

TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL

Juliana Beltrão Mulatinho | Grácia Maria de Miranda Gondim
Andréia Ferreira de Barros

RESUMO

Este trabalho é objeto de pesquisa do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, realizado na escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, com objetivo de avaliar a construção da Identidade Profissional do Técnico de Vigilância em Saúde a partir da formação e do trabalho. Após a criação do Sistema Único de Saúde, demandou-se dos municípios a necessidade de estruturar a vigilância em saúde e conseqüentemente a formação dos trabalhadores que atuavam nessa área. Para atender essa demanda a Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco iniciou duas turmas do Curso Técnico de Vigilância em Saúde. Para análise do objeto, será realizado um estudo de caso com as turmas formadas no ano de 2013, com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Serão utilizados como sujeitos da pesquisa os 42 alunos e 14 gerentes da vigilância. A coleta de dados irá utilizar análise documental, questionário, entrevista e grupo focal. Os achados do estudo podem evidenciar elementos acerca da formação, trabalho e do trabalhador, na perspectiva de melhorar os processos formativos e de trabalho da vigilância em saúde.

Palavras-chave: Identidade profissional. Vigilância em saúde.

TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE: CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL

1 INTRODUÇÃO

A construção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil demandou dos sistemas nacionais, estaduais e municipais de saúde uma redefinição de seus modelos de atenção à saúde que durante décadas seguiu os modelos hegemônicos assistencialista com ênfase na relação médico-hospitalar e o modelo sanitarista- campanhista. A vigilância em saúde aponta na superação dessa dicotomia de práticas coletivas e individuais, através da incorporação da geografia, planejamento urbano, epidemiologia, 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 (TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998).

Diante da responsabilidade de estruturar a vigilância em saúde nos municípios e estados, conforme disposto no Pacto de Gestão de 2006, percebeu-se a necessidade de formação técnica dos trabalhadores que atuam nesta área, para que pudessem redefinir suas práticas locais, transformando seu olhar sobre o processo saúde doenças no território de sua atuação.

Para atender a demanda de formação dos profissionais circunscritos às atividades de vigilância em saúde (ações de campo no controle de doenças e em epidemiologia) a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS), formulou Diretrizes e Normas de Orientação para a Formação dos Profissionais Técnicos de Vigilância em Saúde em 2011, como forma de orientar os planos de cursos da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS) (BRASIL, 2011).

Em Pernambuco (PE) a formação dos Técnicos de Vigilância em Saúde (TVS) foi iniciada na Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) no ano de 2011, com duas turmas na I Gerência Regional de Saúde (GERES), em Recife. Em 2012 mais duas turmas foram iniciadas, uma na II GERES (Limoeiro) e outra na XII GERES (Goiana). Em 2014 mais duas turmas foram iniciadas na III GERES (Palmares) e IV GERES (Caruaru).

O interesse pelo referido estudo surgiu devido a minha atuação, como supervisora do Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVS) na ESPPE, durante o período de formação dos 42 trabalhadores do SUS inseridos na I GERES de Pernambuco, em dezembro de 2013 e as primeiras aulas do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde realizado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) onde alguns temas sobre o trabalho e suas modificações no capitalismo e a leitura sobre Qualificação e Identidade Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Vigilância em Saúde que trata de forma crítica sobre a qualificação profissional como uma importante ferramenta de construção de uma identidade profissional com interesses coletivos.

O conjunto de temas e discussões erigidos no mestrado, ao juntar-se com as queixas dos alunos egressos do CTVS suscitou perguntar se no trajeto da formação profissional foram inseridos dispositivos e/ou elementos didático-pedagógicos e metodológicos motivadores para construção da identidade, bem como o seu reconhecimento profissional na esfera do trabalho.

Apesar de a profissão ser reconhecida pelo MS/SEGATES e Ministério da Educação e da Cultura (MEC), ainda existe uma lacuna para o reconhecimento da profissão dentro dos serviços de saúde bem como a criação do cargo no estado de PE, para atender a demanda desses profissionais no SUS. Os relatos dos alunos a cerca da falta do reconhecimento da profissão vem de encontro à construção da identidade profissional, visto que para tal precisa de apreciação social pelos seus colegas de trabalho.

O estudo fará um resgate histórico da vigilância em saúde no Brasil, desde sua origem a institucionalização, como forma de compreender a construção da identidade profissional dos trabalhadores. Os antecedentes da ordenação da formação do técnico de vigilância em saúde no interior do SUS buscará situar a trajetória da Educação Profissional Técnica de Nível Médio no Brasil, como forma de conhecer as mudanças nos processos formativos vinculada aos interesses econômicos do país após a década de 1990, influenciado pela teoria do capital humano que deslocou a noção de qualificação para a de competência demandando novos atributos ao trabalhador que nem sempre estavam diretamente ligados aos saberes profissionais. Por fim, detalharemos a implantação do CTVS no estado de Pernambuco nas turmas da I GERES.

A pesquisa enseja identificar e desvelar o processo de construção de identidade profissional do técnico durante a formação e no trabalho por meio da ausculta dos alunos e gerentes da vigilância que será de grande relevância para os setores da saúde e educação, seja por apresentar um objeto ainda pouco estudado, seja pela importância das informações que irá produzir por meio da coleta e divulgação dos resultados, possibilitando a resolução de alguns problemas identificados e a formulação de novas questões sobre outras problemáticas relacionadas ao tema, na perspectiva de melhorar os processos formativos e de trabalho da vigilância em saúde.

2 HISTÓRICO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL

Apesar do nome vigilância em saúde ser novo, as ações desenvolvidas com fins de prevenção, promoção e proteção da saúde são bastante antigas e por muito tempo as causas do adoecimento eram explicadas pelos miasmas, clima e pela sujeira da cidade.

As primeiras ações de vigilância no Brasil foram iniciadas no século XIX, devido aos graves problemas de saúde e condições insalubres que a população enfrentava nos centros urbanos e portos marítimos, devido às precárias condições de higiene e surtos epidêmicos que atingia sua população. Para resolver tal situação formou-se uma junta para controle e vigilância a partir de campanhas sanitárias temporárias, limpando os centros urbanos trazendo resultados positivos para a saúde da população.

Este modelo de intervenção mudou após os estudos de microbiologia por Pasteur, pois a partir deles, muitos médicos, inclusive brasileiros, deixaram de buscar a causa do adoecimento nos miasmas e no clima, utilizando agora o microscópio como fonte para buscar o causador das doenças e sua forma transmissão (PONTE, 2010).

Até meados do século XX o Brasil foi marcado pela ocorrência de muitas doenças infectocontagiosas que atingiam todo o território nacional prejudicando a imigração e o comércio, sendo necessárias ações governamentais tais como lei da vacinação obrigatória contra a varíola proposta por Oswaldo Cruz causando grande insatisfação na população, que revoltada protestou por 6 dias, sendo assim chamada de revolta da vacina.

Durante o período da vacina obrigatória contra a varíola, a figura do guarda sanitário aparece no cenário nacional, para pegar as pessoas dentro de suas residências para aplicar a vacina, bem como na limpeza dos centros urbanos. Esse tipo de ação foi considerada pela população como arbitrária por parte do Estado, apresentando traços policiares na proteção dos indivíduos e coletivos, sabidamente quando o seu foco era garantir o desenvolvimento da economia agroexportadora e manter saudável os trabalhadores das fábricas.

Foi nesse contexto conturbado de grandes epidemias e outros problemas de saúde pública em todo o Brasil, que foi criada a Liga Pró-Saneamento, dirigida por Oswaldo Cruz, Belisário Penna e outros intelectuais, com o objetivo de levar saúde para os sertões, com a criação dos postos de Serviço de Profilaxia Rural, o primeiro no Rio de Janeiro e em seguida no Distrito Federal (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em 1923 entra em vigor o primeiro Regulamento Sanitário Federal, no qual o termo “vigilância sanitária é utilizado para expressar controle de pessoas (doentes ou suspeitos), estabelecimentos e locais” (BATISTELLA, 2013).

Além disso, foi criado o Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), em 1937 e do Serviço de Malária do Nordeste em 1939 e posteriormente a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Em 1966 foi instituída no Brasil, a campanha de erradicação da varíola, como parte de um programa mundial proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e em 1969 foi criada a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) (PONTE, 2010).

Em 1968 é criado o Centro de Investigação Epidemiológica, na Fundação de Serviços de Saúde Pública, local que eram encaminhados os casos suspeitos para realização de bloqueio vacinal. Em 1973, foi instituído o Programa Nacional de Imunizações, e em 1975, diante da epidemia de doença meningocócica, aumento da mortalidade infantil e dos acidentes de trabalho, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, estratégia que visava articular as ações curativas sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social e as preventivas executadas pelo MS.

No ano de 1975, o MS institui o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) e, em 1976 o Sistema de Notificação Compulsória de Doenças e Óbitos e a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), consolidando a separação entre a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária.

Com a criação do SUS em 1988 diversas ações de vigilância em saúde são indicadas na Constituição Federal:

“controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substância de interesse para saúde e participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, saúde do trabalhador, participação da formulação da política e na execução das ações de saneamento básico; fiscalização e inspeção de alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para o consumo humano; participação no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos, tóxicos e radioativos; colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendendo o trabalho”. (BRASIL, 1988, Art 200).

Em 1990, foi criada a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e nela Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) que ficou responsável por diversos programas de controle de doenças, como tuberculose, hanseníase e as doenças imunopreveníveis. A FUNASA acompanhou as doenças de transmissão vetorial e as endemias rurais e incorporou as atividades da Secretaria Nacional de Atenção Básica em Saúde e da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (BATISTELLA, 2013).

Posteriormente houve a criação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999, com autonomia administrativa e orientada para coordenar o SNVS. Alguns estudos revelam que a criação dessa agência não foi uma simples reorganização do sistema, mas que estava diretamente relacionado ao período neoliberal no Estado.

Em 2003, durante o governo do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, foi criado a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), pelo Decreto nº 4.726 as atividades realizadas pelo CENEPI/FUNASA passam a ser desenvolvida por essa secretaria que correspondeu a uma importante mudança institucional, de unir todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças numa mesma estrutura, são indícios de superação das dicotomias entre preventivo e curativo

e entre o individual e coletivo das fragmentações entre práticas que dificultam a construção da integralidade do modelo assistencial vigente (BRASIL, 2006).

3 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO NO BRASIL A PARTIR DE 1990.

Com a criação do SUS em 1988, fruto de grandes movimentos sociais, entre eles, o mais importante o da Reforma Sanitária, houve a necessidade da formação dos trabalhadores de nível médio e fundamental dos serviços de saúde. Para atender essa demanda foi institucionalizado o Projeto Larga Escala, e a criação dos Centros Formadores de Recursos Humanos da Saúde (CEFOR) em todos os estados brasileiros.

No período de 1982 e 1984, foram criados os primeiros centros formadores do estado do Piauí, Alagoas, Rio Grande do Norte e Minas Gerais. Em seguida nos estados do Maranhão, Pernambuco, Bahia, Goiás, Rio de Janeiro e São Paulo (LIMA, 2013).

A década de 90 foi pautada por profundas mudanças no Estado brasileiro, de doutrina neoliberal, que tinha como principais metas a “abertura irrestrita da economia, desregulamentação comercial e financeira, desregulação do mercado de trabalho e enxugamento do Estado, privatização das empresas estatais proporcionando demissões em massa” (PRONKO, 2011).

Nesse cenário neoliberal surge a noção de competência no mundo do trabalho, revestida de um discurso que a advoga como uma forma mais adequada de buscar superar as desigualdades sociais, procurando no indivíduo novas qualificações e atributos de caráter subjetivo que contribuísse para ampliar as possibilidades de empregabilidade.

Para Deluiz (2001), as competências chegam ao campo da educação como consequência dos muitos questionamentos feitos ao sistema educacional para atender às exigências de competitividade, produtividade e de inovação do sistema produtivo. No bojo da crise econômica e de restrições na esfera social, surge uma forte pressão pela eficiência, cujo foco é o melhor uso dos recursos escassos e o controle dos sistemas educacionais para moldá-los em seus objetivos, conteúdos e resultados às solicitações dominantes do mundo do emprego.

A segunda lei de Diretrizes e Bases da Educação, promulgada com a Lei nº 9.394/96 marcou o início de um movimento de reformas educacional no Brasil ao alargar o conceito da educação para além da escola, ampliando o conceito de educação básica incluindo o ensino médio (Art. 24) e considerando o ensino médio como etapa final da educação básica (Art. 35), possibilitando o prosseguimento dos estudos, a inserção no mundo do trabalho e o exercício da cidadania. No Art. 39 da LDB diz que “A educação profissional integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, conduz ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva”.

Assim sendo, a educação brasileira fica estruturada na nova LDB em dois níveis: educação básica e educação superior, a educação profissional não está inserida em nenhum dos dois níveis, sendo considerada apenas como um apêndice, consolidando-se a dualidade de forma bastante explícita (BRASIL, 2007).

O decreto n. 2.208/97 regulamenta a educação profissional e sua relação com ensino médio e retoma legalmente um sentido puramente propedêutico, enquanto os cursos técnicos, agora obrigatoriamente separados do ensino médio, passam a ser oferecidos de duas formas: concomitante ao ensino médio, mas com matrículas e currículos distintos, podendo ser concomitante na mesma instituição ou em diferentes instituições, como também de forma sequencial, destinada aos estudantes que concluíram o ensino médio, ou seja, após a educação básica (BRASIL, 2007).

No ano 2000, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), com objetivo de qualificar e capacitar

trabalhadores da área de enfermagem para sua melhor inserção e desenvolvimento desses profissionais no mercado de trabalho (FERREIRA et al, 2007).

Pereira e Ramos (2006) afirmam que “o PROFAE, contribuiu para a difusão de uma das principais referências para os currículos de educação profissional afinada com os valores e com a epistemologia da fase de acumulação flexível do capital com a adoção da pedagogia da competência” (p.91).

Ainda em 2000, foi feita uma demanda a EPSJV, para qualificar cerca de 24.000 trabalhadores da FUNASA, vinculados a ações de campo no controle de vetores denominados guardas sanitários, de modo a oferecer-lhe conteúdos para a compreensão do processo saúde-doença em seus territórios. Essa iniciativa deve-se em parte ao avanço do processo de descentralização das ações de saúde no SUS (GONDIM; MONKEN, 2003).

Instituído e implementado em 2002, sob a coordenação nacional da EPSJV o Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (PROFORMAR) e inspirado no PROFAE, qualificando cerca de 32.000 trabalhadores do SUS (GONDIM; MONKEN, 2003).

Essa foi uma experiência pioneira, em escala nacional, no âmbito da qualificação profissional em Vigilância em Saúde, que apontava para a estruturação de um itinerário formativo para os trabalhadores da área, e que aportou elementos importantes para formulação de novos cursos inclusive as orientações para formação nessa área.

Durante o mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva em 2003, foi promulgado o decreto 5.154/04 que trouxe de volta a possibilidade de integrar o ensino médio à educação profissional técnica e manteve as que já existiam (concomitante e subsequente).

Ainda neste ano criou-se a SGTES, cujo objetivo principal foi de implementar uma política de valorização do trabalho no SUS e dos trabalhadores de saúde em conformidade com os seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2005).

No tocante a educação profissional técnica de nível médio em saúde, os trabalhadores conquistaram espaço estratégico com essa política, devendo inclusive participar da construção e da gestão da sua educação permanente. As instituições formadoras devem tornar-se parceiras do SUS, efetivando a máxima interação entre o mundo do ensino e do trabalho, consolidando os compromissos públicos e a relevância social da formação especialmente em saúde, onde existe mandato constitucional para ação conjunta (BRASIL, 2005).

É no contexto de implantação do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS) coordenado pela SGTES/MS que institui e formaliza as orientações para formação do TVS dando abertura para a formulação de vários cursos em todo o país. O Programa é destinado a qualificação de trabalhadores já inseridos no SUS, devendo ser executado por instituições de ensino voltadas para educação profissional técnica de nível médio vinculadas aos estados e municípios.

4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL E EM PERNAMBUCO

A orientação para a formação profissional do técnico de vigilância é fruto de estudos e pesquisas sob a coordenação da SGTES em parceria com a SVS, Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (DAB/SAS), EPSJV/FIOCUZ, Anvisa e Organização Pan-Americana da Saúde (BRASIL, 2011).

A formação desses trabalhadores fundamenta-se nos princípios do SUS e tem como premissa atender às responsabilidades e competências do SNV e do SNVS, em consonância com os objetivos do PROFAPS e a Política Nacional de Educação (BRASIL, 2011).

O MEC nomeia as ações que conformam a atuação do TVS, como aqueles que lhes confere habilidades e competências para: desenvolver ações de inspeção e fiscalização sanitárias, aplicar normatização relacionada a produtos, processos, ambientes, inclusive o do trabalho e serviços de interesse da saúde; investigar, monitorar e avaliar riscos e os determinantes dos agravos e danos à saúde e ao meio ambiente; compor equipes multidisciplinares de planejamento, execução e avaliação do processo de vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador; atuar no controle no fluxo de pessoas, animais, plantas e produtos em portos, aeroportos e fronteiras; desenvolver ações de controle e monitoramento de doenças, endemias e de vetores (BRASIL, 2014).

Os requisitos de acesso ao curso exigem ter concluído o ensino médio e, preferencialmente, estar inserido em serviços do SUS, rede de atenção básica ou em qualquer unidade do SVS ou SNVS (BRASIL, 2011).

O curso possui três eixos: Organização e gestão do processo de trabalho da vigilância em saúde; execução de ações e procedimentos técnico-operacionais; educação e comunicação. O currículo deverá ser em módulos, considerando o princípio da interlocução dos conteúdos que deverão ser relacionados com os eixos estruturantes, deverá ser presencial, com carga horária mínima de 1200 horas e os estágios supervisionados com carga horária acrescida conforme determinações locais (BRASIL, 2011).

O CTVS ofertado pela ESPPE foi formulado com base nas Diretrizes e Orientações do MS, possui os três eixos estruturantes e suas respectivas competências. É estruturado em 4 módulos progressivos e integrados, com carga horária total de 1.560 horas, sendo 1.300 horas teórico/práticas e 260 horas de estágio supervisionado.

Os docentes são selecionados através de um processo seletivo simplificado, realizam atualização pedagógica com carga horária mínima de 88 horas (PERNAMBUCO, 2012). Os docentes foram selecionados pelo Edital ESPPE No 03 de 02 de agosto de 2011, sendo convocados conforme a necessidade e ordem de classificação (PERNAMBUCO, 2011).

Para os estudantes, é possível realizar aproveitamento de estudos, onde conhecimentos e experiências anteriores poderão ser compatibilizados e incorporados à carga horária do curso, desde que estes conhecimentos e competências sejam devidamente comprovados por certificação válida pelo Sistema Nacional de Certificação Profissional (PERNAMBUCO, 2012).

O material didático do aluno é elaborado pelos docentes selecionados, que após participarem de oficina técnica, são orientados a exercitar a interdisciplinaridade, considerar a realidade local e adequando estes conteúdos as cargas horárias teóricas e práticas (PERNAMBUCO, 2012).

Os vínculo trabalho dos alunos estão nas esferas municipais e estaduais, os cargos cupados na vigilância são bastante diversificados, sendo em sua maioria agentes de combate a endemia (18), agentes de saúde em vigilância ambiental (02), codificadora de causa básica (01), técnico de segurança no trabalho (03), assistente de supervisão a gestão (01), técnico de vigilância epidemiológica (01), auxiliar sanitário (04), inspetor sanitário(01), CCIH/NEPI (01), supervisor ambiental (01), auxiliar de laboratório (01), agente de saúde (01), auxiliar em saúde (01), auxiliar de enfermagem (01), agente sanitário (01) e vigilância ambiental (02).

5 IDENTIDADE PROFISSIONAL

Para avaliar a construção da identidade profissional do TVS, se faz necessário resgatar alguns conceitos centrais que embasam essa formação, bem como conhecer e identificar os elementos que compõem o processo de estruturação de uma identidade profissional.

A identidade é uma característica individual que distingue um indivíduo dos demais, proporcionando uma dualidade: “a identidade pessoal (ou a identidade para si) e a identidade para os outros” (SANTOS, 2005). Ao definir identidade como um processo de reconhecimento de si e pelos outros, podemos dizer também que ela é construída socialmente, dentro do espaço e do tempo, conforme as expectativas e valores do grupo social a que pertença (SANTOS, 2005).

Portanto para o TVS é preciso o reconhecimento de si enquanto profissional bem como o reconhecimento pelos colegas de trabalho. Conforme Batistella (2013) um dos pontos de maior fragilidade para a construção da identidade do TVS é devido a sua fragmentação histórica e pela forma de organização do trabalho em áreas específicas que aumentam o grau de diferenciação de seus trabalhadores.

Dubar (2012) refere que existem dois tipos de atividades de trabalho, as profissões e as ocupações, apenas as profissões permitem a construção de uma carreira, por serem escolhidas pelo sujeito e autônomas, e as ocupações que por não serem escolhidas, acabam sendo desvalorizadas. Essas atividades de trabalho deveriam definir a si mesmas, não pelo valor do salário, mas pelo valor simbólico da auto-realização e do reconhecimento social.

Do ponto de vista da ação laboral, toda atividade de trabalho é nomeada de profissão. Dessa forma, um conjunto de ações organizadas e reconhecidas coletivamente seria capaz de imprimir sentido à existência individual e organizar a vida coletiva.

Portanto, poderiam aferir àqueles que as exercem uma identidade vinculada ao seu trabalho podendo ser reconhecidas pela coletividade (Dubar, 2012).

Nessa direção, para análise do TVS, tem-se por um lado suas atividades profissionais reconhecidas pelo credenciamento educativo uma coletividade que deveria permitir a construção de sua identidade, e por outro, uma impossibilidade contextual, pois esta deveria ser e estar “por e em um processo específico de socialização, ligando educação, trabalho e carreira, que se constroem no interior de instituições e de coletivos que organizam as interações e asseguram o reconhecimento de seus membros como profissionais” (DUBAR, 2010 apud DUBAR 2012).

Vieira (2007), diz que nos anos 90 com o surgimento do termo competência em substituição ao de qualificação, com o propósito dos trabalhadores alcançarem a sua empregabilidade suscitou uma individualização dos comportamentos no trabalho e uma ruptura de interesse dos trabalhadores, tendendo ao desaparecimento da consciência de classe, colocando em xeque a construção da identidade coletiva dos trabalhadores.

O estudo do objeto deste artigo constata de forma inicial, que no modelo de gestão atual, de avaliação por competência, onde as organizações/serviços de saúde se tornaram os avaliadores dos trabalhadores de forma individualizada, requerendo não apenas o conhecimento profissional, mas também novos atributos subjetivos para a realização de suas atividades profissionais, não contribuem para a construção de identidade profissional.

6 METODOLOGIA

A pesquisa será um estudo de caso com as duas turmas (A e B) formadas na I GERES. A amostra do estudo será com 42 alunos e 14 gerentes da vigilância em saúde. Os instrumentos para coletas de dados serão: análise documental, questionário fechado com todos os alunos, entrevista com 14 gerentes da vigilância em saúde de onde os alunos trabalham, exceto 2 que atuam em serviços hospitalares e por último grupo focal com 10 alunos.

A análise dos dados do questionário será sistematizada em planilha do Excel e as entrevistas, análise documental e grupo focal através da análise do discurso. Os resultados serão submetidos à revista indexada para publicação e socializados entre os sujeitos da pesquisa.

Para assegurar a cientificidade da pesquisa e confidencialidade dos sujeitos implicados na coleta de dados este estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV. Os participantes receberão informações relacionadas aos procedimentos de pesquisa e assinarão os Termos de Consentimentos Livre e Esclarecido autorizando a análise e publicação dos resultados.

BIBLIOGRAFIA

BATISTELLA, C.E.C. **Qualificação e Identidade Profissional dos Trabalhadores Técnicos da Vigilância em Saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos** : MOROSINI org. Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996**. Brasília, 1996.

BRASIL. **Decreto n. 2.208 de 17 de Abril de 1997**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **3º Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância e Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de respostas aos velhos e novos desafios**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. **Documento Base**. Brasília, 2007.

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, 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria e Educação Profissional e Tecnológica. Diretoria de Políticas de Educação Profissional e Tecnológica. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. Brasília, 2014.

DELUIZ, N. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo**. Boletim Técnico do SENAC, 2001.

DUBAR, C. **A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional**. Cadernos de Pesquisa. v.42, n. 146, maio/ago 2012.

ESCOREL,S; TEIXEIRA,L.A. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963 no Império ao Desenvolvimento Populista**. In: GIOVANELLA, L e Org. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ºed. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2012.

FERREIRA, M.A et al. **O significado do profae segundo os alunos: contribuição para a construção de uma política pública de formação profissional em saúde**. Florianópolis, 2007.

GONDIM, G.M.M.;MONKEN, M. **Saúde, educação, cidadania e participação: a experiência do Proformar**. Trabalho, Educação e Saúde, 1(2): 335-353, 2003.

LIMA, J.C.F. **Trabalho e educação profissional em saúde no Brasil**. Ed Fiocruz/EPJV, Rio de Janeiro, 2013.

MONKEN, M; BATISTELLA, C. **Vigilância em Saúde**. In: PEREIRA, I.S e org. Dicionário da Educação Profissional. 2ed. EPJV. Rio de Janeiro, 2009.

PEREIRA. I.B; RAMOS, M.N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

PERNAMBUCO. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Escola de Saúde Pública de Pernambuco. **Edital ESPPE Nº 03/2011**. Processo seletivo simplificado para docente visando compor cadastro de reserva. Pernambuco, 2011.

PERNAMBUCO. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva da Gestão do Trabalho e Educação da Saúde. Escola de Saúde Pública de Pernambuco. **Plano de Curso Técnico de Vigilância em Saúde**. Pernambuco, 2012.

PONTE, C.F. O Brasil no Microscópio. In: PONTE org. *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Fiocruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro 2010.

PRONKO, M e Org. **A formação de trabalhadores técnicos da saúde no Brasil e no mercosul**. EPSJV. Rio de Janeiro, 2011.

SANTOS, C. **A Construção Social do Conceito de Identidade Profissional**. Interacções n.8. p 123-144, 2005.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S; VILABÔAS, A.N. Sus, **Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**. Bahia, 1998.

VIEIRA, M. **Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde**. Trab. educ. saúde vol.5 n.2. Rio de Janeiro, 2007.