M. **Considerações Sobre o Uso, Mau Uso e Abuso dos Indicadores Sociais na Formulação e Avaliação de Políticas Públicas Municipais**. Rio de Janeiro: RAP – Revista de Administração Pública. 2002.

26. MOYA, José; *et al (Orgs.)*. **Sala de Situação em Saúde:** Compartilhando as Experiências do Brasil. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, Ministério da Saúde. 2010. P.151.
27. BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde:** Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2 Ed. Rev. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. 2008. 195 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).
28. CAPELLA, A. C. **Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas.** São Paulo: ANPOCS. 1996.
29. LABRA, M. E. **Política, Processo Decisório e Informação.** Rio de Janeiro, DAPS/FIOCRUZ, Versão para Divulgação 03/2002.
30. SESAB - Secretaria da Saúde do Estado. **Agenda Estratégica da Saúde 2009-2010.** Salvador: Organização Pan-Americana da Saúde. 2009. 92 p.: il.
31. Apresentação do Prof. Fernando Manuel Bessa Fernandes em Sala de aula, em Agosto de 2010.
32. ALBUQUERQUE, V. S.; et al. **Currículos Disciplinares na Área de Saúde:** Ensaio Sobre Saber e Poder. V. 13. N. 31. São Paulo: Interface, Comunicação Saúde Educação. P.261-72. out./dez. 2009.
33. SILVA, Tomaz Tadeu. **Documentos de Identidade:** Uma Introdução às Teorias do Currículo. 2 Ed. 9 Reimp. Belo Horizonte: Autêntica. 2005. 156p.
34. ROVAI, Esméria (org). **Competência e Competências:** Contribuição Crítica ao Debate. São Paulo: Cortez. 2010.
35. PERRENOUD, Philippe. **A Prática Reflexiva no Ofício de Professor; Profissionalização e Razão Pedagógica. Trad.** Cláudia Schiling. Porto Alegre: Artmed Editora. 2002.
36. CECIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde:** Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, Rio de Janeiro: Physis: Revista de Saúde Coletiva. P. 41-65, 2004.
37. ENSP/FIOCRUZ. **Projeto Regesus** - Relatório Resumido da Pesquisa Nacional de Escolas de Saúde Pública - Inovações na Educação em Saúde Pública com Diálogo e Parceria. Rio de Janeiro: Apoio SGTES/MS – RJ. 2010.
38. MATO GROSSO, Secretária de Estado de Saúde. **PDI - Plano de Desenvolvimento Institucional.** Cuiabá: ESP-MT. 2010.

39. BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes e Orientações para a Formação Técnica em Vigilância em Saúde**. Brasília: Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2011.
40. TEIXEIRA, Inês Assunção de Castro. **Da Condição Docente**: Primeiras Aproximações Teóricas. V. 28. N. 99. Campinas: Educ. Soc. P. 426-443. maio/ago. 2007.
41. FIRPO, M. F.; PIVETTA, F. **Por uma Promoção da Saúde Emancipatória nos Territórios Urbanos**: A Proposta do Laboratório Territorial de Manguinhos. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009.
42. BAICERE, Márcia Regina de Magalhães. **Formação e Prática Segundo os Egressos do Curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental da Baixada Cuiabana**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz. 2009. (Dissertação de Mestrado).
43. MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução CIB/MT Nº 238 de 11 de Novembro de 2010. Dispõe sobre o regimento Interno da Comissão de Integração Ensino Serviço do Estado de Mato Grosso – CIES/MT**. Cuiabá: CIB. 2010.
44. TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBOAS, Ana Luiza. SUS. Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. **In**: Ministério da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS. V. 2. N. 2. Brasília: Ministério da Saúde. Abr-jun, 1998.
45. MINAYO, M. C. S.(Org.) **Pesquisa Social – Teoria, Métodos e Criatividade**. 27 Ed. Petrópolis: Editora Vozes. 2008.
46. MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec. 2010.
47. BRASIL, Ministério da Saúde. Revista RET-SUS - Órgão Oficial da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. Ano V. N. 39. Rio de Janeiro: Outubro de 2010.
48. THOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 17. Ed. São Paulo: Cortez. 2009.
49. SANTOS, Milton. **Metamorfoses do Espaço Habitado, Fundamentos Teórico e Metodológico da Geografia**. São Paulo: Hucitec. 1988.
50. IBGE. Cidades@ (2010). Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 17.05.2011.